



DOLENTIUM HOMINUM

N. 38 – anno XIII – N. 2, 1998

RIVISTA DEL PONTIFICIO CONSIGLIO
DELLA PASTORALE
PER GLI OPERATORI SANITARI

DIREZIONE

S.E. MONS JAVIER LOZANO BARRAGÁN, Direttore
P. JOSÉ L. REDRADO, O.H., Redattore Capo
P. FELICE RUFFINI, M.I., Segretario

COMITATO DI REDAZIONE

BENEDETTINI P. CIRO
BOLIS DR.A LILIANA
CUADRON SR. AURELIA
D'ERCOLE DON GIOVANNI
EL-HACHEM DR.A MAYA
FALLANI DR. GIOVANNI
GRIECO P. GIANFRANCO
HONINGS P. BONIFACIO
IRIGOYEN MONS. JESUS
JOBLIN P. JOSEPH
MAGNO DON VITO
NEROZZI-FRAJESE DR.A DINA
PLACIDI ING. FRANCO
SANDRIN P. LUCIANO
TADDEI MONS. ITALO

CORRISPONDENTI

BAUTISTA P. MATEO, Argentina
CASSIDY MONS. J. JAMES, U.S.A.
DELGADO DON RUDE, Spagna
FERRERO P. RAMON, Mozambico
GOUDOTE P. BENOIT, Costa d'Avorio
LEONE PROF. SALVINO, Italia
PALENCIA P. JORGE, Messico
PEREIRA DON GEORGE, India
VERLINDE SIG.A AN, Belgio
WALLEY PROF. ROBERT, Canada

TRADUTTORI

CHALON DR.A COLETTE
FARINA SIG.A ANTONELLA
FORD PROF. MATTHEW
MULTIER SR. MARIE-GABRIEL
MURRAY P. DAVID
NOVELLI SIG.A SIMONA
QWISTGAARD SIG. GUILLERMO

Direzione, Redazione, Amministrazione: CITTÀ DEL VATICANO; Tel. 698.83138, 698.84720, 698.84799,
Fax: 698.83139 E-MAIL: opersanit@hlthwork.va

Pubblicazione quadrimestrale. Abbonamento: 60.000 Lire (o importo equivalente in valuta locale),
compresa spedizione

Stampato a cura della Editrice VELAR S.p.A., Gorle (BG)

In copertina: Vetrata di P. Costantino Ruggeri

Spedizione in abbonamento postale - art. 2, comma 20/c, legge 662/96 - Roma



***Proprio a voi, che siete deboli,
chiediamo che diventiate
una sorgente di forza per la Chiesa
e per l'umanità***

(Christifideles laici, n. 54)

Sommario

2

- 3 **CONVEGNO ECCLESIALE SULLA DROGA
“SOLIDALI PER LA VITA”**
CITTÀ DEL VATICANO,
9-11 OTTOBRE 1997
*Promosso dal Pontificio Consiglio della
Pastorale per gli Operatori Sanitari*
- 6 **Indirizzo d’omaggio**
Mons. Javier Lozano B.
- 6 **La lotta contro il flagello della
tossicomania è dovere di ciascuno
secondo le proprie responsabilità**
Giovanni Paolo II
- 9 **Saluto e introduzione
al lavoro**
Mons. Javier Lozano B.
- 10 **Prolusione**
Card. Angelo Sodano
- 14 **Armonia della persona e droga
Riflessione antropologica-teologica**
Mons. Carlo Rocchetta
- 17 **Droga e valore del corpo**
P. Bonifacio Honings
- 22 **Educazione per la
promozione della vita**
P. Vitor Feytor Pinto
- 26 **Dal recupero
alla scoperta di sé:
la persona come valore**
Dott.ssa Bianca Costa Bozzo
- 33 **Relazione del Gruppo di Studio
Francese-Inglese-Italiano**
Don Oreste Benzi
- 34 **Relazione del Gruppo di Studio
Spagnolo**
P. Manuel Zubillaga
- 35 **Famiglia e tossicodipendenza**
Card. Alfonso Lopez Trujillo
- 40 **Aspetti medici della droga
Definizioni, droga e malattia,
riflessioni etiche**
Prof. Bruno Silvestrini
- 44 **Tossicodipendenza e criminalità**
Prof. Vincenzo Scordamaglia
- 55 **Lotta alla droga
e normativa internazionale**
*Prof.ssa Talitha Vassalli
di Dachenhausen*
- 59 **Accompagnamento spirituale
e pastorale del tossicodipendente**
P. Adriano Yugueros
- 67 **Messaggio**
Sen. Dott. Pino Arlacchi
- 68 **Messaggio dell’Organizzazione
Mondiale della Sanità**
Dr. Mario Argandoña Yáñez
- 70 **L’EMCDDA:
Campi di intersezione**
Sig. Gregor Burkhart
- 73 **Solidali per la vita**
P. Tony Anatrella
- 77 VI GIORNATA MONDIALE
DEL MALATO
LORETO,
8-11 FEBBRAIO 1998
- 78 **A Loreto la VI Giornata Mondiale
del Malato**
Cronaca
- 81 **Lettera al Card. Angelo Sodano**
Giovanni Paolo II
- 82 **Ogni uomo, imitando Maria,
può diventare cooperatore
della sofferenza di Cristo
e della sua redenzione**
Giovanni Paolo II
- 83 **«Cari ammalati,
oggi è la vostra giornata»**
Giovanni Paolo II
- 84 **Accanto al dolore
con il Vangelo dell’amore**
Card. Angelo Sodano
- 88 **Essere pescatori di uomini**
Mons. Javier Lozano B.
- 89 **Allocuzione in occasione
della Giornata del Malato**
Flavio Cotti

PRIMO INCONTRO DEI VESCOVI EUROPEI
INCARICATI DELLA PASTORALE DELLA
SALUTE DA PARTE DELLE RISPETTIVE
CONFERENZE EPISCOPALI

90 **Introduzione**

Mons. Javier Lozano B.

91 **Il Vescovo Responsabile della
Pastorale della Salute all'interno
della Conferenza Episcopale**

Mons. Javier Osés

95 **Sintesi del lavoro dei gruppi**

CONGRESSO INTERNAZIONALE
ECONOMIA E SANITÀ.
PRIORITÀ ED EQUITÀ
NELLA DISTRIBUZIONE DELLE RISORSE

97 **I: Aspetto sociologico**

Prof. Stefano Zamagni

101 **II: Aspetto politico-economico
della salute**

Dott. Fernando Antezana

104 **III: Aspetto etico-pastorale**

Mons. Javier Lozano B.

109 **IV ASSEMBLEA PLENARIA**

DEL PONTIFICIO CONSIGLIO DELLA
PASTORALE PER GLI OPERATORI SANITARI
CITTÀ DEL VATICANO, 9-11 MARZO 1998

110 **Saluto, presentazione dei lavori,
metodologia**

Mons. Javier Lozano B.

112 **Cristo soffre
nei nostri fratelli ammalati**

Mons. Javier Lozano B.

113 **Le ideologie totalitarie che hanno
degradato l'uomo ad oggetto
trovano preoccupanti riscontri
in certe manipolazioni sulla vita**

Giovanni Paolo II

115 **Proposte della IV Assemblea Plenaria**

Mons. Javier Lozano B.

P. José L. Redrado

***Convegno Ecclesiale
sulla droga
“Solidali per la vita”***



***Promosso dal Pontificio
Consiglio della Pastorale
per gli Operatori Sanitari***

***9-11 ottobre 1997
Città del Vaticano***

Indirizzo d'omaggio

Beatissimo Padre,
gli Operatori Sanitari coinvolti nella lotta contro la tossicodipendenza unitamente con persone che operano nel campo giuridico, sociale e politico della nostra realtà, provenienti da diversi Paesi, si sono riuniti in questi giorni in Vaticano per discutere sulla pastorale più idonea per risolvere il problema dell'abuso di droga per tante persone che si trovano sotto il suo malefico influsso.

Abbiamo riflettuto sulla teoria e sulla pratica pastorale, accennando alle diverse esperienze che si svolgono nelle diverse parti del mondo nei Centri di prevenzione più impegnati al recupero dei tossicodipendenti. Il nostro impegno non finirà con questo Simpo-

sium, ma proseguirà anche con la redazione di una sorta di manuale che sarà un buon aiuto per la pastorale degli operatori sanitari in questo settore della tossicodipendenza, e senz'altro sarà un valido strumento anche per quegli uomini di buona volontà che perseguono la nostra stessa finalità.

Coscienti dell'importanza che Vostra Santità concede al nostro lavoro, chiediamo umilmente la Sua autorevole parola, affinché ci sostenga, ci dia luce e ci mostri le vie per la nostra futura attività.

Ascoltiamo con religioso ossequio i Suoi desiderati orientamenti.

+ JAVIER LOZANO B.

5

La lotta contro il flagello della tossicomania è dovere di ciascuno secondo le proprie responsabilità

DISCORSO DEL PAPA AI PARTECIPANTI AL CONGRESSO INTERNAZIONALE SULLA DROGA

Cari Fratelli nell'Episcopato
e nel Sacerdozio
Cari amici.

1. Sono lieto di accogliervi in occasione del Congresso Internazionale sulla tossicomania. Ringrazio Monsignor Javier Lozano Barragán, Presidente del *Pontificio Consiglio della Pastorale per gli Operatori Sanitari*, per le sue parole di benvenuto e per l'organizzazione di questo incontro di lavoro. È in effetti particolarmente opportuno riflettere sulla gravità degli interrogativi posti dal fenomeno della droga e sull'urgenza di ricerche che aiutino i responsabili politici ed economici, gli educatori e le famiglie colpite dal dramma della tossicomania.

2. Da diversi anni la Santa Sede ha l'opportunità di esprimersi su questo tema, facendo

proposte pastorali, educative e sociali. *Dobbiamo purtroppo constatare che oggi questo fenomeno colpisce tutti gli ambienti e tutte le regioni del mondo.* Sempre più bambini e adolescenti diventano consumatori di prodotti tossici, spesso a causa di una prima prova fatta alla leggera o per sfida. I genitori e gli educatori sono spesso disarmati e scoraggiati.

I medici e i servizi sanitari e sociali incontrano gravi difficoltà quando si tratta di aiutare quanti li consultano per uscire dal tunnel della droga. Bisogna riconoscere che la repressione contro quanti fanno uso di prodotti illeciti non basta a contenere questa piaga; in effetti, *una delinquenza commerciale e finanziaria considerevole si è organizzata a livello internazionale.* Il potere economico legato alla produzione e alla commercializzazione di questi prodotti sfugge nella maggior parte dei casi alla legge e alla giustizia.

Non meraviglia quindi che un profondo turbamento e un sentimento d'impotenza invadano la società. Correnti di opinione propongono di legalizzare la produzione e il commercio di certe droghe. Alcune autorità sono pronte a lasciar fare, cercando soltanto d'inquadrare il consumo della droga per tentare di controllarne gli effetti. Ne consegue che, già nella scuola, l'uso di alcune droghe viene banalizzato. Ciò è favorito da un ragionamento che cerca di minimizzare i danni, soprattutto grazie alla distinzione fra droghe leggere e droghe pesanti, il che porta a proporre di liberalizzare l'uso di certe sostanze. Una tale distinzione trascura e attenua i rischi inerenti all'assunzione di qualsiasi prodotto tossico, in particolare *gli atteggiamenti di dipendenza*, che si basano sulle stesse strutture psichiche, *l'attenuazione della coscienza e l'alienazione della volontà e delle libertà personali*, che qualsiasi droga produce.

3. *Il fenomeno della droga è un male particolarmente grave.* Numerosi giovani adulti sono morti e moriranno a causa sua, mentre altri si ritrovano sminuiti nel loro essere intimo e nelle loro capacità. Il ricorso alla droga fra i giovani riveste molteplici significati. Nei momenti delicati della loro crescita, la tossicomania è da considerarsi come il sintomo di un malessere esistenziale, di una difficoltà a trovare il proprio posto nella società, di una paura del futuro e di una fuga in una vita illusoria e fittizia. Quello della giovinezza è un tempo di prove e di interrogativi, di ricerca di un significato per l'esistenza e di scelte che riguardano il futuro. L'aumento del mercato e del consumo di droghe dimostra che viviamo in *un mondo privo di speranza*, dove mancano proposte umane e spirituali vigorose. Di conseguenza molti giovani pensano che tutti i comportamenti si equivalgano, in quanto non riescono a distinguere il bene dal male e non hanno il senso dei limiti morali.

Apprezzo quindi gli sforzi dei genitori e degli educatori volti a *inculcare nei figli i valori spirituali e morali*, affinché si comportino da persone responsabili. Lo fanno spesso con coraggio, ma non sempre si sentono sostenuti, soprattutto quando i mezzi di comunicazione sociale diffondono messaggi moralmente inaccettabili, che servono da punti di riferimento culturali in tutti i Paesi del mondo, esaltando con l'esempio la molteplicità dei modelli familiari che distruggono l'immagine morale della coppia e che disprezzano i valori familiari, o che considerano la violenza e a volte la droga stessa come segni di liberazione personale.

4. La paura del futuro e dell'impegno nella vita adulta che si osserva fra i giovani li rende particolarmente fragili. Spesso non sono spronati a lottare per un'esistenza retta e bella; hanno la tendenza a ripiegarsi su se stessi. Non bisognerebbe neppure minimizzare l'effetto devastante esercitato dalla disoccupazione di cui sono vittime i giovani in proporzioni indegne di una società che intende rispettare la dignità umana. Forze di morte li spingono allora ad abbandonarsi alla droga, alla violenza e a giungere talvolta al suicidio. Dietro ciò che può sembrare il fascino per una sorta di autodistruzione, *dobbiamo percepire fra questi giovani una richiesta di aiuto e una profonda sete di vivere*, di cui si deve tener conto, perché il mondo sappia modificare radicalmente le sue proposte e i suoi stili di vita. Troppi giovani sono abbandonati a se stessi e non beneficiano di una presenza attenta, di un focolare stabile, di una secolarizzazione regolare e neanche di un inquadramento socio-educativo, che li inviti a uno sforzo intellettuale e morale, e che li aiuti a forgiare la loro volontà e a controllare la loro affettività.

5. *La lotta contro il flagello della tossicomania riguarda tutti gli uomini, ognuno secondo la responsabilità che gli corrisponde.* Esorto innanzitutto i *coniugi* a sviluppare rapporti matrimoniali e familiari stabili, fondati su un amore unico, duraturo e fedele. Creeranno così le condizioni migliori per una vita serena nel loro focolare domestico, offrendo ai propri figli *la sicurezza affettiva e la fiducia in se stessi di cui hanno bisogno per la loro crescita spirituale e psicologica*. È anche importante che i genitori, che sono i primi responsabili dei propri figli, e con essi tutta la comunità adulta, si preoccupino costantemente dell'educazione della gioventù. Invito pertanto *quanti svolgono un ruolo educativo* a intensificare i loro sforzi fra i giovani, che hanno bisogno di formare la loro coscienza, di sviluppare la loro vita interiore e di instaurare con i fratelli rapporti positivi e un dialogo costruttivo; li aiuteranno così a diventare gli artefici liberi e responsabili della loro esistenza. I giovani che hanno una personalità strutturata, una formazione umana e morale solida e che hanno relazioni armoniose e fiduciose con i compagni della loro età e con gli adulti, saranno più atti a resistere alle sollecitazioni di quanti diffondono la droga.

6. Invito *le Autorità civili, i responsabili dell'economia e tutti coloro che hanno una responsabilità sociale* a proseguire e a intensificare i loro sforzi, al fine di perfezionare a

tutti i livelli *le legislazioni per lottare contro la tossicomania* e di opporsi a tutte le forme di commercio e di cultura della droga; fonti di ricchezza scandalosamente acquisita sfruttando la fragilità di persone indifese. Incoraggio i poteri pubblici, i genitori, gli educatori, gli operatori sanitari e le comunità cristiane a impegnarsi sempre più, e in maniera concertata, in mezzo ai giovani e agli adulti in *un'opera di prevenzione*. È importante che informazioni mediche sagge e precise vengano date in particolare ai giovani, sottolineando gli effetti perniciosi della droga a livello somatico, intellettuale, psicologico, sociale e morale. Conosco *la dedizione e la pazienza instancabile di quanti curano e seguono le persone prese nella rete della droga e le loro famiglie*. Invito i genitori che hanno un figlio tossicomane a non perdersi mai d'animo, a mantenere un dialogo con lui, a prodigargli il loro affetto e a favorire i suoi contatti con strutture capaci di prendersi cura di lui. L'attenzione calorosa della famiglia è un grande sostegno per la lotta interiore e per i progressi di una cura di disintossicazione.

7. *Rendo omaggio all'impegno pastorale instancabile e paziente dei sacerdoti, dei religiosi, delle religiose e dei laici negli ambienti della droga; essi sostengono i genitori e s'impegnano ad accogliere e ad ascoltare i giovani, per comprendere i loro interrogativi radicali, per aiutarli ad uscire dalla spirale della droga e a diventare adulti liberi e felici. La Chiesa ha come missione quella di tra-*

smettere la parola del Vangelo che apre alla vita di Dio e di far scoprire Cristo, il Verbo di Vita che offre un cammino di crescita umana e spirituale. Sull'esempio del suo Signore e solidale con i suoi fratelli in umanità, la Chiesa va in aiuto dei più piccoli e dei più deboli, curando coloro che sono feriti, fortificando coloro che sono malati e ricercando la promozione personale di ognuno.

Al termine del nostro incontro, rendo omaggio alla missione che svolge *il Pontificio Consiglio della Pastorale per gli Operatori Sanitari*, seguendo con attenzione i problemi umani e spirituali posti dalla tossicomania e da tutte le questioni sanitarie e sociali per proporre soluzioni a situazioni che feriscono gravemente i nostri fratelli. Allo stesso modo, in contatto con i Pastori della Chiesa particolari, con i fedeli e i servizi competenti, impegnati a sostenere i tossicomani e le loro famiglie, il Consiglio è chiamato ad apportare il suo contributo alle iniziative locali.

Affido voi e la vostra opera all'intercessione della Vergine Maria; la imploro anche per i giovani che sono sotto l'influsso della droga e per i loro parenti. Che Ella li cinga della sua sollecitudine materna! Che guidi i giovani del mondo verso una vita sempre più armoniosa! Che lo Spirito Santo vi accompagni e vi infonda il coraggio necessario a svolgere la vostra opera a favore della gioventù! A voi tutti, ai vostri collaboratori e ai membri delle vostre famiglie, imparto la Benedizione Apostolica.

GIOVANNI PAOLO II



È con viva speranza e con animo grato che saluto tutti i partecipanti a questo Simposium “Solidali per la Vita”, come Presidente del Pontificio Consiglio per la pastorale degli operatori sanitari. Siate tutti voi i benvenuti a questi Lavori che senza dubbio recheranno un gran beneficio per tutti, specialmente per quelli che si trovano sotto il malefico influsso degli stupefacenti.

Saluto specialmente il Signor Cardinale Angelo Sodano, Segretario di Stato di Sua Santità, che gentilmente ha accettato di tenere la prolusione del Simposium.

Questo Simposium nasce da una richiesta che il Direttore esecutivo del Programma internazionale del controllo sulla droga delle Nazioni Unite, a Vienna – Austria –, il Dr. Giorgio Giacomelli, ha fatto al Santo Padre Giovanni Paolo II circa l’impegno della Chiesa cattolica per risolvere il problema così grande del consumo della droga nel mondo.

Il nostro Dicastero ha ricevuto, quindi, per mezzo del Em.mo Signore Cardinale Segretario di Stato, l’incarico di rispondere in qualche modo a questa giustificata preoccupazione.

A seguito di ciò è stato creato un Gruppo informale di studio che per nove mesi si è preoccupato di dare una risposta alla domanda fatta e che oggi culmina il suo lavoro con questo Simposium “Solidali per la vita”. Questo gruppo è stato creato all’interno del nostro Dicastero e, sotto la direzione immediata di Mons. Jean-Marie Mpendawatu, ha condotto i suoi lavori fino ad arrivare al punto nel quale oggi ci troviamo.

L’obbiettivo e le finalità di questo Simposium sono *elaborare direttive teoriche e pratiche per una pastorale efficace che la Chiesa cattolica possa sviluppare in favore dei tossicodipendenti*. Le Conferenze e gli Interventi saranno raccolti da un gruppo di Esperti del Simposium con lo scopo di redigere quanto prima una sorta di Manuale pastorale per l’assistenza ai drogati. In questo manuale si delineeranno i principi dottrinali adeguati e le esperienze a livello mondiale che si fanno oggi per curare i drogati; e si dirigerà specialmente ai Vescovi della Chiesa cattolica, agli altri operatori di pastorale,

ed a tutti coloro che si interessano del tema come un aiuto nel lavoro che svolgono in questo campo così difficile della loro attività quotidiana.

Il Simposium inizierà con delle riflessioni antropologiche e teologiche sull’armonia della persona e la droga, sulla droga e il valore del corpo, sull’educazione alla promozione della vita e sulla persona come valore. Queste riflessioni continueranno con lo scambio delle varie esperienze sulla prevenzione ed il recupero del tossicodipendente e il ruolo della famiglia e della società. Domani considereremo le radici biologiche della tossicomania, la tossicodipendenza e la criminalità, la lotta contro la droga e la normativa internazionale, e come il giorno precedente, continueremo con lo scambio e di esperienze, tanto di prevenzione come di recupero del drogato. Infine completeremo le nostre riflessioni sull’assistenza spirituale e pastorale del tossicodipendente, per concludere con tre messaggi: uno, dell’Ufficio delle Nazioni Unite a Vienna; l’altro, dell’Ufficio per la droga dell’OMS, ed infine l’ultimo dell’Osservatorio europeo sulle droghe e la tossicomania.

Avremo l’Udienza col Santo Padre quando ci verrà comunicato dalla Prefettura della Cassa pontificia. E tutto il nostro Simposium avrà come anima la preghiera eucaristica che ogni giorno si degneranno di presiedere le diverse Personalità che ci accompagnano.

Affidiamo il nostro Simposium alla protezione speciale della Santissima Vergine Maria “Salus Informorum”, chiedendoLe il suo aiuto per poter individuare nel campo pratico della pastorale della Chiesa quelle risorse così necessarie perché tanta gente che si trova sotto l’influsso nefasto della droga, trovi una luce ed un orizzonte per poterne uscire vittoriosa.

+ JAVIER LOZANO B.

Presidente del Pontificio Consiglio della Pastorale
per gli Operatori Sanitari

Venerati Fratelli nell'Episcopato e nel Sacerdozio,

Illustri Signori, Gentili Signore!

Con vivo compiacimento prendo la parola in questo Convegno che, per iniziativa del Pontificio Consiglio della Pastorale per gli Operatori Sanitari, vede la Santa Sede ancora una volta in prima linea su un tema come quello della droga, che costituisce uno dei problemi più gravi della società contemporanea per il numero di vittime che produce, di famiglie che getta nell'angoscia, di giovani che stronca alle soglie della vita.

Nel rivolgere un deferente saluto a tutti i presenti, esprimo il mio apprezzamento ai promotori del Convegno, che affronta un argomento di così rilevante incidenza personale e sociale. Il fenomeno della droga, infatti, mentre è espressione di una criminalità che si impone al mercato e alla società con prepotenza inaudita, lucrando immensi quanto disonesti guadagni, è insieme sintomo di un grande malessere che tocca la cultura e l'etica specialmente delle società economicamente più evolute. Per queste molteplici implicazioni, il discorso sulla droga va ben oltre i confini di una questione sanitaria e, comunque, di una problematica settoriale. Esso investe aspetti cruciali dell'esistenza, ponendo interrogativi ineludibili sul senso della vita, sull'etica personale e comunitaria, sulle ragioni profonde della civile convivenza.

Giustamente ampio è, pertanto, il ventaglio degli argomenti affrontati nel programma del Convegno. Esso si presenta così ricco di contributi specialistici, con l'apporto di qualificate competenze internazionali, da rendere singolarmente agevole il mio compito intro-

duitivo, che potrebbe limitarsi a recare, insieme con l'espressione dell'apprezzamento del Santo Padre per l'iniziativa del Pontificio Consiglio, il Suo benaugurante saluto a relatori e convegnisti, unitamente all'auspicio che da questi tre giorni di riflessione scaturiscano elementi significativi in vista non soltanto di un'ulteriore riflessione ed indagine sul grave fenomeno, ma anche di una adeguata strategia per poterlo debellare.

Mi pare, tuttavia, utile richiamare qui alcuni tra i numerosi pronunciamenti dedicati all'argomento durante l'attuale Pontificato, ponendone in luce gli aspetti salienti. Da queste linee magisteriali, più che informazioni sulla realtà del fenomeno droga – informazioni che altri potrà offrire con specifica competenza – emergono i criteri per farne una lettura puntuale ed illuminante dal punto di vista specificamente ecclesiale.

Il "flagello della droga"

La prima cosa che salta all'occhio, quando s'accostano i ripetuti interventi pontifici sull'argomento, è l'acuta attenzione che il Santo Padre dedica alla drammaticità del fenomeno. Ecco i termini vibranti con cui Giovanni Paolo II ne parlava alcuni anni or sono: "Oggi – egli diceva – il flagello della droga imperversa in forme crudeli e in dimensioni impressionanti, superiori a molte previsioni. Tragici episodi denotano che la sconvolgente epidemia conosce le più ampie ramificazioni, alimentata da un turpe mercato che scalca confini di Nazioni e di continenti. Le implicazioni velenose del fiume sotterraneo e le sue connessioni con la delinquenza e la malavita sono tali e tante da

costituire uno dei principali fattori della decadenza generale" (*Insegnamenti di Giovanni Paolo II*, VII, 2, 1984, p. 347).

Dietro parole così pesanti ci sono i dati che voi, illustri Signori, ben conoscete. È vero che, per quanto riguarda le statistiche, è difficile ottenere dati precisi, a causa della natura ampiamente clandestina dell'uso delle droghe. Ma è convinzione comune e fondata che esso vada espandendosi a macchia d'olio. L'uso delle droghe sintetiche, rispetto a quelle derivanti da piante, ha il triste vantaggio di renderle più vicine ai consumatori, mentre il loro controllo diventa sempre più difficile, perché da una parte può esserci un'eccedenza di produzione lecita seguita da diversione, e dall'altra una fabbricazione illecita (Cfr. *United Nations international Drug Control Programme, World Drug Report*, Oxford University Press 1997, p. 41). Stando alle valutazioni offerte dal *Programma delle Nazioni Unite per il controllo internazionale delle droghe*, per poter ridurre sostanzialmente il profitto dei trafficanti dovrebbe essere intercettato almeno il 75% del traffico internazionale di droga. Ma questo obiettivo è lungi dall'essere raggiunto, ed è certo di ben difficile conseguimento, se si pensa che il traffico di cocaina ed eroina è in gran parte controllato da organizzazioni transnazionali, gestite da gruppi criminali fortemente centralizzati con il coinvolgimento di una vasta gamma di personale specializzato: dai chimici agli specialisti nelle comunicazioni e nel riciclaggio del denaro, dagli avvocati alle guardie di sicurezza ecc. (*ibid.* p. 123). Negli ultimi 20 anni, come è noto, le organizzazioni di trafficanti di droga hanno esteso i loro interessi ad altre forme di

attività illecite, che fanno lievitare all'inverosimile i guadagni e conseguentemente lo strapotere di questa criminalità priva di scrupoli.

Effetti devastanti

Ma al di là delle dimensioni quantitative del fenomeno, la voce del Magistero si è preoccupata in questi anni di mettere in guardia soprattutto dagli *effetti devastanti* che esso produce non solo sulla salute, ma sulla stessa coscienza, come anche sulla cultura e sulla mentalità collettiva. Esso in realtà è insieme frutto e causa di una grande degenerazione etica e di una crescente disgregazione sociale, che corrodono il tessuto stesso della moralità, dei rapporti interpersonali, della convivenza civile.

In questi anni, poi, si sono rivelati sempre di più anche i danni fisici concomitanti e conseguenti: dall'epatite alla tubercolosi e all'AIDS. Ed è superfluo ricordare il contesto di violenza, sfruttamento sessuale, commercio di armi, terrorismo, in cui questo fenomeno prospera. E chi non sa quanto le relazioni familiari ne siano rese difficili? Un peso particolare ricade sulla donna, spesso costretta alla prostituzione per sostenere il marito che si droga.

Sembrano dunque tutt'altro che eccessive le espressioni usate da Giovanni Paolo II, quando ha definito i trafficanti di droghe "*mercanti di morte*" (*Insegnamenti*, XIV, 2, 1991, p. 1250). Una morte che, se non sempre è la morte fisica, è però sempre una morte morale, una morte della libertà e della dignità della persona. La droga tende a "schiavizzare" la persona. Lo ricordò il Papa nella sua Visita pastorale in Colombia del 1986, riferendosi ai narcotrafficanti: "Trafficienti della libertà dei loro fratelli, che rendono schiavi con una schiavitù più terribile, a volte, di quella degli schiavi neri. I mercanti di schiavi impedivano alle loro vittime l'esercizio della libertà. I narcotrafficanti riducono le proprie vittime alla distruzione stessa della personalità" (*Inse-*

gnamenti, IX, 2, 1986, p. 197). Guardando a questi effetti, si spiega perché il giudizio morale, che la Chiesa dà in questo ambito, sia particolarmente grave. Va da sé la condanna di quanti sono direttamente responsabili del fenomeno, con la produzione clandestina di droghe e il loro traffico, come anche di quanti indirettamente ne diventano complici. Ma il *Catechismo della Chiesa Cattolica* ricorda anche a quanti si drogano o sono tentati di farlo che l'uso della droga, "esclusi i casi di prescrizioni strettamente terapeutiche, costituisce una colpa grave" (CCC 2291). Evidentemente non si vuol qui dare un giudizio sulla responsabilità soggettiva, dal momento che tanti, una volta entrati in questa infernale dipendenza, diventano anche, almeno in parte, incapaci della scelta radicale necessaria per sottrarsi a questa penosa schiavitù. Ma il principio morale, ricordato senza tentennamenti, è non soltanto una norma, ma anche un aiuto offerto alla coscienza, perché acquisti vigore e coerenza.

La responsabilità pubblica

Di fronte all'enormità del fenomeno e ai suoi tragici effetti, non c'è dubbio che la maggiore responsabilità nell'affrontarlo e debellarlo ricada sulle pubbliche autorità. È un appello che Giovanni Paolo II ha più volte rinnovato, perché, sia a livello nazionale che internazionale, si risponda alle sfide della droga in maniera decisa, adottando risoluzioni che scoraggino in partenza l'infame traffico. Un discorso, questo, oltre che difficile, anche delicato per quelle ragioni in cui l'illecita coltivazione di piante destinate alla produzione di droga sembra essere la sola opzione vantaggiosa per gli agricoltori. È chiaro che in questi casi occorre provvedere ad offrire risorse sostitutive, "capaci di garantire agli operai e alle loro famiglie una situazione conforme alla loro dignità di persone e di figli di Dio" (*Discorso ai Presuli della Conferenza Episcopale della Bolivia in occasione della*

visita ad Limina, 22 aprile 1996, *L'Osservatore Romano*, 22-23 aprile 1996).

Ma questo aspetto del problema non deresponsabilizza la pubblica autorità dall'assumere le altre misure necessarie. La Chiesa segue, a questo proposito, con una certa apprensione il dibattito che da tempo si registra tra i cosiddetti "proibizionisti" e gli "anti-proibizionisti". È noto, infatti, che questi ultimi si fanno in modo sempre più vivace promotori della liberalizzazione e legalizzazione delle droghe – almeno delle cosiddette droghe "leggere" –, poggiando su argomenti di varia natura, e facendo leva sul fatto che la politica proibizionista non solo non ha risolto il problema, ma l'avrebbe aggravato. A loro volta i proibizionisti ribattono che l'assenza di sanzioni provocherebbe problemi ancora più gravi di quelli già esistenti, dando ai giovani un segnale sbagliato e facilitando loro un primo passo che potrebbe poi portarli alle droghe pesanti. La legalizzazione andrebbe così nel senso opposto dell'educazione e della prevenzione, comporterebbe maggiori rischi per la salute e maggiori costi per la società, non farebbe sparire il mercato nero di narcotici né diminuire violenza e criminalità. Uno dei principali rischi sarebbe poi l'irreversibilità di una tale opzione e la difficoltà di una simile regolazione.

Di fronte a questo "regulation debate", la posizione della Chiesa è stata e rimane chiara. Non si vuole certo negare che il problema sia complesso, e che tra i sostenitori della tesi anti-proibizionista vi siano persone che, in buona fede, si pongono il problema con serietà e senso di responsabilità. Ma la posta in gioco è troppo grossa, e le ragioni che portano ad una politica diversa risultano più convincenti. Parlando alle Comunità terapeutiche nel 1984, Giovanni Paolo II disse a tal proposito: "La droga è un male, e al male non si addicono cedimenti. Le legalizzazioni anche parziali, oltre ad essere quanto meno discutibili in rapporto all'indole della legge, non sortiscono gli effetti che si erano pre-

fisse. Un'esperienza ormai comune ne offre la conferma. Prevenzione, repressione, riabilitazione: ecco i punti focali di un programma che, concepito e attuato nella luce della dignità dell'uomo, sorretto da correttezza di relazioni tra i popoli, riscuote la fiducia e l'appoggio della Chiesa" (*Insegnamenti*, VII, 2, 1984, p. 349). Più recentemente, il Pontificio Consiglio per la Famiglia, in una riflessione pastorale su questo specifico tema, ha esortato ad evitare semplificazioni e generalizzazioni, e "soprattutto la politicizzazione di una questione che è profondamente umana ed etica". A proposito, poi, della distinzione fra droghe "leggere" e "pesanti" ha osservato: "I prodotti saranno forse diversi, ma le ragioni di base rimangono le stesse. È per questo motivo che la distinzione tra "droghe dure" e "droghe dolci" conduce ad un vicolo cieco. La tossicodipendenza non si gioca nella droga ma in ciò che conduce un individuo a drogarsi... La legalizzazione delle droghe comporta il rischio degli effetti opposti a quelli ricercati... Attraverso la legalizzazione della droga... sono le ragioni che conducono a consumare tale prodotto che si trovano convalidate" (*Liberalizzazione della droga? Una riflessione pastorale del Pontificio Consiglio per la Famiglia: L'Osservatore Romano*, 22 gennaio 1997).

Alle radici etico-culturali del fenomeno

Queste considerazioni ci portano all'aspetto nodale del problema, sul quale converge in modo speciale l'attenzione della Chiesa: *perché ci si droga?* È chiaro infatti che, al di là di tutti i condizionamenti di un mercato irresponsabile e a tutte le profferte di una criminalità ben organizzata, è sempre il singolo, con la sua libertà e responsabilità, che varca la soglia pericolosa delle droghe, finendo spesso in una via senza ritorno.

Perché lo fa? L'estensione del fenomeno droga fa pensare ad un malessere profondo, che

tocca le coscienze, ma insieme l'ethos collettivo, la cultura, le relazioni sociali. Il Papa invita a guardare in questa direzione. Alla radice del problema della tossicodipendenza, egli osserva, "c'è di solito un vuoto esistenziale, dovuto all'assenza di valori e ad una mancanza di fiducia in se stessi, negli altri e nella vita in generale" (*Insegnamenti*, XIV, 2, 1991, p. 1249). E ancora: "La droga è vuoto interiore che cerca evasione e sfocia nel buio dello spirito prima ancora che nella distruzione fisica" (*Insegnamenti*, XIII, 2, 1990, p. 1579). Esiste un nesso fra la malattia provocata dall'abuso di droghe e una patologia dello spirito che porta la persona a fuggire da se stessa e a cercare soddisfazioni illusorie nella fuga dalla realtà, al punto da annullare completamente il significato della propria esistenza.

Non si può inoltre negare che la tossicodipendenza sia strettamente legata anche allo stato attuale di una società permissiva, secolarizzata, in cui prevalgono edonismo, individualismo, pseudo-valori, falsi modelli. La "Familiaris consortio" la considera conseguenza di una società che rischia di essere sempre più spersonalizzata e massificata, disumana e disumanizzante (*Insegnamenti*, IV, 2, 1981, p. 1087).

In questo contesto "malato", che investe i singoli e la società, coloro che si drogano sono, secondo le espressioni del Santo Padre, "come persone in 'viaggio' che vanno alla ricerca di qualcosa in cui credere per vivere, incappano, invece, nei mercanti di morte, che le assalgono con la lusinga di illusorie libertà e di false prospettive di felicità" (*Insegnamenti*, XIV, 2, 1991, p. 1250). Si potrebbe quasi dire che questo grande "viaggio", che gli uomini cercano nella droga, è il "pervertimento dell'aspirazione umana all'infinito... la pseudomistica di un mondo che non crede, ma che tuttavia non può scuotersi di dosso la tensione dell'anima verso il paradiso" (J. Ratzinger, *Svolta per l'Europa*, Ed. Paoline 1992, p. 15).

Un'adeguata strategia

Se questo è il problema, è ovvio che non basta la "proibizione", che pur è necessaria. "Questo male – ha detto il Papa – chiede di essere vinto con un nuovo impegno di responsabilità all'interno delle strutture di vita civile e, in particolare, mediante la proposta di modelli di vita alternativi" (*Insegnamenti*, XII, 2, 1989, p. 637).

È la strategia della *prevenzione*, per la quale – sottolinea Giovanni Paolo II – è necessario il concorso "di tutta la società: genitori, scuola, ambiente sociale, strumenti della comunicazione sociale, organismi internazionali; occorre l'impegno a formare una società nuova, a misura dell'uomo; l'educazione ad essere uomini" (*Insegnamenti*, VII, 1, 1984, p. 1541). Si tratta di mettere in atto un impegno corale per proporre, ad ogni livello della convivenza, valori autentici e, in particolare, i valori spirituali.

Ma per quanti sono già caduti nelle spire della droga, sono necessari opportuni percorsi di *cura* e di *riabilitazione*, che vanno ben al di là del semplice trattamento medico, poiché in molti casi è presente tutto un complesso di problemi che richiedono l'aiuto della psicoterapia sia del soggetto individuale che dello stesso nucleo familiare, insieme con un adeguato sostegno spirituale ecc. Le droghe sostitutive, a cui spesso si ricorre, non costituiscono una terapia sufficiente; esse sono piuttosto *un modo velato di arrendersi al problema*. Solo l'impegno personale dell'individuo, la sua volontà di rinascita e la sua capacità di ripresa possono assicurare il ritorno alla normalità dal mondo allucinante dei narcotici.

Ma per aiutare la persona in un così impegnativo cammino, occorrono anche degli aiuti sociali. La *famiglia* rimane certamente il riferimento principale per ogni azione di prevenzione. È quanto Sua Santità ha sottolineato in varie occasioni, senza tuttavia tralasciare di esprimere vivo apprezzamento nei riguardi delle *Comunità te-*

rapeutiche, le quali “puntando e tenendo instancabilmente fisso l’obiettivo sul ‘valore uomo’, pur nella varietà delle loro fisionomie, hanno dimostrato di essere una formula buona” (*Insegnamenti*, VII, 2, 1984, p. 346).

Una sfida per la Chiesa

In questo impegno corale c’è un ruolo che investe in modo specifico la Chiesa: essa si sente chiamata in causa non soltanto come annunciatrice del Vangelo, ma anche come “esperta in umanità”. A coloro che vivono il dramma della tossicodipendenza essa reca il lieto annuncio dell’amore di Dio, che non desidera la morte, bensì la conversione e la vita. La Chiesa si pone poi accanto a loro per intraprendere un itinerario di liberazione che li porti alla scoperta o riscoperta della propria dignità di uomini e di figli di Dio.

È soprattutto con questa testimonianza, che passa attraverso le variegate forme di evangelizzazione, di celebrazioni liturgiche, di vita comunitaria, che la Chiesa rende il suo servizio di prevenzione e

di riabilitazione per quanti sono rimasti vittime della droga. Devono sentirsi particolarmente impegnate le *famiglie cristiane*, le *comunità parrocchiali*, le *istituzioni educative*. Un ruolo speciale sono chiamati a svolgere i *mezzi di comunicazione sociale* che fanno capo, a diverso titolo, alla comunità ecclesiale. Una speciale e concreta testimonianza resta poi quella delle *Comunità terapeutiche* di ispirazione cristiana, i cui metodi, pur improntati a una legittima pluriformità, conservano sempre le caratteristiche di adesione al Vangelo e al magistero della Chiesa.

L’orizzonte della speranza

Ed eccoci, dunque, a questo Convegno che, sotto il patrocinio del regnante Pontefice, vuole in qualche modo dare un nuovo impulso all’impegno ecclesiale in questo settore, oltre che offrire elementi di riflessione e di proposta all’intera società.

Sappiamo bene che la complessità del problema non autorizza alcun ottimismo ingenuo. Ma non dobbiamo di-

menticare che i motivi della speranza cristiana non poggiano soltanto sull’impegno umano, ma anche e soprattutto sull’aiuto di Dio, che sa moltiplicare le nostre energie.

Nell’augurare, pertanto, che il Convegno possa proseguire offrendo un grande contributo a questa nobilissima causa, desidero concludere il mio intervento citando quanto il Papa disse davanti all’estendersi di questo triste fenomeno nel Discorso alla conclusione della VI Conferenza Internazionale su Droga e Alcool: “Davvero, in queste situazioni, potrebbero sembrar forti le ragioni che inducono ad abbandonare ogni speranza. Pur consapevoli di ciò, voi ed io tuttavia vogliamo testimoniare che le ragioni per continuare a sperare ci sono e sono molto più forti di quelle in contrario”.

Un discorso che ci apre il cuore alla fiducia e ci invita a lavorare con rinnovato slancio a servizio di quanti il vortice limaccioso della droga rischia di inghiottire nei suoi gorgi mortali.

S. Em. Cardinal
ANGELO SODANO
Segretario di Stato Santa Sede



Armonia della persona e droga

Riflessione antropologico-teologica

Lo scopo del Convegno è indirizzato a verificare come prevenire il fenomeno della diffusione della droga e recuperare il tossicodipendente alla sua piena dignità di creatura umana libera e responsabile. La riflessione antropologico-teologica non è in grado di offrire risposte dirette sul piano operativo, ma *la visione di persona* a cui rimanda è essenziale per risolvere in radice il senso stesso di un ricorso alla droga, facendone intravedere l'assurdità e il non-senso. Giustamente il titolo dell'intervento oppone armonia della persona e droga. Quella "e" del titolo, evidentemente, non è da intendere come una "e" congiuntiva, ma disgiuntiva; essa infatti vuole indicare come sussista una contrapposizione assoluta tra la persona umana come essere di armonia, chiamato all'unità e alla relazionalità, e il ricorso alla droga come frantumazione e perdita di unità e di relazionalità, come vuoto e "crak", per usare il linguaggio degli stesso tossicodipendenti.

La tesi che vorrei cercare di svolgere, in questa mia breve comunicazione, intende rispondere al seguente interrogativo: *Il ricorso alla droga non deriva, in ultima analisi, dal problema di una disarmonia corpo-spirito che rende la persona umana, specialmente la persona del giovane, insoddisfatta, vuota; un'insoddisfazione e un vuoto a cui richiama la stessa immagine del "bucarsi"? I ragazzi e le ragazze, ma anche gli adulti, diventano potenziali tossicodipendenti non tanto o non solo nell'atto con cui cominciano a far uso di sostanze stupefacenti, ma nel momento in cui non sono educati a vivere in "armonia con" e "in armonia per"; è da questa situazione di malessere antropologico, di patologia della persona, che ha*

origine in definitiva il ricorso alla droga come tentativo – evidentemente sbagliato – di uscire fuori da una condizione che non corrisponde all'identità profonda della persona umana. "Alla radice della tossicodipendenza – ha ripetuto più volte il Santo Padre – c'è un vuoto esistenziale". Una valida terapia deve poter agire a livello antropologico profondo, per rimuovere le cause della disarmonia ed educare a vivere nell'unità, in armonia con sé, con la natura, con gli altri, con Dio. Va in questa linea il "vangelo della grazia". L'annuncio del mistero dell'Unigenito incarnato si presenta ai credenti come il proclama, la *magna charta*, del superamento di ogni dualismo o divisione interna della persona e come possibilità concessa in dono di attuare quella nostalgia profonda di unità nascosta nel cuore umano. Si tratta dunque di mostrare questa reale, profonda connessione che sussiste tra la vocazione all'armonia inscritta nel cuore della creatura umana e il dono della grazia effuso sui battezzati dal Signore risorto.

Il problema è al tempo stesso di antropologia teologica e di pedagogia cristiana. *Che cosa significa "armonia" per la persona umana, teologicamente considerata, e come rileggere il dono della grazia in quanto evento di unità ritrovata e di nuova relazionalità? Quali le linee-forza fondamentali per una educazione dei giovani all'"armonia" intesa in senso cristiano?*

I. PROSPETTIVE DI ANTROPOLOGIA TEOLOGICA

Sotto l'aspetto antropologico-teologico, due contenuti fondamentali devono essere tenuti particolarmente presenti:

– l'unitotalità della persona umana e quindi il suo realizzarsi in rapporto all'unificazione spirito-corpo come impresa etica affidata alla persona umana e alla sua libertà;

– la grazia come evento "dall'alto", come accadimento di riconciliazione nello Spirito e capacità di entrare in possesso dell'armonia nuova ridonata nella redenzione di Cristo.

1. L'unitotalità della persona e l'impresa etica di costruire se stessi

Il concetto di "armonia" rimanda anzitutto all'*unità originaria* della persona umana. La persona è costituita dall'armonia che si stabilisce tra spirito e corpo, *psyche e soma*. Ogni essere personale è uno spirito incarnato:

– un io-spirituale, unico e irripetibile, che si rappresenta e si realizza nella corporeità;

– una corporeità che è più del corpo, in quanto porta in sé le esigenze infinite dell'io-spirituale, e trascende quindi la sola fisicità corporea.

La persona umana è un tutto-spirituale e un-tutto-corporeo, in un rapporto di interdipendenza reciproca e dinamica: tale è l'*unitotalità* a cui fa riferimento ripetutamente il Santo Padre (cfr. ad esempio FC 11). Non si può parlare del corpo se non in relazione allo spirito e alla sua apertura infinita; e non si può parlare dello spirito, almeno per quanto riguarda la nostra condizione storica, se non in relazione al corpo e al ruolo di attuazione che esso svolge. *Spirito, corpo e persona: nei rapporti che si stabiliscono tra queste componenti è racchiuso il dramma della droga come origine e come effetto*. Risiede in un tale quadro di riferimento una prima pista di riflessione sul problema della tossicodipenden-

za: è dalla disarmonia persona, spirito, corpo che deriva il ricorso a quell'illusione paradisiaca che si chiama droga.

L'unità originaria di cui si è parlato è caratterizzata *dall'apertura infinita dell'io spirituale*, in una reale relazionalità in senso verticale e in senso orizzontale. "L'uomo supera infinitamente l'uomo", diceva B. Pascal. Il corpo è più del corpo, ripetono molti contemporanei; esso porta in sé le esigenze dello spirito, e le simboleggia nella sua stessa figura: si pensi alla posizione eretta della persona, in su, in alto, verso un di più che ci trascende e a cui teniamo con tutto il nostro essere; e si pensi all'apertura delle braccia all'accoglienza e al dono, al darsi la mano gli uni con gli altri, in una vera compagnia della vita. Il corpo porta inscritto in sé *il mistero relazionale della persona*: il suo esistere come essere caratterizzato dalla razionalità e dalla libertà; facoltà che contengono l'apertura della persona umana verso orizzonti sempre più ampi, verso la relazione con l'altro da sé, in ultima analisi, verso la relazione con l'Assolutamente-Altro di Dio, l'Interlocutore infinito.

Sia l'unità originaria che la relazionalità, in senso verticale e in senso orizzontale, sono affidate alla persona-uomo e alla persona-donna come compito etico, come capacità e responsabilità legate alla sua libertà e alla sua vocazione al cospetto di Dio. Sta all'io personale, spirito incarnato, rispondere positivamente a questo appello: l'armonia della persona, sia come unità che relazionalità, rappresenta quindi il risultato di un'impresa etica che si spalanca davanti alla libertà dell'uomo e della donna ed esige il suo consenso. I racconti biblici della creazione, in modi diversi e complementari, esprimono questa antropologia fondamentale. Dio, unità e relazione in se stesso, crea l'essere umano come essere di unità e di relazione, in armonia con se stesso, con la natura, con l'altro, col Creatore. La persona umana è fatta per l'unità, non per la divisione.

La storia intera, la storia delle religioni, delle filosofie e delle ideologie, non è altro che il tentativo, difficile, incerto e spesso vano, di ricostruire l'unità perduta, la relazionalità infranta. Il peccato di origine descritto dalla Genesi viene ad esprimere emblematicamente questa situazione: *"Gli squilibri di cui soffre il mondo contemporaneo – afferma la GS – si collegano con quel più profondo squilibrio che è radicato nel cuore dell'uomo. È proprio all'interno dell'uomo che molti elementi si contrastano a vicenda. Da una parte, infatti, come creatura sperimenta in mille modi i suoi limiti; dall'altra parte si accorge di essere senza confini nelle sue aspirazioni e chiamato ad una vita superiore... Debole e peccatore, non di raro fa quello che non vorrebbe e non fa quello che vorrebbe, per cui soffre in se stesso una divisione..."* (GS 10)¹.

2. La grazia come armonia ridonata nella redenzione di Cristo.

Il realismo di questa antropologia dice la concretezza, il realismo dell'annuncio cristiano. *"In realtà – aggiunge la GS – solamente nel mistero del Verbo incarnato trova vera luce il mistero dell'uomo... Rivelando il mistero del padre e del suo amore, Cristo Signore svela anche pienamente l'uomo all'uomo e gli fa nota la sua altissima vocazione"* (GS 22). La cristologia è il compimento dell'antropologia. L'Unigenito incarnato, morto e risorto, è il grande riconciliatore tra cielo e terra, il riunificatore dell'uomo, il riarmonizzatore del suo essere. Solo nella scoperta di Cristo si è in grado di riscoprire noi stessi e di superare la divisione del peccato. Dovremmo leggere in questa ottica il mistero della grazia pasquale.

Come dono dello Spirito del Risorto, la grazia è il dono di una "finitudine guarita" e la possibilità – in quanto dono di partecipazione all'ontologia trinitaria – di ritrovare se stessi nella pienezza del progetto originario di Dio. Bisognerà

riaffermare con forza questo "vangelo della grazia" come evento di unità, di realizzazione di sé e di "relazione con" e "relazione per". La grazia, nella prospettiva neotestamentaria, è il dono di una nuova armonia; è la bellezza del Figlio che si irradia su tutti noi come bellezza nuova, "grazia" appunto.

II. PER UNA PEDAGOGIA DELLA PERSONA E DELLA CORPOREITÀ

Non c'è modo né spazio, in questa sede, per approfondire ulteriormente i contenuti a cui si è fatto cenno. Credo tuttavia risulti sufficientemente chiaro come la teologia della persona e della sua corporeità richieda *un'adeguata e corrispondente pedagogia della persona e della sua corporeità*, in ordine sia al problema della prevenzione che della cura della tossicodipendenza. In questa linea, si possono indicare per *flash*, quattro piste pedagogiche in corrispondenza ai contenuti antropologico-teologici prima enunciati:

1. Educare a vivere l'unità del proprio essere persone, con la consapevolezza che se il corpo si trasforma per via di automatismi spontanei, lo spirito si trasforma solo in relazione ai valori che gli sono dati e che assume in modo personale e convinto: è l'unità dell'io-spirituale attorno ad una mappa cognitiva di valori e di ideali autentici a fondare l'unità della persona e rappresenta il principio della sua armonizzazione.

2. Educare lo spirito umano alla trascendenza, nella consapevolezza che il corpo, *in quanto umano*, e più di un semplice dato biologico, porta in sé le aspirazioni infinite dello spirito e vi fa appello in modo incessante. Per questo, un'autentica educazione a vivere la corporeità non può ridursi ad un fatto meramente naturalistico; deve educare lo spirito a dare e ricevere amore, a donare e ad accogliere, sia in senso orizzontale che in senso verticale.

3. Educare all'impresa etica del divenire persone adulte, imparando a vivere l'essere nel corpo non come un semplice dato storico, ma come un compito, affidato alla responsabilità di ognuno: il corpo non è solo un oggetto che io ho, ma la stessa soggettività nella quale io sono. Accettare la fatica di crescere per diventare adulti vuol dire accettare l'impegno per fare della propria corporeità il segno di una comunione interpersonale, facendone una "realtà sponsale". E ciò richiede sacrificio e perseveranza. È condivisibile l'analisi di K. Lorenz quando parla di generale rammollimento dei nostri giovani dovuto alla scomparsa di sentimenti e di emozioni forti. "Il progresso tecnologico e farmacologico ha favorito una crescente intolleranza verso tutto ciò che provoca dolore. Scompare così la capacità di procurarsi quel tipo di gioia che si ottiene soltanto superando gli ostacoli a prezzo di dure fatiche²".

4. Proclamare il "vangelo della grazia" come pienezza di vita e dono di realizzazione di sé. Cristo, verità ultima dell'esistenza umana, è il prototipo di ogni autentica realizzazione personale e l'icona della nuova relazionalità inaugurata nella storia. Se è vero che ogni essere umano avverte la nostalgia profonda dell'unità, dell'armonia in sé e al di fuori di sé, la grazia del Signore Gesù è il dono reale di una vera ed effettiva riconciliazione come possibilità e compito concessi al battezzato perché sia in grado di superare ogni forma di divisione e di vivere in unità, in armonia dandone una testimonianza profetica a tutti. Questo "vangelo di grazia" non si sovrappone all'essere creaturale, ma lo suppone, lo ricupera e lo indirizza alla sua piena realizzazione. Non c'è dualismo tra natura e grazia; al contrario, l'una esige l'altra e solo insieme è possibile realizzare una educazione integrale alla vita.

È chiaro che le quattro piste

non sono delle ricette automatiche; esigono dei modelli e dei percorsi educativi intelligenti, comprensivi del percorso di una vera educazione alla contemplazione e alla preghiera. Concludo con una bella invocazione del poeta indiano R. Tagore che dovrebbe essere fatta propria da ogni giovane in difficoltà: *"Signore, possa io fare della mia vita qualcosa di semplice e di diritto, come un flauto di canna che tu possa riempire di musica melodiosa"*.

Mons. CARLO ROCCHETTA
Professore di Teologia della
Corporeità all'Istituto Internazionale
di Teologia Pastorale Sanitaria,
Camillianum, Roma (Italia)

15

Note

¹ "L'uomo si trova diviso in se stesso. Per questo la vita umana, sia individuale che collettiva, presenta i caratteri di una lotta drammatica tra il bene e il male, tra la luce e le tenebre" (GS 13).

² *Gli otto peccati capitali della nostra civiltà*, Adelphi, 1970, p. 30.



Il tema del nostro convegno riguarda la Chiesa molto da vicino. Tutti i problemi dell'uomo sono anche problemi della Chiesa. Infatti, essendo la Chiesa il sacramento di Cristo, essa non può non interessarsi di tutto l'uomo e di tutti gli uomini. Quando il Figlio di Dio assunse la natura umana, vale a dire, quando Egli si unì ad ogni uomo, lo fece per redimerlo integralmente. In altre parole, Il Verbo Incarnato volle liberare non solo ogni singola anima dalla morte spirituale del peccato mortale, ma anche ogni singolo corpo dalla morte fisica quale pena del peccato "ad mortem"¹. Ora se la Chiesa, appunto per espressa volontà dello stesso Divin Redentore, deve continuare "storicamente" questa stessa missione "redentrice",² è evidente che Essa deve occuparsi di un problema che flagella il nostro tempo. Sempre più persone diventano tossicodipendenti. "Ad esserne colpiti sono soprattutto i più giovani: più fragili, più esposti, più suggestionabili da tentazioni di esperienze cosiddette alternative, da una cultura falsamente libertaria, da atteggiamenti provocatori e di ribellione"³. Da questa cultura libertaria e provocatoria si giunge, in vari paesi europei, alla tendenza politica di accettazione dello "status quo" di molte persone che, ormai da anni, sono schiave della loro dipendenza da eroina. In Olanda, ad esempio, sta per iniziare l'esperimento dell'offerta gratuita di eroina, tre volte al giorno, a persone che già da cinque anni sono schiave di questa droga. Se l'esperimento, programmato in una città ancora da determinare, riesce, allora si passerà ad altre otto o nove città. La ragione dell'esperimento è anzitutto la speranza di diminuire i delitti che le suddette persone commettono per poter soddi-

sfare i loro bisogni da tossicodipendenti. Inoltre, l'esperimento dovrebbe portare, sia pure una minima quantità di persone, ad una integrazione nella vita sociale. I giornali olandesi si sono più volte occupati della questione, presentando gli argomenti "pro" e "contra" dei vari partiti politici; comunque, dietro la proposta del ministro della Sanità, il parlamento ha deciso a favore dell'esperimento su scala ridotta⁴.

Tuttavia, in questa faccenda va rilevata una cosa strana; lo stesso ministro intende proibire sia l'uso del tabacco che l'uso dell'alcool a persone minori di 18 anni. La ragione a monte di questa proibizione sarebbe non solo il fatto dell'impressionante aumento numero dei giovani dediti all'uso di queste sostanze ma anche dell'aumento quantitativo del consumo, con tutte le conseguenze negative per la loro salute e una convivenza pacifica e civile.⁵ Le discussioni vertono sulla utilità o meno di un tale divieto e giungono alla conclusione che si tratta ormai di un problema "pluri-causale", e quindi non risolvibile con proibizioni⁶. Mi sembra veramente contraddittorio quando da una parte si favorisce l'abuso della droga, e dall'altra non si cerca ottenere un uso temperato del tabacco e dell'alcool. I veri alcoolisti e i fumatori a catena potrebbero chiedere, e perché no, che s'inizi un esperimento dell'offerta degli alcolici e dei tabacchi. Ad ogni modo, sono del parere che simili esperimenti non affrontano i problemi sia della droga che dell'alcol e del tabacco, ma cercano soltanto di diminuirne le dannose conseguenze. Bisogna ormai passare a strategie che scoprono le cause personali e sociali dei fenomeni e ricorrono a rimedi più radicali.

La mia relazione, dato il suo carattere etico-morale, vuol essere, in un primo momento l'approfondimento della valutazione morale della droga, del tabacco e dell'alcool; in un secondo momento, intende suggerire una strategia di valore del corpo.

1. Una valutazione morale differenziata

Una politica responsabile della presente problematica non può, anzi non deve prescindere da un discernimento valutativo tra le sostanze tossicodipendenti e le essenze del tabacco e dell'alcool. È vero, e i fatti lo confermano, anche il tabacco e l'alcool conducono alla dipendenza, alla schiavitù. Ma questo stato di vita è piuttosto il risultato di un periodo più o meno lungo dell'*abuso* dell'uno o dell'altro, cioè del tabacco e dell'alcool, mentre la tossicodipendenza risulta semplicemente dell'*uso* stesso delle sostanze, che portano poi ad un abuso sempre più schiavizzante e sempre più disumanizzante. Comunque, ed è quanto intendo dire, non mi sembra giusto trattare in modo "univoco" delle sostanze droganti e delle essenze del tabacco e dell'alcool. Sono d'accordo che si può usare un po' tutto per drogarsi e, quindi, rendersi schiavo o dipendente⁷; tuttavia, credo che si deve stare molto attenti a non confondere l'intenzione dell'utente con la natura "schiavizzante" della sostanza e/o della essenza che si usa.

Non condivido, perciò, la tesi proposta da una commissione in Olanda, che anche il tabacco e gli alcolici sono praticamente droghe, appunto perché l'alcol e la nicotina sarebbero già in se stessi sostanze tossicodipendenti⁸. Preferisco parlare delle droghe come

di sostanze “stupefacenti” e di tabacco e di alcol come di essenze “usufruenti”. Questa diversità di qualificazione delle sostanze droganti e delle essenze usufruenti, comporta anche una diversa valutazione morale.

Dal punto di vista morale, l’uso di droghe è sempre illecito, perché ne consegue una rinuncia ingiustificata del pensare, volere e agire, che sono tutti quanti impegni richiesti, appunto, da una persona ragionevole e libera. Impegni ai quali nessun essere umano può, senza giustificati motivi, venir meno. Ora la droga, anche in minime quantità, diminuisce sia la ragionevolezza del pensiero che la libertà del volere e la responsabilità dell’agire. La cosiddetta “pillola dell’amore”, XTC, molto in uso tra i giovani, sia in Olanda che in Belgio, ha conseguenze disastrose non solo per la salute fisica, ma anche per il comportamento degno di una persona umana. Alcuni studiosi riconoscono di essere rimasti “scombussolati” dai dannosi risultati dell’uso di questo tipo di pillola drogante⁹. Dalle discoteche, riporta un sacerdote belga, escono persone che, sotto l’influsso di droghe, corrono, di proposito, con una velocità suicida verso la morte “estasiante”¹⁰. Avverto subito che questo giudizio di ordine morale sull’uso della droga in sé e delle conseguenze, non significa già una condanna della persona che fa uso della droga. Una tale persona sperimenta il più delle volte uno stato di vita non-libero da cui vorrebbe essere liberato¹¹. Tuttavia il “non-licet”, dovuto al grande danno recato alla dignità della persona e della sua vita, esige che non si può mai parlare di *libertà* per l’uso della droga. Nessuno ha il diritto di nuocere a se stesso e di rinunciare alla dignità di persona che il Divin Creatore stesso gli ha dato; anzi, tutti abbiamo il dovere di prenderci cura di questa dignità di persona e della nostra salute corporale e psichica¹².

Passando alla valutazione dell’alcolismo va detto che, dal punto di vista morale, l’alcol in se stesso non è illecito,

vale a dire, un suo moderato uso come bevanda non contrasta con proibizioni morali. Entro ragionevoli limiti, come dimostra l’uso secolare presso molte popolazioni europee, sia la birra che il vino sono una specie di *alimentari*. A questo punto ritengo interessante le risposte che un gruppo di giovani ha dato in merito. “Il 92% sostiene che bere vino o altri alcolici aiuta la digestione; il 20% non ritiene che bere a dosi massicce sia molto tossico per l’organismo, bensì che l’alcol sia un elemento valido per l’organismo...; l’87% non condivide l’affermazione “bevo per superare momenti di tristezza”, ma al contempo un quarto degli studenti sostiene che “bere un po’ per rilassarsi dalle tensioni fa bene”. Sempre a riguardo del rapporto con “l’oggetto alcool” vediamo che il 32% dei giovani ritiene che “l’alcol è una bevanda molto piacevole”¹³.

Tuttavia rilevo che il giudizio di liceità concerne l’uso veramente moderato, mentre ogni *abuso* diventa illecito e, quindi, condannabile, appunto perché schiavizza la persona, disorienta la sua mente, mette in pericolo la reazione della sua volontà e, quindi, diminuisce il senso della sua responsabilità. I tanti incidenti automobilistici ne sono una prova più che convincente; pertanto giustamente esiste una legislazione molto severa in merito. Aggiungo ancora che quando l’abuso è entrato in una fase cronica, tutto l’organismo e lo spirito della persona subiscono danni gravissimi¹⁴.

Avverto che anche qui non intendo pronunciare, in nessun modo, una condanna nei riguardi della persona “alcolista”; il più delle volte ci troviamo, ormai, di fronte ad un essere umano gravemente malato e, quindi, bisognoso di cure mediche e psicoterapeutiche le quali, notiamo bene, devono tendere ad un recupero integrale della persona¹⁵. Così è più che evidente come le proibizioni fino ad una certa età, di cui ho parlato, non risolvono il problema, ma lo coprono e, in un certo senso, approvano legalmente il fenomeno stesso.

La stessa cosa vale per il tabacco. Il suo uso non è per se stesso, dal punto di vista morale, inammissibile. La illiceità etica, infatti, non concerne l’uso del tabacco, ma il suo abuso. L’eccesso di tabacco, infatti, è illecito perché danneggia gravemente la salute e crea anche dipendenza. Invece, l’uso moderato del tabacco è lecito perché, generalmente, non è nocivo per la salute e non crea dipendenza; inoltre e soprattutto, perché il moderato fumatore non intende ottenere dalla nicotina gli effetti propri della droga, ma una sensazione piacevole. Con tutto ciò non voglio negare e meno ancora sottovalutare che “il fumo pone un problema di dissuasione e di prevenzione da svolgere soprattutto con l’educazione sanitaria e l’informazione, anche di tipo pubblicitario”¹⁶.

Da quanto ho esposto risulta che esiste davvero una valutazione etica ben differenziata. Per coglierla bene bisogna non tanto fissare l’attenzione al possibile pericolo di dipendenza, perché tutti i consumatori e consumatrici di alcool e di tabacco, soprattutto quando sono ancora giovani, corrono il rischio di diventare – appunto a causa dell’abuso – dei dipendenti, degli schiavi. E perciò è necessario svolgere una educazione sanitaria e umanitaria, orientata, persino, ad un non-uso od almeno ad un uso moderato per ottenere da questo uso di una essenza piacevole, distensiva e ricreativa un momentaneo godimento.

Ora, nel ricorso all’uso di droghe non solo si corre più facilmente il rischio di dipendenza, ma – e qui trovo la radice della valutazione differenziata – la sostanza stessa è essenzialmente tossica. È perciò dannoso dal punto di vista sanitario, disumanizzante e depersonalizzante dal punto di vista della dignità umana. Per questo si dovrebbe svolgere una informazione sanitaria ed una educazione umanitaria nonché una formazione personalizzante ossia morale.

È di questa formazione che intendo ora trattare, partendo dalla dignità della persona umana.

2. Un discorso assiologico del corpo

Quanto segue non vuole negare il valore pedagogico di una certa legislazione in materia, ma intende andare piuttosto verso una proposta che obblighi tutti, anche gli utenti di alcool e tabacco, ma soprattutto i consumatori e le consumatrici di droghe ad una riflessione che più di tutte le altre proposte, potrebbe servire ad un serio impegno personale, socio-politico e pastoral-ecclesiale di liberazione dalla schiavitù ed integrazione nella vita della società civile e della comunità ecclesiale.

Da tempo siamo tutti, credenti e non-credenti, convinti che la persona umana è il centro e lo zenith di tutto il creato visibile. Tuttavia quando l'uomo si pone la domanda sulla sua identità e soprattutto sulla sua finalità, allora le sue risposte toccano gli estremi. In effetti, quando guarda al suo progresso scientifico e alla sua quasi illimitata capacità tecnica, l'uomo è tentato di considerarsi non solo un essere che tocca il sapere e il potere quasi "divino", ma anche un essere completamente autonomo. È lui stesso, l'uomo post-moderno, che si ritiene autorizzato a piantare l'albero del bene e del male nel giardino del suo Eden. Al contrario, e allora tocca l'altro estremo, quando scruta il suo cuore, scopre una radicale divisione in se stesso, quando esamina la sua convivenza sperimenta una profonda disarmonia sociale e quando si rivolge alla terra la trova, il più delle volte, quasi ostile nei suoi riguardi. Allora, l'uomo tende alla disperazione che lo disumanizza e spersonalizza e lo riempie di incertezze e paure.

La Chiesa si rende sempre più conto di questa risposta "estremista". Già durante il Vaticano II, Essa ha voluto dare la sua risposta.

2.1 La dignità della mente umana e il grande bene della libertà

Ispirata dalla rivelazione di Dio, la Chiesa insegna che l'uomo è creato all'immagine di Dio e capace di conoscere e

di amare il suo Creatore, che lo ha incaricato di usufruire, con responsabile autorità di tutto il creato, sia pure come fine ultimo ma in onore di Dio¹⁷. Ma proprio questa finalizzazione "religiosa" dell'uomo e di tutto il creato, dà alla mente umana la sua vera dignità e alla libertà umana la sua vera grandezza. Il CCC insegna al riguardo che Dio ha creato tutto, non per ingrandire la propria gloria, ma per manifestarla e per comunicarla. Ora, e qui sta la ragione della dignità della mente umana e della grandezza della libertà umana, questa manifestazione e comunicazione è *l'uomo vivente*, vale a dire è l'uomo destinato a vedere Dio "facie ad faciem" per amarlo liberamente per tutta l'eternità. In parole più semplici, a conoscere e ad amare Dio, in una visione beatifica, come EGLI È: Uno e Trino¹⁸.

L'uomo, precisano i padri del Vaticano II, si ritiene giustamente superiore a tutto il mondo materiale, perché lo trascende in virtù della sua mente che è, appunto, una partecipazione alla luce dello spirito di Dio. Una prova convincente di questa trascendenza viene da tutti i progressi che l'umanità, nel corso storico del tempo e dello spazio, ha realizzato sia nel campo delle scienze empiriche che nel campo della tecnica, dell'arte e delle scienze dello spirito. Nei nostri giorni, la prova viene anche, e soprattutto, dai risultati straordinari della ricerca sul mondo materiale stesso e del dominio sul medesimo.

Tuttavia, in questi progressi e ricerche, l'uomo ha sempre cercato una verità più profonda. L'uomo è, in ultimo, che lo sappia o no, con la sua mente alla ricerca della verità, alla ricerca di Dio¹⁹. Se vogliamo cogliere la ragione più intrinseca del carattere "religioso" di ogni ricerca dell'uomo, dobbiamo cercarla nella materia stessa. Se, infatti, Dio ha creato tutte le cose, queste cose hanno non solo una propria consistenza con una propria verità e bontà, ma anche leggi e strutture proprie. Pertanto, quando l'uomo cerca di scoprire, nel mondo materiale,

questa propria verità e bontà, queste leggi e strutture proprie delle cose, non cerca, in ultimo, altro che Colui che è la prima causa di queste loro inerenze creaturali²⁰. Ciò spiega perché Dio insegna nel libro della *Sapienza* e l'Apostolo negli *Atti* che i non-credenti di quel tempo potevano conoscere il Divin Creatore qualora riflettessero con la loro mente sulle opere create²¹. Ora, penso che quanto Dio e l'Apostolo pretendevano dall'uomo di quel tempo, possono, e ancora molto di più, pretendere da ogni uomo del nostro tempo. In effetti sembra indiscutibile che il mondo e l'uomo testimoniano, più che mai, che essi non hanno il loro primo principio e il loro fine ultimo in se stessi, ma che essi hanno parte all'ESSERE A SE, senza origine e senza fine. E, quindi, l'uomo può, attraverso diverse vie, giungere alla conoscenza della esistenza di una realtà che è la prima causa e l'ultimo fine di tutto che ciò esiste, e questa causa e questo fine si chiama DIO²². Ecco, dunque, la vera dignità della mente umana. E la vera grandezza della libertà?

Con questo interrogativo entriamo in un tema di valore che i nostri contemporanei stimano molto e cercano di custodire gelosamente. E giustamente, perché Dio stesso ha voluto che l'uomo fosse responsabile delle sue decisioni²³ e, precisamente, affinché cercasse dal di dentro il suo Creatore e aderisse a Lui in piena libertà, per giungere così alla propria pienezza e felicità²⁴. La libertà è così un potere, radicato nella ragione e nella volontà, di agire o non agire, di fare questo o quell'altro, in una parola di porre degli atti ben ponderati. La libertà è quindi la capacità che Dio ha dato alla volontà di ogni essere umano perché potesse disporre di se stesso. La libertà è così una forza che Dio ha immessa nell'uomo perché potesse crescere e maturare nella verità e nella bontà. È ovvio che questa possibilità della libertà di crescere e di maturare, è condizionata dalla ricerca della vera verità e dalla adesione alla vera bontà.

E siccome la vera verità e la vera bontà è, in ultimo, Dio perché è la *Fonte*, è evidente che la libertà dell'uomo cresce e matura nella misura in cui egli si orienta verso Dio. Da qui risulta chiaro non solo che l'uomo diventa più libero nella misura in cui s'impegna a fare il bene, ma anche che non esiste vera libertà se non in ordine al bene morale. Di conseguenza, la scelta del male è un *abuso* della libertà e conduce alla "schiavitù del peccato"²⁵. Questa vera libertà, cioè quella che sceglie il vero bene e non il male, anzi evita quest'ultimo, è perciò il segno per eccellenza dell'immagine di Dio nell'uomo. Dunque, ormai è chiaro che la dignità dell'uomo esige un agire con scelte coscienti e libere che nascono dalla sua coscienza e che si conformano con la voce di Dio che gli parla alle orecchie del suo cuore²⁶.

Annoto, perché per la mia tesi è molto importante, che una tale dignità acquista l'uomo che si libera da qualsiasi schiavitù delle sue passioni, che tende verso il suo fine ultimo mediante scelte libere del bene e s'impegna seriamente e con zelo²⁷. La libertà è, quindi, un grande dono di Dio e, allo stesso tempo, un responsabile impegno dell'uomo.

A questo punto sorge la domanda riguardante il nesso tra la dignità della mente, il grande bene della libertà e il valore del corpo.

2.2 L'uomo: unità di anima e di corpo

La risposta a questo interrogativo viene dalla riflessione sugli elementi costitutivi dell'uomo. La persona umana, creata a immagine di Dio, è un essere contemporaneamente corporeo e spirituale. La Sacra Scrittura ce lo rivela in un racconto simbolico quando recita: "Dio plasmò l'uomo con polvere del suolo e soffiò nelle sue narici un alito di vita, e l'uomo divenne un essere vivente"²⁸. L'uomo voluto da Dio è così quello tutto intero, cioè un essere con un corpo animato o un'anima incarnata. L'uomo non è, dunque, un essere che *ha* un corpo e un'anima, ma un essere che è una

unità di anima e di corpo. Per questo, la Sacra Scrittura usando "il termine *anima*"²⁹ indica la *vita* umana, oppure tutta la *persona* umana³⁰. Ma designa anche tutto ciò che nell'uomo vi è di più intimo³¹ e di maggiore valore³², ciò per cui più particolarmente egli è immagine di Dio: "anima" significa il *principio spirituale* nell'uomo"³³.

Ora è anzitutto e soprattutto questo significato del termine *anima* che determina il valore del corpo in tutte le sue dimensioni vitali e in tutti i suoi aspetti antropologici. Il *corpo dell'uomo* è, in effetti, un corpo umano proprio perché è animato dall'anima spirituale, per cui, e ciò va particolarmente sottolineato, esso partecipa della dignità di *immagine di Dio*³⁴. Il corpo dell'uomo è



così al massimo valorizzato dal Creatore stesso. È quanto la Chiesa intende dire dove insegna "che ogni anima spirituale è creata direttamente da Dio"³⁵ – non è "prodotta" dai genitori – ed è immortale³⁶. Di conseguenza, al momento della sua separazione dal corpo nella morte, l'anima non perisce e avverte per rilevare ancora di più il valore del corpo, che l'anima si unirà di nuovo al corpo al momento della risurrezione³⁷. Non solo interessante ma anche importante è la precisazione filosofica che "l'unità dell'anima e del corpo è così profonda che si deve considerare l'anima come la "forma"³⁸ del corpo. Il rilevante significato antropologico di questa precisazione è il rapporto unitivo dell'anima e del corpo. "Grazie all'anima spirituale, il corpo composto di materia è un corpo umano e vivente; lo spirito e la materia,

nell'uomo, non sono due nature congiunte, ma la loro unione forma un'unica natura"³⁹.

Questa unità di natura costituisce, in tutta la sua interezza, ogni essere umano nella dignità di una persona, ossia, di un essere capace di conoscersi, di possedersi, di liberamente donarsi e di entrare in comunione con altre persone. A questo punto è ancora *considerevole*, perché aumenta di molto il valore del corpo, e, quindi, il dovere di rispettarlo, che l'anima si distingue dallo spirito. L'Apostolo prega perché il nostro essere tutto intero, "spirito, anima e corpo, si conservi irreprensibile per la venuta del Signore"⁴⁰. Notiamo subito che la distinzione tra anima e spirito non introduce una dualità nell'anima e, quindi, non la introduce neppure nell'unità del corpo e dell'anima. Con il termine *spirito* San Paolo intende indicare che l'anima ha la trascendente capacità di essere gratuitamente elevata alla comunione con Dio. Ma allora anche il corpo, appunto a causa della sua costitutiva unità con l'anima, partecipa a questa elevazione della natura umana.

Il corpo giunge così al massimo del suo valore. Infatti, "unità di anima e di corpo, l'uomo sintetizza in sé, per la sua stessa condizione corporale, gli elementi del mondo materiale, così che questi attraverso di lui toccano il loro vertice e prendono voce per lodare in libertà il Creatore"⁴². A motivo della propria condizione ontica, il corpo umano sintetizza, dunque, tutto il mondo materiale, per cui diventa il suo strumento "culturale". Ecco perché secondo i padri del Vaticano II, "non è lecito all'uomo disprezzare la vita corporale; egli anzi è tenuto a considerare buono e degno di onore il proprio corpo, appunto perché creato da Dio e destinato alla risurrezione nell'ultimo giorno"⁴³.

Questo giudizio assiologico del corpo umano, da parte di Dio, risulta ancor più evidente dalla risurrezione del corpo umano del suo Figlio. Come per la risurrezione di Cristo in-

tervenne la Santissima Trinità, così anche per ognuno di noi uomini interverrà, alla fine dei tempi, la stessa Santissima Trinità. L'importanza della risurrezione del corpo di Cristo e, di conseguenza, del nostro corpo, è per l'Apostolo così decisiva che da esse dipende la validità salvifica della morte di Cristo e della sua predicazione. "Se Cristo non è risuscitato, allora è vana la nostra predicazione e vana anche la vostra fede"⁴⁴. In effetti, la "Risurrezione costituisce anzitutto la conferma di tutto ciò che Cristo stesso ha fatto e insegnato. Tutte le verità, anche le più inaccessibili allo spirito umano, trovano la loro giustificazione se, risorgendo, Cristo ha dato la prova definitiva, che aveva promesso, della sua autorità divina"⁴⁵. Ormai sono giunto alla conclusione.

Il corpo umano significa davvero, nel piano di Dio, un valore trascendente. La sua risurrezione, cioè la sua partecipazione alla Risurrezione di Cristo, anche se avrà luogo *alla fine* dei tempi, esige da ogni persona umana che egli, *già nel tempo*, consideri il proprio corpo con grande rispetto e s'impegni perché il suo corpo diventi sempre più e meglio uno specchio dell'anima spirituale. Una persona che considera il corpo, quale immagine di Dio perché animato da un'anima spirituale direttamente creata da Dio, non può e non deve mai rinunciare a questa trascendente dignità.

Eppure è, appunto, quello che accade quando l'uso della droga e l'abuso dell'alcool e del tabacco impediscono alla mente umana di essere una scintilla della luce divina e della libertà della volontà di dimostrare il segno, per eccellenza, del suo essere immagine di Dio. Ecco perché la Chiesa non solo non può, ma non deve mai accettare certe soluzioni "politiche" che giudicano ormai le persone-schiavizzate, persone incapaci di un recupero.

Si tratta sempre di persone a immagine di Dio chiamate a divenire sempre più persone a somiglianza di Dio.

Ecco perché bisogna gridare

contro strategie che intendono soltanto diminuire i danni "sociali"; esse non sono degne di una società civile. Una società e, anzitutto, il suo mondo politico, che si accontenta di trattare i suoi figli come una specie di rifiuto, di irrecuperabili, soprattutto, quando sono ancora giovani, non è degna di chiamarsi "civile". Inoltre, si deve stigmatizzare una mentalità che di proposito confonde, dal punto di vista etico, l'uso di sostanze tossiche con l'uso di essenze piacevoli, per poi offrire "gratuitamente" dosi di eroina nonché legalizzare e persino liberalizzare il commercio delle cosiddette droghe "leggere", mentre proibisce qualsiasi uso di alcool e di tabacco a persone minori di 18 anni. Ovviamente *non intendo* sottovalutare le difficoltà nel



campo della tossico-dipendenza, *ma pretendo* a nome della dignità della persona e del valore del suo corpo di combattere una battaglia con armi e strategie più conformi a questa dignità e soprattutto al valore del corpo, voluto da Dio stesso.

In una parola, di sintesi, la dignità della persona-immagine di Dio, anche dal punto di vista corporeo, esige la liberazione del drogato e non la liberalizzazione della droga; dunque, non liberalizzare la sostanza stupefacente, ma liberare la persona che si droga dalla schiavitù di drogarsi.

P. BONIFACIO HONINGS,
O.C.D.

Membro della Pontificia
Accademia per la Vita,
Consulatore della Congregazione
per la Dottrina della Fede
e del Pontificio Consiglio della
Pastorale per gli Operatori Sanitari,
Santa Sede

Note

¹ Cfr. *Gaudium et Spes* (GS), 22.

² Cfr. *Matteo*, 28, 19-20; Cfr. CATECHISMO DELLA CHIESA CATTOLICA (CCC9, 849-851).

³ Droga: resistenza o resa? Atti del 15° convegno sui problemi internazionali, promosso dall'Istituto Rezzara di Vicenza, svoltosi a Recoaro terme dal 9 all'11 settembre 1982, Edizioni del Rezzara, Vicenza, 1983, p. III. In seguito citerò: Droga...

⁴ Rimando ad un articolo soltanto in cui la discussione "politica" sta andando verso un tentativo di sperimentazione a scala ridotta per quanto concerne la persona: al posto di 750 in varie città, si tende verso poche persone in una città. Cfr. *Dagblad de Limburger* (un giornale della provincia del Limburgo) 18.8.1997, p. 1.

⁵ Cfr. *Limburgs Dagblad* (giornale limburgese), 11 luglio 1997, p. 3.

⁶ Cfr. *Dagblad de Limburger*, 19 luglio 1997, p. 21.

⁷ Cfr. *Carta per gli operatori sanitari*, p. 92.

⁸ Cfr. *Vrijheid en Verantwoordelijkheid: over verslaving en jongeren. (libertà e responsabilità: schiavitù o dipendenza e giovani)*. Stichting de Regenboog, Amsterdam 1997, p. 6-7.

⁹ Cfr. *Limburgs Dagblad*, *Veel stap-pers Zuid-Limburg slikken XTC* (molti "festegianti" nel Limburgo del Sud consumo XTC), 17 luglio 1997, p. 1.

¹⁰ Cfr. *Dagblad de Limburger*, *Dood als ultieme Kick* (la morte come ultimo kick), 3 febbraio 1996, p. 47.

¹¹ Cfr. *Carta...*, n. 94.

¹² Cfr. GIOVANNI PAOLO II, *Ai partecipanti dell'ottavo congresso internazionale sulla droga e sull'alcool*, 23 nov. 1991, in *Insegnamenti* VII, 2.

¹³ OSSERVATORIO PERMANENTE SUI GIOVANI E L'ALCOOL, *Condizione giovanile e consumo di alcool. Dalle motivazioni alla regolazione*. Edizioni OTET, Roma 1993, p. 170-171.

¹⁴ Cfr. *Carta...* n. 97.

¹⁵ Cfr. *Carta...* n. 98.

¹⁶ *Carta...*, n. 99.

¹⁷ Cfr. *Gaudium et Spes*, n. 12.

¹⁸ Cfr. CCC..., nn. 293-294.

¹⁹ Cfr. *Gaudium et Spes*, n. 15.

²⁰ Cfr. *Gaudium et Spes*, n. 36.

²¹ Cfr. *Libri della Sapienza*, 13, 1-9; *Atti* 14,15,17; 17, 27-28.

²² Cfr. CCC..., n. 34.

²³ Cfr. *Siracide*, 15, 14.

²⁴ Cfr. CCC..., n. 1730.

²⁵ Cfr. *Rom.* 6, 17.

²⁶ Cfr. *Gaudium et Spes*, n. 16.

²⁷ Cfr. *Gaudium et Spes*, n. 17.

²⁸ Gn. 2,7.

²⁹ Cfr. Mt. 16, 25-26; Gv 15,13.

³⁰ Cfr. *Atti* 2, 41.

³¹ Cfr. Mt 26, 38; Gv 12, 27.

³² Cfr. Mt 10, 28; 2 Mac. 6, 30.

³³ CCC, n. 363.

³⁴ Cfr. CCC, n. 364.

³⁵ Cfr. Pio XII, Lett. enc. *Humani generis*: Denz-Schoenm., 3896; PAOLO VI, *Credo del popolo di Dio*, 8.

³⁶ Cfr. Concilio Lateranensis V (1513); Denz. Schoenm., 1440.

³⁷ Cfr. CCC, n. 366.

³⁸ Cfr. Concilio di Vienna (1312) Denz., Schoenm., 902.

³⁹ CCC, 365.

⁴⁰ 1 Ts 5, 23.

⁴¹ Cfr. Pio XII, Lett. enc. *Humani generis*: Denz.-Schoenm., 3891.

⁴² *Gaudium et Spes*, n. 14.

⁴³ *Ibidem*.

⁴⁴ 1 Cor. 15, 14.

⁴⁵ CCC, n. 651.

Introduzione

È per me un grande onore poter contribuire alla riflessione in questo “Colloquio Ecclesiale”, che il Pontificio Consiglio per la Pastorale degli Operatori Sanitari vuole realizzare sul problema della tossicodipendenza.

Per questo ringrazio S. Eccellenza Monsignore Javier Lozano per l'invito che mi ha rivolto e spero di non deludere le aspettative che eventualmente poteva avere circa la mia partecipazione.

1. La tossicodipendenza si inserisce nella così detta “cultura di morte” che, al dire del Papa Giovanni Paolo II, domina grande parte dei comportamenti umani. “Come non pensare... alla seminazione di morte che si opera con l'inconsulto dissesto degli equilibri ecologici, con la criminale diffusione della droga o col favorire modelli di esercizio della sessualità che, oltre ad essere moralmente inaccettabili, sono anche forieri di gravi rischi per la vita?” (E.V., 10).

La tossicodipendenza compromette i valori fondamentali della vita, la libertà, la salute e la capacità di costruire progetti per il futuro. La società ha il dovere di organizzarsi per offrire a tutti, soprattutto ai più giovani, i valori necessari per la costruzione di una vita di qualità.

2. Avendo coscienza di questo, sappiamo che il problema della tossicodipendenza non si risolve con la repressione, anche se importante nella lotta contro il narcotraffico; non si risolve neanche con l'intervento medico, anche se indispensabile per alcuni che già si sono lasciati “prendere”; ancora, non si risolve con la liberalizzazione o la semplice depenalizzazione, anche se que-

sto potrebbe essere piacevole per tutti coloro a cui piace affidarsi all'esperienza del più facile.

La prevenzione della tossicodipendenza si fa soprattutto con un'educazione globale della persona, attraverso un processo educativo ben orientato, specialmente nei primi anni di vita. Chiedevano un giorno a Michel Merson, il coordinatore dei programmi della OMS contro l'AIDS, a che età si dovrebbe cominciare la prevenzione di questa malattia. Egli rispose: “almeno a sei anni”. Nel caso della droga, posso dire che la prevenzione è bene cominci ai due anni di età, quando il bambino incomincia a dire no. È un problema di educazione globale.

3. La Chiesa, esperta in umanità e che lungo i secoli tanto si è dedicata all'educazione, deve stare in prima linea nella prevenzione delle malattie del secolo: la tossicodipendenza e l'AIDS. Deve assumere la sua responsabilità di educare prevenendo e di prevenire educando.

1. L'educazione per la vita

1. Che cosa è l'educazione, ci si potrebbe chiedere. Per alcuni consiste nel crearsi abitudini, per altri nell'apprendere regole, per altri ancora nel seguire tradizioni. Preferisco dire che educare è liberare, è aiutare le persone ad assumersi la propria libertà con la responsabilità che la vita sociale, nelle relazioni con gli altri, esige. Ma cosa è la libertà? Come dice il Vaticano II, la libertà è la capacità di scegliere, è la possibilità di optare, tra due cose, per quella che è migliore, è accettare e preferire ciò che è buono per gli altri, anche con sacrificio personale.

Nell'espressione felice del Concilio, la libertà è “il segno privilegiato dell'immagine di Dio nel cuore dell'uomo” (G.S. 17).

L'Educazione, per liberare e responsabilizzare, è allora “la formazione integrale della persona umana, attraverso l'assimilazione sistematica e critica della cultura” (Doc. Escola Católica).

2. È necessario superare la visione riduttiva dell'educazione come sarebbe l'educazione tradizionalista (seguire le tradizioni) e l'educazione utilitarista (secondo gli interessi). L'educazione deve liberare, portando la persona ad attitudini che servano per il bene comune. “Purché non si lascino condurre dalla libertà degli istinti, ma vivano la libertà dello Spirito, la libertà dei Figli di Dio” (cfr. Gal 5, 13/19) direbbe San Paolo nella lettera ai Galati.

Per raggiungere questa libertà è necessaria quasi una vita. Le coordinate dell'educazione per questo sono molto chiare: la prima abbraccia tutta la vita dell'uomo, la seconda esige il dialogo per la complementarietà tra le persone, la terza è attenta alle realtà che ci circondano, per essere coerente con i grandi problemi dell'essere umano e le correnti fondamentali della società attuale.

L'educazione ha anche altre caratteristiche. Si costruisce nella libertà per la responsabilità, nella giustizia per l'Amore, sui valori che sono il fondamento dei diritti umani. Esige anche l'attenzione alla sessualità e all'affettività, come elementi essenziali nella formazione della persona. Finalmente, l'educazione deve contemplare anche la trascendenza, aprendosi alla fede, alla preghiera, alla vita comunitaria.

Potremmo parlare dei vettori che è necessario tener pre-

senti, senza dei quali la personalità non si costruisce. Si educa quando si rispetta e si promuove l'autostima, quando si completano e si accompagnano le profonde relazioni affettive, quando si appoggia l'iniziativa di adolescenti e giovani per fare quello che a loro piace ed è positivo, e finalmente, quando si aprono prospettive di futuro, che permettano di costruire progetti validi, progetti di vita.

3. Ma educiamo per la vita. Per farlo, ogni educatore deve avere una concezione globalizzante della vita:

- la vita e la salute come realtà e benessere bio-psico-sociale e culturale;
- la vita come realizzazione integrale della persona;
- la vita come diritti e doveri, come dono di cui ognuno è responsabile e bene inalienabile e indisponibile;
- la vita come dinamismo involvente fonte di tutta la creatività possibile, apertura a una felicità che si ricrea costantemente;
- la vita di qualità, non una "qualità di vita interpretata in modo prevalente e esclusivo come efficienza economica, consumismo disordinato, bellezza e godibilità della vita fisica, dimenticando le dimensioni più profonde – relazionali, spirituali e religiose – dell'esistenza" (E.V., 23), ma una qualità di vita globale dove le aspirazioni della persona sono soprattutto nel miglioramento integrale delle condizioni di vita, in tutte le sue dimensioni.

4. È chiaro che educare alla vita, suppone prevenire i rischi. E sono molti i rischi che sopraggiungono nel normale itinerario della vita umana: la malattia e il sottosviluppo, gli incidenti e le menomazioni, comportamenti che possono recare rischi alla salute e alla vita, al pari della violenza sociale, degli squilibri ecologici, del consumismo. È ora di educare alla vita e alla qualità di vita, soprattutto se questa dipende dal proprio comportamento umano.

Un teologo moralista, Bernard Haering, ha saputo dire

con chiarezza che "Dio perdona sempre, gli esseri umani a volte perdonano, ma la natura non perdona mai". Molte situazioni di dipendenza dall'alcool, dal tabacco, dalla droga, dai farmaci leciti, sono la rivolta della natura, sono il risultato delle aggressioni provocate dal mal uso della libertà e il mal uso di sostanze che dovrebbero avere altro destino.

Il consumo di droghe molte volte si verifica perché l'adolescente, il giovane o anche l'uomo e la donna non sono capaci di sopportare l'angoscia esistenziale.

È stata una evasione, un tentativo di libertà. La vicinanza con il prodotto ha facilitato l'esperienza e le conseguenze, in termini di dipendenza, non si sono fatte attendere.

Sappiamo che molti cominciarono in una fase di abbandono scolare, o in tempi di attesa del primo impiego, o durante gravi crisi di natura familiare. In fondo vi è sempre presente un'angoscia esistenziale, una sofferenza psicologica apparentemente insuperabile. È chiaro che se la vita fosse stata orientata, educata, anche in tempo di crisi, il cammino sarebbe veramente differente.

Ciò che sta in causa, nel processo educativo, in ultima analisi è il senso della vita.

5. Educare per promuovere la vita implica orientare alla realizzazione personale, al senso della vita.

Molti dei nostri contemporanei hanno perso il senso della vita. Come potranno allora trasmetterlo ai più giovani? In termini di cultura, in termini di progetto, la maggioranza delle persone ha perso la ragione di vivere o si è esaurita in ragioni minori che, nell'immediato, hanno dato soltanto piaceri effimeri. Il risultato è un grande vuoto.

È necessario allora, nel processo educativo, puntare alla dignità e la libertà di ogni persona, al suo sviluppo personale e sociale, alla sensibilità etica e ai valori sociali indispensabili per le relazioni umane. Tolleranza, convivenza, dialogo, solidarietà, sono valori indispensabili per la costruzione

di un progetto che dia senso alla vita.

Non tutti incontrano in Cristo il perché della loro vita. Quelli che un giorno hanno avuto il dono di conoscerLo e di aderire a Lui, facilmente Lo accolgono come unico assoluto, come referencia permanente che permette loro di lasciarsi condurre dallo Spirito (cfr. Rom 8, 14), vivendo la libertà dei Figli di Dio (cfr. Gal 5, 15), raggiungendo la gioia del vivere in pienezza (cfr. Gv 15, 15).

Educare per la promozione della vita è allora educare la persona che vuole essere libera e felice, in una comunità che cerca di realizzarsi giusta e fraterna.

2. La promozione della vita e la responsabilità della Chiesa

1. La Chiesa ha come prima preoccupazione, educare le nuove generazioni ad una vita cristiana, vissuta in pienezza. È la responsabilità che incombe su ogni famiglia cristiana, sulla catechesi parrocchiale, sulle scuole cattoliche, sui movimenti giovanili, soprattutto in questo tempo di nuova evangelizzazione.

Annunciare il Vangelo con nuovo ardore, con nuovo metodo e con nuova espressione, suppone anche l'attenzione ai nuovi problemi della società attuale e alle differenti coordinate che motivano e in cui si muovono gli adolescenti e i giovani.

Quando nel Sinodo sulla catechesi si parlava dell'educazione della fede, si è detto espressamente che ciò che è in questione è "l'iniziazione alla vita cristiana" (CT 21). E dal cristiano si esige sempre un vivere nella libertà dei Figli di Dio.

Da qui risulta che gli obiettivi dell'educazione cristiana sono, espressamente: sviluppo della persona perché si realizzi integralmente; annunciare Cristo perché dia senso alla vita e sia la ragione di tutte le opzioni; introdurre nelle comunità cristiane dove si vive il senso della fede e della preghiera, anche la divisione dei beni. In questa responsabilità educati-

va della Chiesa, logicamente, consiste la promozione della vita, e ciò implica la prevenzione di tutto ciò che può essere nocivo alla vita.

Lo sviluppo bio-psico-sociale, culturale, anche religioso e soprannaturale suppone un'azione organizzata nell'area della prevenzione della tossicodipendenza.

Per molti, prevenire è parlare di droga, delle differenti droghe, con le loro caratteristiche e le loro conseguenze; una permanente attenzione che abbia come obiettivo di allontanare, soprattutto i giovani dal consumo. Tale sarebbe la prevenzione specifica che si può giustificare quando il pubblico è costituito da persone a rischio.

Il più importante, quando si dirige a tutta la popolazione, è la prevenzione non specifica, cioè, un'educazione globale che offra gli elementi inibitori di qualunque comportamento che possa pregiudicare la vita umana e sviare dalle ragioni della propria vita.

È così che possiamo parlare di prevenzione dalla tossicodipendenza attraverso un processo educativo globale, il che implica l'educazione:

- alla libertà responsabile;
- allo stile salutare di vita;
- all'equilibrio degli affetti nelle relazioni tra le persone;
- alla vita sessuale con obiettivi che oltrepassano il gioco del piacere;
- ai grandi valori che sono alla base della vita, cioè la giustizia, la solidarietà, la pace.

La prevenzione primaria, così chiamata da chi lavora nella lotta contro la tossicodipendenza, molto più che parlare di droghe parla di vita, del senso della vita.

Quando l'adolescente o il giovane sa perché vive e come vivere, non ha affatto bisogno di droga. Questa è la sfida di un processo educativo che conduce alla felicità, di cui tutti hanno diritto, una felicità duratura.

2. Ci sono elementi essenziali per questa promozione alla vita che, senza dei quali, ogni educatore si sente frustrato. Educare non significa insegnare concetti o imporre atti-

tudini. Educare è accompagnare la persona nella sua normale crescita. Questo accompagnamento reclama campi dove sia facile camminare lato a lato.

Vale la pena ricordare alcuni quadri di intervento dove il processo educativo si presenta più piacevole, tanto per l'educatore, che per l'adolescente o il giovane:

- trasmettere fattori di equilibrio tra la nuova cultura e i valori tradizionali; non ci può essere contraddizione, si impone la complementarità;

- sviluppare l'idea e la pratica (esperienza) per cui la professione è un servizio e non solamente un fattore di lucro, dal momento che il denaro non è la cosa più importante;

- iniziare all'arte e all'estetica per educare la sensibilità dei bambini e degli adolescenti; la musica, la pittura, il teatro, come tante altre arti, sono elementi fondamentali nella costruzione integrale della personalità di ogni individuo;

- appoggiare la pratica dello sport, non come forma di competizione, ma, al contrario, come fattore di stabilità fisica e psicologica;

- aprire alla preoccupazione etica e morale come riferimento per le relazioni con gli altri, dal momento che solo rispettando i diritti degli altri arriveremo ad una società giusta; il rispetto della coscienza fa appello alla fraternità concertata;

- non aver paura di affidarsi alla fede cristiana e anche alle espressioni religiose, perché l'essere umano si realizza pienamente solo nella trascendenza e la relazione con Dio è la forma privilegiata per incontrarsi con se stessi nel più intimo del proprio essere.

Ogni persona umana trova la sua propria realizzazione solamente in questo processo globale. È in questa linea, in questo contesto, che l'educatore può svolgere il suo programma educativo.

La Chiesa è responsabile di questo.

Questa realizzazione è la fonte della vera gioia. Davanti a tutto questo: "Droga? No, grazie, non ne ho bisogno".

3. In tempo di nuova evangelizzazione, le comunità cristiane hanno il dovere di rinnovare i loro sforzi di educazione, e i luoghi dove i ragazzi, adolescenti e giovani si muovono, per assimilare, in forma sistematica e critica, la cultura cristiana, per un comportamento cristiano, per una vita cristiana.

Il primo di questi grandi spazi è la famiglia "spazio sociale dove nasce, cresce e si sviluppa la vita" (CFL, 40), la famiglia, comunità di persone, che ha il dovere di educare per la presenza continua dei genitori, per la loro costante testimonianza e la loro opportuna parola, e ancora per l'ambiente che si crea, un ambiente semplice, ma felice.

La catechesi parrocchiale è un secondo spazio educativo; la catechesi non può limitarsi ad insegnare "dottrine"; certamente sono importanti alcuni concetti, ma più importante è insegnare a "vivere", iniziare alla vita cristiana con relazioni positive con tutti gli altri e, anche, relazioni frequenti con Dio; l'amore fraterno e la preghiera, l'impegno negli incarichi temporali e le responsabilità apostoliche, l'occupazione del tempo libero e, soprattutto, la disponibilità del cuore, sono altrettanti elementi dissuasivi al consumo e ai comportamenti negativi che ammazzano i "sogni".

La scuola cattolica ha una missione specifica in questo processo educativo; se è un complemento della famiglia e molte volte anche la sostituisce, deve allora vincere la tentazione di essere solo un luogo di apprendimento, per essere, in verità, uno spazio educativo globale dove si costruisce l'essere umano nel suo tutto; vincendo il semplice conoscere, la scuola cattolica accompagna e sviluppa integralmente la persona, affinché ogni giovane sia utile alla società, amico di tutti gli uomini e, anche, servitore di Dio.

I gruppi giovanili e i movimenti apostolici laicali sono altrettanti spazi di iniziazione alla vita cristiana, nel tempo e nel tempio. Nessuno dà quello che non ha, nessuno trasmette

ciò che non è. Come potrà un giovane liberare gli altri, se egli stesso è “prigioniero”? Come potrà convincere altri giovani se egli stesso è vulnerabile e si lascia facilmente attirare in esperienze che compromettono?

La pastorale giovanile in gruppi e movimenti, è indiscutibilmente un luogo privilegiato di prevenzione dalla tossicodipendenza, non perché proibisca o minacci, ma perché inizia alla libertà responsabile e permette esperienze di realizzazione e di felicità nel vivere in gruppo. Con occupazioni sociali e una positiva relazione con Dio e con gli altri, i giovani non hanno tempo di dedicarsi al consumo che taglia loro il cammino che vogliono seguire.

In tutta l'azione educativa, la Chiesa non proibisce niente, la Chiesa presenta solo altri fini che, se seguiti, aiutano le persone ad essere felici.

4. Per sintetizzare la nostra responsabilità collettiva nell'educazione per la promozione della vita, sotto il segno della prevenzione delle tossicodi-

pendenze, forse potremmo indicare alcuni suggerimenti nell'azione da sviluppare:

- intervenire con tutti i mezzi nell'educazione globale, come forma di prevenzione non specifica;

- informare e formare nel quadro di prevenzione specifica e davanti a gruppi a rischio, cioè, non aver paura di parlare della droga, ma soprattutto trasmettere valori che permettano e facciano capire che le droghe non servono;

- recuperare le persone che un giorno si sono lasciate “prendere”, e questo attraverso un processo coraggioso di rieducazione del carattere, della personalità, al punto di raggiungere la “conversione”, il cambiamento in “nuova creatura”; processo difficilissimo ma essenziale, dove i valori cristiani possono essere altamente positivi;

- reintegrare socialmente e professionalmente le persone recuperate, con la collaborazione di imprese e istituzioni che siano disposte ad accettare quelli che, vinta la crisi, vogliono essere utili alla società;
- illuminare tutta questa

azione con la luce della fede, certi che, anche se facciamo tutto quello che possiamo, “in nessun altro c'è salvezza” (At 4,12), se non in Cristo Gesù.

Per concludere

Il problema della droga è certamente il problema più grave di questa fine millennio. Tutti ne siamo responsabili. Nessuno è esente. La Chiesa, esperta in umanità, ha responsabilità accresciute. Se è bene lavorare nel trattamento dei tossicodipendenti, è molto meglio far sì che nessun adolescente o giovane possa cadere in questo incubo. Solo ci riusciremo se educheremo alla vita.

Che Maria, fonte della vita, perché ci ha dato Cristo, sia ragione di speranza anche per noi che vogliamo trasmettere la vita, Gesù Cristo, ai più giovani.

P. VITOR FEYTOR PINTO
*Alto Commissario per il Programma
 di lotta contro la Droga
 in Portogallo, Consultore del
 Pontificio Consiglio della Pastorale
 per gli Operatori Sanitari*



Dal recupero alla scoperta di sé: la persona come valore

La vita del tossicodipendente è segnata da percorsi rischiosi, costretta a nascondere momenti e gesti anche alle persone più vicine e amate, intessuta di relazioni difficili, spesso conflittuali, condizionata dalla necessità di manipolare e strumentalizzare i propri e gli altrui sentimenti, di mentire prima a se stesso che agli altri.

La negazione rabbiosa della propria situazione, l'incapacità di riconoscere il bisogno di essere aiutati, la disistima interiorizzata, la perdita di prospettiva, un lasciarsi andare senza più sperare, il peso di sconfitte brucianti, la dolorosa memoria del male subito e arrecato, lo smarrimento della fiducia e l'amarezza di una crescente diffidenza, lo chiudono nel cerchio della sua solitudine.

L'alternarsi tra il desiderio di cambiamento e il sogno di gestire la sostanza, la voglia di quiete e di normalità e l'impossibilità di sostenere la routine quotidiana e la noia di una vita ordinaria, gli slanci frammentari per affrancarsi dalla spirale di un'esistenza vincolata dal richiamo di un piacere troppo intenso, l'invadenza di un'angoscia pervasiva e l'aspirazione alla serenità rendono il suo mondo interiore contraddittorio e lacerante.

Prendersi cura

L'incontro con questi fratelli non può che suscitare una serie infinita di interrogativi di cui noi ci sentiamo parte. La speranza o l'illusione di trovare una causa del problema che li affligge ci sembra possa rendere meno pesante il male che avvertiamo presente in loro, meno penosa e paralizzante l'impotenza che viviamo di fronte alla difficoltà di aiutarli a liberarsi da una schiavitù

amara o di mantenere i traguardi raggiunti, sembra poter rendere il nostro intervento più razionale, più prevedibile e programmabile, ci fa sentire apparentemente più sicuri e capaci di guidare le nostre decisioni.

Ma non esiste una sola causa che ha determinato il comportamento tossicomane. Vi sono una serie di fattori, nascosti dentro la storia delle persone, che hanno concorso a rendere fatale l'incontro con le sostanze stupefacenti, a sottovalutare la pericolosità, a renderle desiderabili e parte del proprio stile di vita.

Per questo il problema delle tossicodipendenze può e deve essere considerato da molti punti di vista.

Le definizioni che finora sono state formulate dicono di più sulla prospettiva di chi le definisce che sulla natura del fenomeno in quanto tale. Nessuna di esse va assunta come definitiva, tutte devono essere accolte e comprese come un contributo interessante per capire il vissuto del tossicodipendente.

La dipendenza è, come la febbre, una condizione causata da molti fattori che interagiscono l'un l'altro e si rinforzano reciprocamente, e, come la febbre, essa non è una malattia ma un sintomo.

La specificità del disturbo che manifesta può riferirsi a problematiche personali, relazionali, sociali e varia dal disagio conclamato che agisce nel comportamento come un disordine del carattere fino a rivelare talvolta disturbi nevrotici o psicotici.

Data questa complessità e multifattorialità della tossicodipendenza, gli approcci psicologici volti a curarla sono diversificati e l'esperienza dimostra che nessuno di essi applicato da solo è in grado di dare risultati apprezzabili.

È necessario utilizzarli operando un'integrazione.

Inoltre, la motivazione al cambiamento conosce alternanze per decisione e intensità. Non può essere indotta dall'esterno, ma può essere sollecitata dall'interesse di chi segue il tossicodipendente, dall'affetto offerto attraverso modalità frutto di riflessione e di confronto continuo con persone o operatori che abbiano esperienza specifica nel campo.

Occorre poi proporre percorsi adeguati alla situazione personale dell'utente differenziando le risposte in riferimento alla particolarità delle sue problematiche.

Solo "prendendosi cura" del tossicodipendente con il carico della sua sofferenza, senza preclusioni, senza precomprensioni, senza precondizioni è possibile costruire una relazione di aiuto che sappia cogliere sul nascere una motivazione iniziale, che sappia attendere i suoi tempi, che lo accompagni sempre anche quando opera scelte non condivisibili, senza mai desistere né rassegnarsi di fronte ai suoi cedimenti e ai suoi fallimenti.

È indispensabile un surplus di speranza e una disponibilità all'accoglienza e all'ascolto che la sola preparazione professionale non può dare, ma che può solo nascere da scelte di vita coerenti e chiare vissute sempre anche oltre l'orario di lavoro. Una fede autentica, fecondata da una ricerca permanente del Volto di Cristo nei poveri, nei perduti, in coloro che hanno il cuore smarrito, può aiutare grandemente a mantenere e accrescere queste dimensioni.

È la passione per l'uomo che rende fecondo il sapere professionale e che aiuta a stare gratuitamente in una relazione spesso frustrante.

Ogni tossicodipendente ha

la sua storia, una storia diversa dalle altre, ha il suo nome, la sua unicità spesso pericolosamente ricercata, ostinatamente perseguita contro tutti gli avvertimenti ricevuti, ha le sue potenzialità mai pienamente espresse, ha la memoria di esperienze positive di vita, di pezzi di bontà vissuti e tuttavia è segnato dalla contraddizione e dalla negatività.

È questa persona spezzata dentro, che deve essere accolta e riconosciuta senza essere scusata.

Essa ha bisogno di essere ascoltata, senza permettere che si giustifichi, incoraggiata e seguita con richieste che stimolino le sue potenzialità e rispettino la sua dignità.

Non ha bisogno di compassione, ma di partecipazione, non ha bisogno di pietà, ma di condivisione, non ha bisogno di permissivismo, ma di relazioni calde ed esigenti, non ha bisogno che qualcuno si sostituisca agli impegni che può assolvere, ma di chi sa chiedere con decisione le responsabilità che è in grado di assumersi.

Ha bisogno di essere considerata non un problema, ma una persona, non un caso da analizzare, ma un uomo da amare, non un individuo da indottrinare e condizionare, ma da valorizzare aiutandolo a scoprirsi nelle sue esigenze e nelle sue ricchezze.

La scoperta di sé

La difficoltà a riconoscere i propri bisogni di base come il senso di appartenenza, l'essere stimati, l'essere amati, il darsi un valore, il ricercare e trovare un senso all'esistere genera confusione nel mettere in campo comportamenti adeguati per rispondervi efficacemente.

L'incapacità di individuare le fonti del piacere, della gratificazione e della felicità è l'origine del malessere che tormenta le persone legate dalle catene della dipendenza.

Il tossicodipendente è incapace da solo ad orientarsi tra i valori, gli atteggiamenti e i comportamenti che vengono proposti dalle agenzie educati-

ve e dai messaggi diffusi dai media.

I miti del nostro tempo che propongono la felicità come soddisfacimento immediato delle proprie voglie, che presentano la persona matura come autosufficiente, non bisognosa dell'incontro con l'altro, fanno sognare relazioni affettive facili, spontanee, immediate che non richiedono la fatica del confronto, del dialogo, l'ascesi del cambiamento e la disponibilità ad accogliere la differenza, a gestire la frustrazione e il conflitto.

Questi miti che suggestionano con le immagini del valore e della realizzazione personale raffigurate nel successo sociale e materiale, hanno una presa particolarmente forte su persone che spesso nel loro intimo non si accettano e non si valorizzano per le potenzialità e le qualità umane che possiedono.

Sono come depistati su vie che li conducono lontani da loro stessi. Non sanno o non possono esprimersi come vorrebbero, né relazionarsi secondo le loro autentiche esigenze. La loro affettività va rieducata. L'uso di sostanze, un'esperienza emotiva fortissima, accelera il deteriorarsi di questo quadro rinchiodandoli sempre di più dentro un'insoddisfazione che conosce come unica via d'uscita il temporaneo sollievo dato dal piacere vincolante e narcisistico dello sbalzo. Sono adolescenti bloccati nella fase della affannosa scoperta di sé, persi dentro le secche di tentativi infruttuosi, costretti a ripetere in modo compulsivo e rigido comportamenti non costruttivi che finiscono per isolarli sempre di più nel bozzolo seducente e tragico delle proprie emozioni.

La conoscenza di sé è indispensabile per evadere da questo carcere interiore in cui abitano male con se stessi, diffidenti verso l'esterno, paradossalmente abbarbicati alle proprie catene.

È un cammino che richiede momenti di riflessione, di confronto, di espressione dei sentimenti che provano.

Per uscire dal malessere occorre avere il coraggio di riconoscere la drammaticità della propria situazione e l'impossi-

bilità di riuscire con le proprie forze a liberarsi da un problema così complesso.

È inevitabile assumersi le responsabilità del proprio stato e del proprio agire e smettere di riversare sulle situazioni e sugli altri le cause della propria sofferenza. Occorre andare oltre la rabbia della ribellione e il ripiegamento del vittimismo e accettare di rivedere la propria storia per superare sofferenze non elaborate e condizionamenti che interferiscono nel presente impedendo di agire comportamenti adeguati. È necessario rivisitare le proprie relazioni familiari, amicali e sociali per orientare nuovamente gli stili relazionali con modalità più rispondenti ai propri bisogni affettivi e relazionali.

Quest'opera di liberazione comporta la presenza, attenta e coinvolta di personale preparato ed esperto che instauri dinamiche positive, che operi in équipe all'interno di un progetto educativo definito, con obiettivi chiari e strumenti appropriati, che sappia aggiornarsi e verificare il proprio lavoro e la congruenza dei percorsi riabilitativi proposti con i problemi delle persone.

Creare questa consapevolezza è indispensabile, ma non sufficiente. Per ritrovare quella fiducia fondamentale che permette di vivere come persone che sanno amarsi e che sanno amare, capaci di dedizione e gratuità è necessaria una condivisione esperienziale in una vita di gruppo o in una vita comune dove lo scambio reciproco e l'interesse per l'altro agevoli la riscoperta della particolarità e della unicità della propria persona e la maturazione delle proprie potenzialità, della capacità di dare e di ricevere.

Lo scoprirsi è allora accogliere il proprio e l'altrui dolore, comunicare condividendo la difficoltà dell'altro, assumersi la responsabilità del proprio e dell'altrui cambiamento.

È provare ed esprimere la bellezza e la forza dei sentimenti e il coraggio di essere coerenti con essi, senza più averne paura o usarli per strumentalizzare e manipolare.

È darsi una struttura temporale e accettare la disciplina finalizzata alla funzionalità e alla costruzione di una vita comune in cui ciascuno partecipa nella misura delle proprie capacità.

È, confrontandosi con gli altri, la volontà di definire obiettivi di crescita personale ed essere capaci di perseguirli. È operare scelte quotidiane sapendo progettare.

Il processo educativo

Il concetto di aiuto esprime bene questa convinzione.

Le esperienze dei programmi di recupero per alcolisti, come A.A. (Alcolisti Anonimi) e i C.A.T. (Club Alcolisti in Trattamento) e le prime di comunità terapeutiche per tossicodipendenti, promosse all'inizio da persone portatrici del problema, si basano su questo assunto oggi peraltro accettato e proposto anche dal sapere accademico.

Sono loro che hanno tradotto in progetto educativo il proprio personale vissuto. Essi sostengono che, nonostante siano molti i fattori che concorrono a favorire l'insorgere delle dipendenze, tuttavia l'individuo dipendente conserva la responsabilità almeno parziale del proprio comportamento ed è in grado di essere parte attiva del proprio recupero.

Viene superata dunque la contrapposizione terapeuta/paziente e l'intervento è centrato sul cliente/persona a cui viene chiesto di assumersi la responsabilità di se stesso e di attivarsi investendo nel contesto educativo tutte le sue potenzialità. Egli deve essere aiutato, ma sa anche aiutarsi. Egli riceve aiuto aiutandosi e aiutando gli altri che diventano lo specchio dei suoi bisogni e lo stimolo dei suoi sforzi.

L'aiutante non può trincerarsi dietro la difesa del ruolo, ma deve saper instaurare una relazione aiutante basta sull'ascolto, l'empatia e la condivisione. Certo deve saper fare richieste di crescita chiare, decise e finalizzate allo sviluppo personale, ma partecipando lui stesso al processo educativo e

alla dinamica della relazione pur esercitando la funzione che gli è propria.

La forza dell'ambiente educativo dipende dall'intensità del coinvolgimento da parte di tutti e da quanto ciascuno degli attori sa essere vero. L'obiettivo è creare le condizioni perché le persone in difficoltà possano elaborare scelte orientate all'assunzione di un nuovo stile di vita, basato su valori realmente interiorizzati.

Non si può condizionare o indirizzare secondo schemi prestabiliti, si può solo offrire delle opportunità per riscoprirsi e scegliere, non si possono forzare le tappe del cambiamento, si devono offrire sti-



moli e spunti per non lasciare la persona inattiva e ripiegata su se stessa, ma attendendo con pazienza, senza mai desistere, i suoi tempi.

Si può e si deve esigere, ma senza imporre.

Dopo i fallimenti è indispensabile andare oltre le personali emozioni e saper ricominciare da capo consentendo all'altro di riprendere fiducia e di riassumersi le proprie responsabilità.

La persona dunque come valore è fin dall'inizio al centro della riflessione e dell'operatività.

Qui si tocca il cuore del Vangelo e Gesù si mostra come il guaritore per eccellenza. Ogni credente nell'aiutare e nel lasciarsi aiutare si deve ispirare a lui non solo come esemplare per i comportamenti, ma come sorgente di motivazione e fondamento dell'es-

sere.

Il suo stile relazionale deve essere il nostro, ma esso può provenire solo da un cuore purificato dall'ascesi per conformarsi ai suoi sentimenti, perché non sia semplicemente il risultato di uno sforzo o qualcosa di esteriore che si mette in atto in determinate circostanze o per tempi definiti. Dev'essere la nostra pelle.

Chi di noi sa lasciarsi avvicinare e toccare dall'altro senza il blocco dei condizionamenti sociali e delle paure personali, senza l'ombra dei giudizi e dei pregiudizi, con cuore sgombro e disponibile come Lui ha fatto con la peccatrice?

Chi di noi sa rompere il cerchio della condanna e il muro della solitudine come ha fatto Lui con l'adultera?

Chi di noi sa intuire la capacità di amare nascosta dentro comportamenti incoerenti e distruttivi?

Chi di noi sa invitarsi con assoluta libertà e gratuità nella casa interiore dell'altro come Lui ha fatto con Zaccheo?

Chi possiede la forza di risvegliare il desiderio di conversione e di cambiamento come lui ha fatto con Matteo?

Chi sa sopportare la fragilità del cuore e l'instabilità del comportamento continuando a camminare insieme come lui ha fatto con Pietro?

Chi sa avvicinarsi all'altro pervaso dall'assoluta fiducia di trovarsi davanti a un fratello a cui annunciare, con l'esserci, la lieta notizia che egli è figlio di Dio accolto, amato, scelto e prediletto proprio perché sofferente, peccatore o malato che sia?

Certo il concetto di aiuto non veicola tutto questo, ma contiene e propone un'approccio alla persona che evoca e addita come estremo orizzonte Cristo Signore. È una premessa che conduce, se si ha il coraggio di seguirne tutto lo sviluppo, verso di Lui. E non a caso non è stata indicata dai sani, ma dai malati, non dai giusti, ma dai peccatori.

L'esperienza di autoaiuto viene vissuta in gruppi di incontro fissati in tempi determinati durante la settimana o in convivenze residenziali e semiresidenziali in relazione

alla storia e alle caratteristiche della persona.

Si esercita in due tipi di situazioni:

a) durante gli incontri.

Sono di vario tipo: individuali, di gruppo, di famiglia, di comunità ecc... Si utilizzano gli approcci psicologici più vari tenendo presente che vanno integrati nella prospettiva di agevolare le relazioni nel gruppo e nella vita comune e nell'aiutare la persona a proiettarsi per saper costruirsi una vita responsabile e autonoma nella società.

Corrisponde all'esigenza di essere consapevoli di sé.

b) nel contesto comunitario o del gruppo di appartenenza.

La conoscenza e la scoperta di sé è un elemento del proprio percorso di cambiamento che rischia di essere fragile, parziale, non verificato, se non si trasforma in un'esperienza che dà modo alla persona di misurarsi nella concretezza dei rapporti e nelle difficoltà relazionali che la partecipazione alla vita comune comporta.

Conoscersi ha senso se è apprendere ad aprirsi e ad operare decisioni significative per sé, in relazione all'altro, per l'esistenza. L'uomo, infatti, è ciò che diventa. Questo aspetto esperienziale della conoscenza è tanto più indispensabile in relazione a quanto la persona è segnata negativamente nel suo vissuto.

Vi sono dei fattori che costituiscono la qualità della vita comune e la sua capacità trasformante, all'interno della quale l'individuo è chiamato a confrontarsi e a scegliere. Essi sono in parte misurabili seguendo alcuni criteri con l'approssimazione che è propria di una validazione che prende in considerazione parametri applicati all'agire umano.

Essi sono:

– *Una visione antropologica chiara.*

Non è sufficiente per favorire il cambiamento avere una metodologia ben definita e utilizzare delle tecniche in modo appropriato, occorre avere una visione dell'uomo capace di avvicinare e di liberare.

La nostra visione dell'uomo

si ispira al vangelo. La persona e il suo bene è un fine, non può mai essere un mezzo. Essa conserva la sua dignità anche quando si perde nei sentieri del disagio o della devianza.

Ed è sempre redimibile. Va accolta senza pregiudizi e con totale disponibilità. La sofferenza che fa parte di ogni cammino umano va ascoltata, condivisa. È una maestra che conduce alla scoperta dell'essenziale, e all'autenticità e alla profondità dell'incontro con l'altro.

Non posso proclamarmi estraneo alla sofferenza del fratello, anzi sono solidale anche nel suo peccato. Nelle sue incoerenze leggo le mie incoe-



renze e, in un certo senso, ne sono implicato e responsabile.

Non posso rispondere alla domanda: "Adamo dove sei?", se non rispondo contemporaneamente all'altra: "Caino dov'è tuo fratello Abele?".

Il mio posto è accanto al fratello, mi viene chiesto di camminare con lui per risvegliare l'appello al cambiamento, la nostalgia di una vita piena.

Per questo devo essere capace con la mia coerenza di fare richieste esigenti in ordine alla crescita personale e di sviluppare l'attitudine a scegliere.

Il progetto di vita non può essere imposto ma va scoperto tramite l'ascolto dei bisogni della persona e agevolando l'assunzione consapevole e responsabile degli obiettivi via via individuati, con determinazione, pazienza e gradualità.

– *Riconoscere il bisogno di*

essere aiutati ed essere in grado di chiedere aiuto.

Il tossicodipendente tende a negare la problematicità della sua situazione, a chiudersi nell'autosufficienza oppure a vittimizzarsi attribuendo ad altri, persone o la società, le responsabilità del proprio stato, giustificando così i suoi fallimenti. Una vita comune coinvolgente, dove le persone sanno prendersi cura uno dell'altro, apre alla fiducia e alla possibilità di essere veri con se stessi perché sostenuti dal calore dell'accoglienza e all'assenza di giudizio. Se mi sento accolto, la paura delle mie fragilità si ridimensiona e il sostegno che ricevo si trasforma in affidamento e nella scoperta che esprimere il proprio bisogno di aiuto è gratificante perché significa sperimentare la vicinanza.

– *Imparare e riconoscere, capire, esprimere le proprie emozioni e i propri sentimenti.*

L'uso di sostanze, essendo un evento emozionale intensissimo, riduce la sensibilità nell'avvertire le tante sfumature di cui è intessuta la vita normale: la bellezza della natura, il valore dei piccoli gesti, il riconoscimento che si riceve nell'assumersi delle responsabilità. Tutto diventa noioso e banale, provoca ansia o paura se paragonato all'effetto della sostanza. La vita emotiva si appiattisce e si riduce al sentirsi giù o all'essere euforici.

I sensi di inferiorità, di inadeguatezza, di colpa, di indegnità o di irrealistica sicurezza, la necessità di nascondersi, l'impossibilità di essere sinceri anche con le persone amate, provocano l'incapacità di riconoscere i sentimenti e l'abitudine ad usarli per secondi fini.

L'emotività va rieducata seguendo tecniche specifiche in modo da mettere l'individuo in grado di esprimere in modo diretto e adeguato ciò che veramente prova.

Solo così sarà in grado di sviluppare delle relazioni in cui la reciprocità e l'interdipendenza consentono uno scambio autentico e rassicurante.

– *Saper confrontare il comportamento dell'altro per motivarlo al cambiamento.*

Il ripiegamento narcisistico sulle proprie emozioni e sul proprio centro di piacere porta il tossicodipendente a non agire un vero interesse per gli altri. Si abitua a rapporti di complicità e omertà con i suoi simili isolandosi dal resto del mondo. Gli altri tossicodipendenti fungono da sostegno e da conferma per continuare in un comportamento contraddittorio rispetto alla vita personale e sociale.

Cambiare questa modalità relazionale è particolarmente arduo perché richiederebbe un senso della propria identità già consistente. Usare il confronto, la critica in modo costruttivo, per contribuire a cambiare il comportamento dell'altro senza arrecare danno significa uscire da se stessi, superare la paura di venire rifiutati e di restare soli perché si esprime quello che davvero si pensa, comporta l'accettazione della tensione e del conflitto che ogni relazione autentica richiede. Man mano che la persona si esercita cresce la sicurezza personale, emerge la fiducia e le difese si abbassano, si prova il piacere di essere accettati così come si è, amati per quello che si è senza più bisogno di dover nascondere o dimostrare.

– *Rinforzare la stima di sé attraverso la partecipazione alla vita comune e all'assunzione di responsabilità.*

Lo sforzo per costruire rapporti autentici si salda con l'impegno ad esercitare le responsabilità che la persona si assume e che gli vengono affidate.

È una posizione insolita per il tossicodipendente che tende ad isolarsi dall'ambiente in cui vive e ad esercitare una critica negativa alternando disinteresse e ribellione. Egli impara a decidere tenendo conto dei pensieri, dei sentimenti e delle reazioni degli altri.

Se la partecipazione ai momenti comuni è uno stimolo per la valorizzazione delle proprie potenzialità, per lo sviluppo e l'esercizio delle competenze relazionali e una sorgente di conferme positive che rinforzano il sé, l'assunzione di responsabilità in un contesto di questo tipo agevola la

comprensione degli aspetti organizzativi e del significato dei ruoli, obbliga ad uscire dall'individualismo, a condividere gli scopi e le finalità della comunità, a provarsi nel gestire rapporti non solo amicali, ma anche funzionali cercando e creando collaborazione.

– *Presenza di una positiva pressione del gruppo dei pari.*

L'intensità con cui le persone si coinvolgono con la vita comune, la volontà con cui perseguono il raggiungimento degli obiettivi di crescita personale, il grado di onestà e di autenticità nei rapporti, esercita su ogni componente una pressione positiva verso il cambiamento e favorisce il su-



peramento del codice di diffidenza e di complicità che caratterizza il tossicodipendente soprattutto se ha subito lunghi periodi di carcerazione. Si apre la strada per la costruzione di una positiva gerarchia di valori.

– *Interiorizzazione di un sistema di valori.*

L'attitudine all'ascolto, il prendersi cura dell'altro, la condivisione dei problemi, delle sofferenze e dei successi, l'onestà nei rapporti, l'assunzione di responsabilità, il rispetto e l'attenzione alle persone, l'accettare di mettersi in discussione, la pratica della solidarietà, la valorizzazione del quotidiano agevola l'interiorizzazione dei valori e non semplicemente l'adattamento all'ambiente.

– *La crescita attraverso le crisi.*

Il percorso educativo è se-

gnato da crisi che caratterizzano i momenti di decisione e i passaggi che ogni cambiamento comporta. Il rientro nella società è particolarmente delicato perché l'ambiente esterno mette in discussione gli obiettivi personali e i valori sperimentati.

L'interiorizzazione avviene ora con un confronto quotidiano in una realtà dove non sono così evidenti e pervasivi come in una situazione protetta. Il gruppo con la presenza dell'operatore è un riferimento e consente al singolo di verificare le proprie personali convinzioni e di rafforzarle.

– *Il cambiamento degli atteggiamenti negativi verso la vita in atteggiamenti positivi.*

Sentimenti di fondo come il non sentirsi adeguati, il non avere diritto, non meritare di essere amati, il senso di inutilità, l'incapacità di fidarsi sono frequenti nei tossicodipendenti e determinano il loro atteggiamento verso la vita.

Costituiscono un serio ostacolo al proprio benessere e una fonte di demotivazione continua.

L'esperienza della vita comune o di gruppo, il tessuto di relazioni immediate e calde, il coinvolgimento e la partecipazione che la caratterizzano, incide più di qualsiasi altra nell'attutire l'intensità e nel rendere possibile il loro superamento.

Si comincia allora a immaginare un futuro diverso e a sperimentare un nuovo modo di essere nel mondo.

– *Il miglioramento delle relazioni con la propria famiglia di origine.*

Il periodo trascorso nel programma riabilitativo stabilisce con i genitori una distanza sufficiente per superare il risentimento e il senso di colpa, per sentirsi abbastanza sereni e in diritto di sostenere una critica positiva.

Il desiderio di chiarire le proprie relazioni con la famiglia di origine cresce ed è opportuno dare una risposta.

La famiglia

Mettere la persona al centro della nostra attenzione è avere

rispetto della sua storia, è trattare con interesse e discrezione la sua famiglia. Operando in questa direzione, l'aiuto offerto al tossicodipendente acquista una valenza maggiore perché gli permette di elaborare e superare lacerazioni intime e contribuisce alla stabilità dell'equilibrio raggiunto.

La famiglia che si rivolge ad un centro di recupero, è una famiglia provata da una forte conflittualità interna.

Spesso ognuno dei suoi componenti ha maturato delle convinzioni e degli atteggiamenti verso la tossicodipendenza in contrasto tra loro. Schiacciata dalla vergogna si è isolata dall'ambiente riducendo i rapporti con la rete primaria e secondaria. Fallimento, senso di colpa, impotenza, risentimento impediscono di avere una visione chiara del problema e di prendere decisioni costruttive.

Ha bisogno anzitutto di essere accolta senza essere giudicata, di condividere la sua sofferenza con quella di altre famiglie che vivono lo stesso problema, di sentirsi protetta e di riacquistare fiducia.

Non deve essere considerata un problema ma una risorsa da valorizzare. Per raggiungere questo obiettivo occorre aiutarla a:

– *Esprimere.*

Il poter esprimere emotivamente, in un ambiente caldo e affidabile, la solitudine, la rabbia, il dolore sblocca la comunicazione e fa nascere il desiderio del cambiamento.

La famiglia allora è disponibile a rivedersi, a mettersi in discussione accettando la sofferenza che questo processo comporta.

– *Chiarirsi e comunicare.*

L'accoglienza, la possibilità di esprimersi, di appartenere ad un gruppo che offre comprensione e sostegno non basta per modificare le dinamiche familiari, è necessario anche agevolare la famiglia nel ridefinire le modalità di relazione (riappropriarsi adeguatamente dei ruoli, chiarire i rapporti invischiati, evitare sostituzioni, superare attribuzioni di colpe o incapacità decisionali).

Questo lavoro permette al

tossicodipendente di ripercorrere la propria storia evolutiva insieme ai suoi familiari e aiuta la famiglia a sviluppare una sensibilità capace di cogliere le ragioni del disagio del tossicodipendente e degli altri componenti, a passare attraverso il conflitto in modo costruttivo evitando di agire un'inconcludente esplosione di emozioni, ma apprendendo un'espressione opportuna dei sentimenti.

– *Decidere.*

Rileggere insieme la situazione attuale, rivisitare la propria storia, diventare consapevoli dei propri sentimenti consente di andare oltre la rabbia, il dolore, il senso di colpa, le delusioni, le attese irrealisti-



che e rende possibile l'esercizio di una efficace capacità decisionale, favorisce l'individuazione degli obiettivi educativi e relazionali smascherando i vecchi meccanismi, i copioni ricorrenti e le manipolazioni. L'assunzione delle decisioni quotidiane prepara ad affrontare quelle più impegnative.

– *Scoprire il piacere del cambiamento.*

Man mano che la famiglia chiarisce le relazioni, apprende a superare i conflitti, si riavvia il processo di autostima dei singoli, si avverte il piacere di stare insieme in modo diverso e il desiderio e la disponibilità al cambiamento cresce.

Avviare e mantenere dinamico questo processo attivando le potenzialità presenti senza imporre modelli precostituiti, fa raggiungere risultati

positivi laddove vi sono le condizioni.

– *Riconciliarsi.*

La storia personale e familiare conosce vissuti dolorosi che richiedono di essere rivisitati per venire superati e per potersi riconciliare con la vita.

Il cambiamento raggiungibile ha dei limiti. Bisogna imparare ad accogliere la differenza, ad essere tolleranti, a valutare obiettivamente e senza farsi del male se la convivenza è ancora sostenibile oppure no, in tutti i casi saper elaborare degli accordi senza chiedere mutamenti impossibili.

– *Partecipare.*

Fin dall'inizio, i centri di recupero chiedono alla famiglia di partecipare, dapprima semplicemente frequentando gli incontri finalizzati unicamente alla propria maturazione, poi, molto gradualmente, di collaborare fino a svolgere attività di aiuto alle persone, quando è stata raggiunta la serenità e la distanza sufficiente dal vissuto doloroso.

Questo impegno contribuisce a far sentire le persone utili e ad evitare comportamenti passivi di delega tipici di chi si atteggia da utente.

– *Attivarsi.*

La partecipazione alla vita dei centri promuove l'interiorizzazione di valori come la condivisione e la solidarietà.

La coscienza di essere cittadini responsabili verso i problemi che affliggono la società interpella le persone più sensibili e le coinvolge a partecipare come protagonisti alle soluzioni che si creano.

Quando questo avviene la garanzia di risultati stabili è maggiore perché l'individuo riscopre o acquisisce interessi e valori che danno un senso nuovo alla vita.

Il volontariato

Il problema della tossicodipendenza, come quello di altre devianze, non è riducibile ad una difficoltà personale o familiare, ma è la manifestazione di un disagio più profondo ed esteso che si esprime in molti modi ed è connesso agli stili di vita propri della nostra

società. Risente in particolare della dissoluzione dei legami, sia primari che secondari, e della frammentazione dei momenti e dei luoghi di vita.

Costruire delle reti solidali che sappiano dare senso di appartenenza, sostegno, occasione di sentirsi partecipi e capaci di incidere sui problemi, costituisce dunque una priorità sia per l'attività di recupero che di prevenzione.

I centri di recupero nati dal volontariato, sono consapevoli di questa funzione e di questo compito perciò mirano a coinvolgere un numero sempre maggiore di persone, comprese le famiglie, che si avvicinano per chiedere aiuto, attenti però a dare a tutti una formazione adatta.

Riaffermare la centralità della persona come valore con i suoi bisogni, le sue esigenze e le sue potenzialità è collocarla nella concretezza dell'ambiente in cui vive e intervenire sul tessuto delle sue relazioni.

Per raggiungere questo obiettivo i centri promuovono un volontariato che non offre solo un aiuto specifico alle persone in difficoltà, ma cerca di mantenere aperto un processo di riflessione nella so-

cietà civile per evitare che sia una percezione distorta dei problemi, che le nuove povertà suscitino paure e difese nell'immaginario collettivo tali da rendere credibili soluzioni espulsive o repressive.

Il volontariato svolge dunque una preziosa opera di mediazione promuovendo la costruzione di un ponte tra marginalità e normalità e avvicinando con la sua presenza capillare le istituzioni al cittadino.

Evita così la caduta nell'anomato e nell'estraneità a fasce numerose di cittadini e la stigmatizzazione e l'isolamento a chi versa in condizioni di difficoltà.

Promuove la convivenza e la comunicazione tra diversi nel rispetto di ciascuno, aspetti che sono il fondamento di una democrazia sostanziale.

Questa paziente opera di integrazione, di inclusione non significa semplicemente adattamento ai valori e ai ritmi della società così com'è, ma propone ed esprime una forte istanza di cambiamento per la costruzione di una convivenza civile misurata sul passo dei poveri, perché gli ultimi non vengano travolti e schiacciati da chi corre di più.

Ma non basta dare voce a chi non ha voce, fungendo da denuncia e stimolo alle istituzioni. Bisogna impedire che questa società si ripieghi su di sé e non ascolti più la ricchezza di interrogativi e l'appello alla trascendenza che la sofferenza e il limite portano iscritte in se stessi.

L'esperienza di vita che le persone, utenti, volontari, operatori e famiglie vivono nei centri è caratterizzata da un pluralismo di opinioni e di orientamenti, ma questa visione dell'uomo, accolto nella sua integralità e nella completezza delle sue dimensioni, rappresenta il fattore dinamico di unità che apre all'intuizione della presenza di ciò che è oltre l'esistenza dei singoli: un amore più grande, una speranza più forte.

Così accade che alcuni ricerchino e incontrino quell'amore gratuitamente donato, sovrabbondanza inattesa e imprevedibile della vita divina, che accolto trasforma: Cristo Signore.

Dott.ssa BIANCA
COSTA BOZZO

*Presidente della Federazione Italiana
Comunità Terapeutiche (FICT)*



Relazione del Gruppo di Studio Francese-Inglese-Italiano

RELATORE DON ORESTE BENZI

RESPONSABILE DELLA COMUNITÀ «GIOVANNI XXIII» A RIMINI, ITALIA

La Chiesa si presenta con il suo specifico, percorre la propria strada, parla il suo linguaggio, fa le proposte che scaturiscono dalla Sua identità, sacramento universale di salvezza. Bisogna affermare il primato dello spirito sugli aspetti psicologici, che non si devono tuttavia sottovalutare. La comunità che riflette la comunione in Cristo ha la precedenza sui metodi terapeutici. L'educazione globale comprende anche la prevenzione.

– Con sofferenza è stato ricordato il caso della Svizzera dove si chiedeva al popolo di scegliere per una gioventù senza droga. I “no” alla richiesta hanno superato il 70%. Ciò che è doloroso ed incomprensibile è stato l'atteggiamento

di importanti strati della Chiesa che hanno invitato a respingere il referendum.

Si chiede una maggiore unitarietà della Chiesa di fronte a problemi così importanti. Si auspica l'incontro tra gli operatori che partono dalla fede.

– Interessante l'indicazione data da una coppia di palestinesi: i tossicodipendenti devono essere accolti da tutta la società. In altre parole la società deve riconoscere che nessuno ha le mani pulite di fronte ai tossicodipendenti.

– La comunità diretta da una famiglia è una via originale per recuperare i tossicodipendenti, tenendo conto che l'85% dei tossicodipendenti provengono da famiglie disgregate.

– Forte è stato il richiamo alle attese nei confronti della fede cristiana. Coloro che non appartengono alla Chiesa vogliono vedere che cosa genera la fede cristiana riguardo alla droga.

– Anche nei Paesi più poveri si espande l'abuso della droga, dove vengono spesso utilizzate le cosiddette “droghe dei poveri”, come colla, benzina e altre droghe locali.

– Non si possono legalizzare le droghe. La droga non si vince con la droga. Anzi bisogna contrastare anche le altre droghe, come l'alcool.

– Non ci si può limitare a parlare della dipendenza dalla droga. Bisogna liberare da tutte le dipendenze.



Relazione del Gruppo di Studio Spagnolo

RELATORE P. MANUEL ZUBILLAGA

DEL PROGETTO "HOGAR INTEGRAL DE JUVENTUD" CARITAS, MESSICO

1. Partecipanti:
17 di diversi Paesi di lingua spagnola (19 persone).

2. Punti specifici sulle domande sorte durante il Convegno sulla droga di giovedì 9 ottobre:

– la Chiesa deve preparare operatori per questo problema;

– bisogna rendere efficienti le reti sociali in modo che siano vicine soprattutto ai giovani;

– l'educazione e la catechesi deve accompagnare la vita di ognuno, perché possa rispondere alle domande che bambini e giovani si pongono di fronte alle situazioni di difficoltà;

– far diventare le parrocchie comunità preventive, con forti legami comunitari;

– la riabilitazione deve essere concepita come un lavoro interdisciplinare;

– promuovere un volontariato familiare che sia operatore fondamentale di prevenzione;

– lavorare come supporto dei giovani e degli adulti, poiché spesso è nelle relazioni tra giovani ed adulti che nascono delle forti incomprensioni che possono essere la causa che conduce all'uso della droga ed è qui che si può operare la vera prevenzione;

– aiutare prima di tutto i poveri attraverso i centri di prevenzione;

– formazione delle "leaderships" nei quartieri popolari che possono agire nel quotidiano delle famiglie;

– la Chiesa deve favorire gli scambi tra le diverse Chiese locali affinché la interecclesialità sia anche un vero spazio di collaborazione;

– le famiglie non devono rinunciare ai compiti educativi che significano rinuncia, negazione di sé e possibilità di optare per valori pieni di fratellanza e senso di vita;

– non condannare i giovani, non stigmatizzarli, far capire che i loro problemi sono prova dei nostri problemi ed anche di quelli della Chiesa. Non considerare i drogati in comunità come rinuncia ma come nuove opportunità di crescita. Non sottolineare l'esclusione sociale dei giovani;

– bisogna che nella formazione dei sacerdoti si conoscano questi problemi;

– promuovere l'attività dei laici, anche quelli professionisti ed in generale tutti coloro che possono agire in questo campo.

33



Qualche anno fa il Pontificio Consiglio per la Famiglia ha organizzato un Convegno Internazionale su questo tema. Quando siamo stati ricevuti dal Santo Padre, a conclusione delle tre giornate di lavoro, quasi a sintetizzare il percorso seguito da chi è vittima della droga, egli ci disse che si andava *“dalla disperazione alla speranza”*. E questo era stato il titolo del documento finale di grande risonanza grazie al contributo di persone e istituzioni con considerevole esperienza nella liberazione da questa nuova schiavitù.

Alcune delle semplici riflessioni che presento in questo importante Congresso riguardano elementi tratti dai colloqui che ho avuto in diverse occasioni sul tema che ci vede qui riuniti.

Da quel convegno sono trascorsi diversi anni che sono serviti a rassicurarmi su alcune impostazioni e orientamenti imprescindibili.

1. Portata di un profondo dramma umano

La tossicodipendenza rivela un insieme di *sintomi* che sono segni evidenti di un dramma agosioso che ha molto a che vedere con il senso stesso dell'esistenza, con la verità dell'uomo, con la sua dignità. La droga rappresenta una fuga con la quale si pretende di riempire un *vuoto*. È il vuoto di una esistenza che, non essendo basata su valori fondamentali, resta come sradicata, esposta alle intemperie, non protetta. Questo vuoto toglie *senso* alla vita. È qualcosa che intacca la radice stessa dell'identità di chi, in quella situazione vive una dolorosa e terribile esperienza di schiavitù. Dà luogo al fenomeno della disperazione per la vertigine causata dal vuoto che de-

ve essere colmato. I vuoti possono essere riempiti *artificialmente* (e ciò aggrava il fenomeno) mediante il ricorso alla stessa droga, oppure attraverso un paziente percorso che è quello della liberazione mediante *l'entrare in se stessi*, per adoperare l'espressione biblica del Figliol prodigo, per riconquistare una *dignità* di cui in qualche modo non si aveva più coscienza. Il nucleo del problema è una questione antropologica, estesa anche al campo delle relazioni che hanno il loro fulcro nella vita all'interno della società e della famiglia.

Chi sperimenta il dramma della tossicodipendenza, in un certo senso è vittima e prodotto doloroso di una società, sotto molti aspetti *malata*, incapace di offrire ragioni di vita e di speranza, ma che trasmette solo il proprio vuoto. Si tratta di una società confusa, nella quale la fede viene sradicata e non forma l'esistenza collettiva e individuale, vengono eclissate le ragioni della vita stessa favorendo una confusione che diventa il tarlo dell'anima.

Una società disarticolata, scardinata, produce i tipici fenomeni di cui è portatrice. Li trasmette o li trasferisce alle famiglie che (senza entrare in merito alle intenzioni dei genitori che molte volte sono persone buone, di buone intenzioni e di irreprensibile condotta) soffrono l'impatto della società che le soffoca provocando un sensibile vuoto nella loro reale capacità di incarnare i valori che servono da perno, che illuminano e orientano l'esistenza. Quando si afferma che le famiglie sono sradicate, non le si vuol **colpevolizzare**, aumentando la dimensione della loro tragedia. Non si tratta di cercare i responsabili ma di capire la concentrazione e le cause di certi fenomeni.

Credo che la cosiddetta *“sindrome di Peter Pan”*, per le tesi che questo libro ha diffuso, ci aiuti a capire tutta una serie di fenomeni. Nel nostro incontro di qualche anno, il professor Tony Anatrella ci metteva in guardia nei confronti dell' *“adolescenza infinita”* (è il titolo di uno dei suoi libri), come stato o situazione di chi non matura. La sindrome di Peter Pan ci fa vedere un insieme di comportamenti secondo i quali l'opzione del protagonista di *essere sempre un bambino*, è unita in una disastrosa cospirazione, all'atteggiamento della famiglia che ha il timore di educare. Rinuncia alla sua missione centrale, di modo che ci troviamo di fronte a genitori di per sé generosi ma che non possiamo qualificare come *buoni genitori* perché disertano le esigenze della loro missione, invocando addirittura il diritto alla libertà dei figli. Non educano perché hanno paura di ferire la libertà dei loro figli. Ovviamente ciò si aggrava quando la stessa vita dei genitori non è affatto esemplare e non costituisce un cammino di realizzazione di sé nell'amore responsabile.

Dal nostro osservatorio pastorale presso il Pontificio Consiglio per la Famiglia, possiamo affermare che molte famiglie sono oggi come un nastro scorrevole di una errata concezione dell'uomo che genera figli a sua somiglianza. Il vuoto diventa caricatura, smorfia di un povero o inesistente progetto umano.

Quanto detto finora deve essere confrontato con ciò che è e deve essere la famiglia in linea con un autentico umanesimo, come luogo in cui la persona umana si pone nel percorso iniziale per raggiungere la propria realizzazione. La famiglia è formatrice di persone. Questa mediazione sociale es-

senziale della famiglia non può essere sostituita! Permettetemi di adoperare un'espressione di S. Tommaso che egli attribuisce alla prima infanzia, ma il cui significato oggi può essere esteso anche all'adolescenza in un processo che ne favorisce la maturità. L'espressione del Santo Dottore è la seguente: la famiglia è un "*utero spirituale*" (II, 10, 20).

Che significato ha questa concezione in termini di *educazione*, di formazione integrale? Questa nozione ci stacca da una concezione *biologica* in cui dare alla luce non è qualcosa di separato da un processo educativo e formativo nell'amore e nella responsabilità.

La famiglia è una comunità di tutta la vita e una comunità di amore in cui l'educazione costruisce l'esistenza dei figli secondo un modello, un progetto, una verità dell'uomo. È un *ambiente*, l'*atmosfera* di protezione per la crescita dei figli come persone. Il professore che ha preso il posto del Santo Padre alla cattedra di Lublino, ha ricordato poco fa che, nella lingua polacca, la parola *rodzina* significa far crescere, dare alla luce. Questa è la ragione della indivisibilità dei due poli: Famiglia e Vita. La famiglia che non è sorgente dinamica, e non si pone come soggetto di crescita nell'itinerario della *vita*, non ha ragione di essere! Dare la vita, far crescere, implica una domanda: Quale vita, quale qualità, quale stile? Ci troviamo nel cuore di una antropologia in cui l'essere sociale dell'uomo scopre il suo stesso essere nella prima comunità, cellula primordiale della società.

Nella famiglia è racchiusa la verità sull'uomo, fatta vita, e non soltanto nella prospettiva della sapienza umana che vi è presente in preziosa sintesi, ma anche in tutta la formidabile illuminazione che ci viene dal Signore, in cui si scopre e si rivela il mistero dell'uomo. Nella famiglia la persona umana si apre alla sua stessa realtà, come soggetto individuale. In essa, inoltre, si va allargando il suo universo morale nella misura in cui, in un dialogo d'amore, sperimenta il

suo valore, la sua dignità nel diventare oggetto d'amore dei genitori, centro delle loro vite; ciò costituisce un preludio per quando scoprirà che nel più profondo della sua dignità come persona c'è il fatto di essere amato come persona (non trattato come strumento o come cosa), dal Creatore stesso.

Molti dei grandi pionieri nella liberazione di tanti fratelli hanno saputo accompagnare e guidare questo itinerario, di modo che l'essere umano giunga ad una interiorizzazione, in se stesso, per iniziare il cammino (che molte volte è via di ritorno e di conversione) che porta al Padre, che porta a Dio. L'uomo nella sua interezza ha bisogno di sperimentare la realtà del proprio valore nel sentirsi amato. Questo valore aumenta in misure che non conoscono limiti quando ci si rende conto che è oggetto dell'amore di Dio stesso.

Permettetemi due esempi che sono complementari e che per me sono stati come utili lezioni di "antropologia vissuta". Il primo è stata la conferma che ho avuto nel Convegno Mondiale di Rio de Janeiro, da noi organizzato, sui Meninos de rua, "i bambini della strada". Aveva sempre attirato la mia attenzione il fatto che i bambini della strada, i giovani abbandonati, non hanno paura della morte. Sono temerari, avventurieri. Molte volte sono usati per commettere imprese criminose che essi eseguono senza rendersi conto se stanno sognando o meno. Non hanno stima di se stessi. Credono di "essere in più". Una serie di testimonianze mi convinsero di una realtà: quando questi bambini o giovani cominciano a sperimentare di essere veramente amati, di avere valore, di essere persone, è per loro come una risurrezione. Per questo motivo le istituzioni che si occupano di loro devono trasmettere rispetto ed amore, come se si trattasse di dare loro quel che non hanno avuto nelle loro famiglie. Ho visto molti volti di bambini e di giovani trasformarsi ed illuminarsi, come se in essi si riflettesse (e di fatto si riflette), la luce del Verbo incarnato, l'Immagine del Padre. L'altro

esempio complementare l'ho avuto in un dialogo con alcuni tossicodipendenti, durante la prima tappa, dolorosa e sofferta, della loro liberazione. Ho chiesto loro come si sentivano. La risposta è stata: stiamo scoprendo ciò che siamo. In fondo ogni uomo scopre continuamente ciò che è, ciò che deve essere, ma in modo speciale lo è questo itinerario di liberazione e di speranza per colui che passa attraverso il dramma della droga.

In molti dialoghi e in molte visite a diverse istituzioni, abbastanza frequenti tempo fa, soprattutto nella varietà e nelle esperienze così positive d'Italia, a poco a poco ho compreso qualcosa che – devo confessarlo – all'inizio non capivo del tutto: non soltanto che "la droga non si combatte con la droga", ma che il problema della tossicodipendenza è, in primo luogo, una questione di valori, di un ritornare al centro dell'esistenza, là dove l'uomo non è un'incognita, ma un mistero, in cui è profondamente impegnato (l'idea è di Gabriel Marcel), che non è un interrogativo senza risposta, un tunnel senza uscita. Si stanno aprendo delle vie, l'alba avanza, nella misura in cui coloro che sono stati fatti schiavi dai vuoti della società (senza valutare per ora ciò che appartiene alla responsabilità personale), quando si aprono le porte di un mondo angusto e scuro, in un camminare che porta agli altri e all'Altro, per la via dei valori incarnati e recuperati.

Ero rimasto molto impressionato da alcune lettere di Victor Frank e di ciò che per lui aveva rappresentato l'esperienza di sopravvissuto dai campi di concentramento nazisti. Nonostante tutto, queste persone erano capaci di sopravvivere, superando ogni tipo di torture e soprusi, amavano la vita, vi trovavano un senso, perché in loro non erano morti gli ideali. Molto di questa esperienza l'ha tradotta nella sua "logoterapia", che è un metodo per far rinascere un ideale, per trasmettere i valori, proprio dove tutto era disarticolato e perso.

Per tale motivo condivido profondamente l'idea che la

via della liberazione deve seguire i sentieri di una seria antropologia, e anzi nelle società che hanno profonde tradizioni culturali cristiane, deve percorrere il sentiero di una evangelizzazione personalizzata, di modo che sia l'incontro con Dio, con il Signore, il passaggio alla speranza, alla risurrezione, quando si fa la via della scoperta e del ritorno alla casa del Padre. Nella parabola del Figliol prodigo, c'è una chiave di lettura che è il termine greco ANASTASIS, che significa *risurrezione, ma anche alzarsi, mettersi in piedi*, come decisione vitale di chi è stato capace di entrare in se stesso, di incontrare se stesso, nel dialogo reale, anche se più nascosto, della coscienza. In questo senso la liberazione passa attraverso una nuova rete di relazioni umane, dove le istituzioni fanno da "comunità", da famiglia, da centri dove si sperimentano dimensioni nuove di un amore che riscatta, che libera, che trasforma. In altri termini, il cammino di liberazione non è una questione medica, ma di personalizzazione o, perlomeno, un processo in cui la medicina è un sussidio ma non ha una funzione principale.

Il linfa di un cammino di interiorizzazione che riguarda l'identità della persona umana, della sua "irrefrenabile sete di dignità", meno sentita in situazioni confusionali, è la scoperta del fatto che l'uomo non è un'incognita, ma che la sua profonda realtà e il senso della sua esistenza si esalta in Dio. Lui è *Veritatis Splendor* che illumina la verità dell'uomo. È Qualcuno che non è totalmente un'incognita per l'uomo che, infatti, non avrebbe accesso nemmeno alle soglie del suo essere Trascendente, quasi fosse vero quel che in forma poetica scriveva Kafka: "Perciò Dio deve rimanere nascosto nell'oscurità. E poiché l'uomo non può accedere a Lui, egli arriva all'oscurità che avvolge la divinità. Lui lancia carboni ardenti sulla notte gelata. Essa, però è elastica come la gomma. Essa si ritira..." (Citato in *Il Pensiero Debole*, Ed. Feltrinelli, in collaborazione, pag. 212).

Per chi ha fede, per le culture che sono state penetrate profondamente dalla rivelazione, Dio non regna nelle ombre, ma è il sole che viene dall'alto, che permette il suo peregrinare nel mondo e non soltanto di andare avanti con esitazioni da cieco. In una parola, l'itinerario dell'interiorizzazione passa attraverso il dialogo dell'uomo con Dio. L'uomo, sradicato da se stesso, che si stacca dal suo centro verso la X, secondo l'espressione di Hegel diventa una incognita segnata dal "disincanto".

Diverse volte e in diverse occasioni è sorto questo problema: il recupero e l'incarnazione dei valori, viene fatto al margine della fede, dei valori cristiani, di una esplicita evangelizzazione oppure, dove c'è una cultura cristiana (almeno non del tutto eclissata). *La liberazione è frutto di una vera evangelizzazione*, nella quale la Buona Novella di Gesù fa sì che l'esistenza riscatti la sua eminente dignità. In questo senso, se di medici si tratta, questi è Gesù. È ovvio che la via non può essere identica nei paesi in cui il Vangelo non è penetrato nella società e non ha dato luogo ad una cultura cristiana. Ma, dubito molto che, là dove i giovani in qualche modo hanno avuto un contatto con l'educazione cristiana, la miglior strada sia un semplice lavoro permeato dalla ragione non illuminata dalla fede.

2. Dalla famiglia ferita alla famiglia che accompagna

Potremmo riflettere molto sulle esigenze affinché, a cominciare dalle famiglie, si eviti il dramma che vede sprofondare molte persone nei tentacoli di questa moderna schiavitù. La risposta integrale è una famiglia profondamente evangelizzata, resa capace di adempiere la sacra missione alla quale Dio stesso l'ha chiamata, in cui il compito dell'educazione viene seriamente preso in considerazione.

Formare le famiglie come Chiesa Domestica offre la sicurezza, in termini generali e

normali, che si superino i vuoti e l'esistenza venga considerata come perno. Si dovrebbe seguire passo a passo il compito della famiglia come "formatrice di persone", in cui i genitori sono i primi evangelizzatori. Il regalo della nascita è la stessa comunità familiare che, quale utero spirituale, permette una crescita genuina simile a quella del Dio Bambino presso la Famiglia di Nazareth.

Mi sia permesso di aggiungere l'importanza che ha in questa missione una adeguata formazione sessuale nell'amore e l'importanza su questo tema del nostro Documento: *Sessualità umana: verità e significato*. In sintesi, possiamo dire brevemente che la verità dell'uomo deve assicurare il collegamento per quanto riguarda ciò che è veramente una sessualità umana (non animale), in cui la realtà della persona umana – corpo e anima – acquisisce tutta la sua grandezza; una sessualità nell'amore, come apertura, altruismo, responsabilità e rispetto verso l'altro, un amore che, nel matrimonio, diventa concreto e acquista il suo massimo spessore e serietà, di amore totale, fedele, esclusivo e fecondo, al servizio della famiglia e questa, a sua volta, al servizio della società.

Desidero ora parlare delle famiglie ferite dal dramma dei propri figli attanagliati dai tentacoli della droga, che non temono di fare un proprio esame di coscienza o, comunque, decidono di aiutarli per vincere una battaglia in cui va di mezzo la propria felicità. Non è possibile che le famiglie si disinteressino del dramma dei propri figli, come se si trattasse di qualcosa che non le riguarda! Nei momenti opportuni, secondo le esperienze raccolte, le istituzioni si associano sempre di più alle famiglie durante il processo di liberazione e di consolidamento. Queste hanno bisogno, prima di tutto, di essere aiutate e formate per poter esercitare un ruolo positivo che promuova e non sia d'intralcio sulla via verso la speranza. In una comunità di recupero, incontrai un gruppo di famiglie che an-

davano a visitare i loro figli. Una di esse mi disse: siamo venuti questa settimana, come abitualmente facciamo, “*per fare il pieno*” (per fare un paragone con il fatto di riempire il serbatoio delle macchine). Per ricevere, cioè, tutta la carica di energia che le rendesse capaci di essere buoni collaboratori per il completo recupero dei propri figli.

Certamente in questi anni, ci sono stati molti progressi e si sono accumulate nuove esperienze in questo campo. In collaborazione con il Pontificio Consiglio per la Pastorale degli Operatori Sanitari, da tempo stiamo pensando e preparando un incontro speciale su questo particolare compito, con tutta la creatività che richiede questa sfida.

Non è possibile pensare che, nel momento in cui lasciano le comunità, coloro che hanno raggiunto la speranza e sono in possesso di nuove ragioni per vivere, possano evitare le ricadute, senza la fattiva partecipazione delle stesse famiglie. Questo e molti altri interrogativi con le relative risposte saranno oggetto dell'incontro di cui abbiamo parlato.

3. Il ruolo della società

Prendiamo qui il concetto di società nella sua dimensione più ampia, soprattutto in riferimento agli ampi spazi della cultura.

Oggi, infatti, i cambiamenti culturali hanno molto a che vedere con la comunità politica, con il ruolo dei governanti e dei legislatori, in quanto non poche leggi in evidente relazione con *il bene comune* generano implicite concezioni antropologiche, forme di comportamento.

Quando parliamo di sensibili vuoti, si potrebbe pensare che esageriamo. Sono molti i pensatori che oggi denunciano una situazione di pronunciato pessimismo, perfino di disperazione, in una società che era come ubriaca dei propri successi e del mito di un progresso costante e sostenuto. Si potrebbe fare appello ad un numero importante e qualificato di testimoni. Ma, per ragioni

di tempo, preferisco pormi nella prospettiva di ciò che, dopo diversi dibattiti chiarificatori, l'Esortazione Apostolica *Reconciliatio et Poenitentia* ha chiamato “il peccato sociale”. Ci sono forme di vita oggi, diffuse e accettate, rafforzate da istituzioni e leggi che hanno tutti i requisiti per essere denominate peccato sociale. Una società bombardata ogni giorno da messaggi aperti o sublimali che vede serie alterazioni nel suo spirito, fino a raggiungere le forme pronunciate di una malattia dello spirito, è quanto più ci preoccupa per quanto riguarda la sorte delle persone umane, di quelle più fragili, che hanno sete di verità, di ragioni per vivere, per emergere dalla propria tragedia.

Dobbiamo prendere in considerazione due concezioni complementari sul significato di *peccato originale* presenti nell'esortazione apostolica *Reconciliatio et Poenitentia*. La prima fa riferimento alla solidarietà umana, così misteriosa e impercettibile e così reale e concreta, del peccato originale. Si può parlare di una “comunione nel peccato” per cui “un'anima degradata dal peccato, degrada anche la Chiesa e, in qualche modo, il mondo intero. In altri termini, non c'è nessun peccato, anche il più intimo e segreto, il più strettamente individuale, che riguardi esclusivamente colui che lo commette” (Cfr. n. 16). Potremmo parlare di forza espansiva, come di una esplosione del peccato, che polverizza le relazioni dell'uomo e manda in rovina la società e, in essa, le persone. Il secondo aspetto riguarda la qualifica di sociale in quanto tende all'aggressione diretta del prossimo. Sta a significare i peccati contro la giustizia, contro la comunità. Nel caso dell'aggressione contro i diritti della persona umana, incominciando dal diritto alla vita, senza escludere quello del nascituro, oppure ogni peccato contro il bene comune, o il peccato di commissione od omissione da parte di dirigenti politici, economisti, ecc. Altre concezioni potrebbero avere minore interesse per quanto concerne queste rifles-

sioni (cfr. *RP* n. 16).

Il peccato sociale può essere vincolato più o meno espressamente e passare attraverso una considerazione di carattere antropologico. Non si tratta soltanto dei severi condizionamenti di cui soffre l'individuo in una società dove l'ossigeno è rarefatto bensì, e questo è ancora peggio, fa riferimento ad un tipo di concezione dell'uomo che lo degrada. È una concezione che genera una specie di “anima”. È il dramma del nostro tempo in cui nell'erosione morale e nella confusione concettuale si diffondono impostazioni che distruggono l'uomo. Non è soltanto una posizione errata ma l'apologia e la diffusione dell'errore come se si trattasse di verità. È, per così dire, il vuoto difeso, il disordine e il degrado che passano come conquiste di libertà. Stando così le cose, ci troviamo di fronte ad una società malata che non soltanto non educa ma si disintegra, che non permette alla famiglia di adempiere la sua funzione essenziale. Si arriva ad un pluralismo impositivo in cui si protesta perché viene denunciata una determinata situazione. Se Cipriano denunciava già a suo tempo che ci sono crimini che, quando sono perpetrati dallo Stato passano come virtù (cfr. *De Unitate Ecclesiae*), nella *Evangelium Vitae* si denuncia che nelle leggi inique i delitti sono assunti come diritti. In questo caso la malattia sociale è ancora più pericolosa e rovinosa per la società e per lo stesso individuo, perché equivale ad un sotterramento sistematico dei valori senza i quali è impossibile costruire le persone nella dimensione di un vero umanesimo ed edificare la società. In questi casi la “civiltà dell'amore” diventa un semplice ideale, perché sono state messe delle bombe a tempo per scardinare la persona umana. Non è forse questa una situazione disastrosa, come un'onda che sradica, confonde e disturba l'uomo? Penso che tutto ciò non può non avere un'incidenza quando parliamo del vuoto della società.

Uno speciale capitolo di at-

tenzione meriterebbe tutto ciò che concerne la relazione tra Stato e Famiglia, affinché la famiglia sia non soltanto rispettata ma aiutata nel suo compito formativo. Quando, attraverso la cospirazione dei mezzi di comunicazione, si attenta contro la cosiddetta "ecologia umana", si mettono le fondamenta per il pericoloso aumento della fuga nella droga da parte di persone che non soltanto hanno avuto un vuoto, ma che sono state disturbate nell'impostazione della vita da una cultura disgregante conosciuta come "cultura della morte".

Conclusione

In riferimento a questa preoccupazione antropologica, nell'iter del figlio che ritorna alla casa del Padre, è necessario recuperare alcune verità che rendono possibile l'interiorizzazione dell'uomo, quel-

l'alzarsi in piedi per intraprendere la strada di ritorno, il cammino di libertà che nella parabola acquista la qualifica di una "risurrezione". Colui che era morto è tornato alla vita. Questa risurrezione è possibile perché l'uomo recupera la sua dignità nello stesso momento in cui si incontra con Dio e, in Lui, con se stesso. Perciò questa risurrezione diventa il passaggio dalla disperazione alla speranza.

Ed è in questo impegno che la Chiesa deve occupare un posto preminente, ragione per la quale siamo qui riuniti.

Pertanto, in queste semplici riflessioni, più che insistere sui doveri della società organizzata, dello Stato, di fronte al delitto del narcotraffico o di ricordare gli aiuti che si devono offrire alle istituzioni che si dedicano a liberare i ragazzi dalla droga, vorrei lanciare un appello a favore di una conversione sociale alla dignità dell'uomo. Bisogna chiedere che

il permissivismo comodo ma distruttore dei governanti e dei legislatori non venga adoperato come strumento per aggravare i problemi. La conversione sociale corre di pari passo con una conversione della famiglia verso ciò che costituisce il progetto di Dio. Soltanto pochi giorni fa, nel Convegno Mondiale di Rio de Janeiro, il Santo Padre, in una bellissima improvvisazione si è riferito all'architettura divina, impressionante, di Rio de Janeiro, e alla sua architettura umana. Tutto ciò riguardava la famiglia che è anche, e soprattutto, architettura di Dio e dell'uomo. L'armonia di questa architettura è quella che permetterà lo sviluppo armonico dei figli, di modo che crescano in umanità e non diventino vittime dell'inferno della droga.

Card. ALFONSO LOPEZ
TRUJILLO
*Presidente del Pontificio
Consiglio per la Famiglia*



Aspetti medici della droga

Definizioni, droga e malattia, riflessioni etiche

Questa relazione inizia con un breve compendio di definizioni e puntualizzazioni. Qualcuno le potrà trovare inutili o noiose, ma è mia impressione che i contrasti d'opinione siano spesso causati da malintesi d'ordine lessicale o semiologico, più che da ragioni sostanziali. È, quindi, sembrato utile riportarle. Per evitare incertezze, sono state ricavate da trattati di farmacologia e da documenti dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS, 1973 e 1991), sulla cui autorevolezza non dovrebbero sussistere dubbi. Sia qui che in seguito, inoltre, ho attinto ad un mio libro (Silvestrini, 1995), nel quale è stato possibile esporre molte nozioni di base sulla droga più dettagliatamente di quanto sia consentito dallo spazio, necessariamente limitato, di una relazione.

Sgombrato il campo da questa possibile causa di divergenze e malintesi, nella seconda parte si è cercato di attirare l'attenzione su alcuni aspetti medici della droga tuttora sottovalutati o ignorati. Lo si è fatto riprendendo il filo di un ragionamento che ho già avuto l'onore di esporre in occasione d'altre conferenze di questo Pontificio Consiglio (Silvestrini, 1992 e 1997). Nella terza parte questi stessi aspetti sono brevemente ripresi, in una chiave di lettura sostanzialmente etica.

Definizioni e puntualizzazioni

Sono definiti droghe, o sostanze d'abuso, *i composti naturali e di sintesi dotati d'effetti mentali piacevoli, desiderabili e talvolta perfino utili, ma associati a rischi d'abuso, di tossicodipendenza, di tolleranza e d'altre conseguenze negative sul piano individuale*

e sociale. Le droghe hanno, quindi, due caratteristiche distintive. Da un lato influenzano i processi mentali, quelli che danno coscienza di sé e del mondo, contribuendo così a determinare i comportamenti, in maniera "piacevole, desiderabile e talvolta perfino utile". Questa prima caratteristica rappresenta una delle principali motivazioni del loro impiego. Dall'altro lato esse comportano diversi rischi e danni, che le rendono temibili e pericolose. Su questi aspetti di fondo non mi soffermo, ritenendoli noti a tutti, se non per quanto riguarda la tossicodipendenza, sulla quale conviene fare chiarezza.

È così definito *il bisogno irrefrenabile e cosciente, che si manifesta generalmente dopo più assunzioni, di assumere una droga non più solo per riprodurre gli effetti iniziali, ma per evitare i disturbi causati dalla sua mancanza e per mantenere uno stato accettabile di benessere fisico e psichico*". È un fenomeno temuto, continuamente citato a dimostrazione della pericolosità della droga, ma poco conosciuto. Nonostante le sue drammatiche conseguenze negative, la tossicodipendenza è espressione dell'omeostasi, un meccanismo difensivo che è alla base della vita in tutte le sue manifestazioni, anche le più elementari. Questa capacità consente di salvaguardare il proprio stato interiore mediante adattamenti funzionali, o fisiologici, atti a neutralizzare tutto ciò che tende a turbarlo. Per esempio, se la temperatura si alza troppo, l'organismo la riduce disperdendo il calore in eccesso mediante la sudorazione e la vasodilatazione periferica; se invece si abbassa, gli aggiustamenti sono di segno opposto.

Lo stesso succede con le droghe. La loro caratteristica fondamentale, quella che le

unifica di là dalle loro proprietà distintive individuali, è di liberare la mente dai vincoli che ci mantengono sul terreno forse angusto, ma ben collaudato e sicuro, dei comportamenti normali. Ne deriva un senso di piacere; di liberazione dalla sofferenza fisica e mentale, di forza e di fiducia, d'evasione dalla realtà, ma anche un rischio di abbandonarsi supinamente al corso degli eventi, di sopravvalutare le proprie forze, di perdere il controllo di sé. L'organismo avverte questo pericolo ed attiva le misure atte a neutralizzarlo. Lo fa in maniera e misura diversa secondo gli effetti esercitati da ciascuna classe di droghe.

Gli oppiacei calmano, rasserenano, attenuano la sofferenza fisica e mentale. Questi cambiamenti sono contrastati con aggiustamenti di segno opposto: ipereccitabilità contro la sedazione, ipersensibilità alla sofferenza contro l'analgesia e così via. La cocaina e gli anfetaminici stimolano, eccitano, procurano una sensazione di forza e potenza. Ecco allora che l'organismo rallenta e deprime i corrispondenti processi mentali. Questi aggiustamenti omeostatici non sono avvertiti finché la droga li controbilancia. La loro presenza è dimostrata dal fatto che, con il progredire della tossicodipendenza, l'organismo diventa sempre più resistente alla droga. Si instaura, cioè, il fenomeno noto come tolleranza. Un caso tipico è quello dell'eroina. All'inizio i suoi effetti si manifestano con pochi milligrammi, ma col passare del tempo possono richiedere quantità fino a 100 volte più elevate.

Attraverso queste reazioni omeostatiche l'organismo recupera il proprio stato funzionale, ma come abbiamo appena visto lo fa attraverso aggiusta-

menti che devono essere controbilanciati, per conseguire l'effetto desiderato, da una forza di segno opposto. In altre parole, raggiunge uno stato d'equilibrio nuovo, diverso da quello iniziale, che per essere mantenuto richiede la presenza della droga. Se quest'ultima manca subentra la crisi d'astinenza, durante la quale l'aggiustamento funzionale dell'organismo non è più controbilanciato e, quindi, viene allo scoperto. Con l'eroina subentra uno stato d'iperexcitabilità ed iperalgesia, con la cocaina di prostazione. Ci troviamo, quindi, di fronte a misure difensive che, paradossalmente, finiscono col generare uno stato di schiavitù a quello stesso agente contro il quale esse si attivano.

L'intensità della risposta omeostatica che genera la tossicodipendenza è diversa da droga a droga. È massima con gli oppiacei, che agiscono su un meccanismo indispensabile per la sopravvivenza, rappresentato dal segnale d'allarme insito nel dolore fisico e mentale. È intermedia con gli psicostimolanti, attivi su processi mentali che l'organismo è abituato a lasciare oscillare abbastanza liberamente nei due sensi. È praticamente assente con gli allucinogeni, il cui punto d'attacco non è soggetto ad alcun controllo rigido: per capirlo basta pensare al sogno, durante il quale la mente vaga fisiologicamente, senza costrizioni di sorta, svincolandosi dalla realtà circostante.

Ne derivano due corollari, che chiunque parli di droga non può ignorare. Primo, la tossicodipendenza non è una connotazione necessaria della droga. Secondo, le droghe che la danno sono le più temibili sotto certi aspetti, ma lo sono meno sotto altri: lo sono di più perché rendono schiavi e spingono ai peggiori crimini per soddisfare il bisogno compulsivo di assumerle; lo sono di meno perché evocano un meccanismo difensivo che contrasta gli effetti diretti della droga, inclusi quelli nocivi. Ecco perché, a parità d'altre condizioni, uccidono più la cocaina e gli allucinogeni, che l'eroina.

Per inciso, mentre il termine

tossicomania è usato per indicare tutte le forme di pulsione all'assunzione di droghe, incluse quelle che non comportano tossicodipendenza, quest'ultimo designa solo quelle che la comportano.

Un'ultima precisazione riguarda l'appartenenza delle droghe alla più ampia famiglia dei farmaci, termine che designa *"tutte le sostanze naturali e di sintesi che, introdotte in un organismo vivente, possono modificarne una o più funzioni"* (OMS, 1973). La qualità di questa modifica, chiamata "effetto farmacologico", non dipende tanto dalle caratteristiche intrinseche del farmaco, quanto piuttosto dalla dose e dalle modalità d'impiego. Per esempio, l'insulina è un antidiabetico, ma a dosi elevate è un veleno mortale. Viceversa, la tossina botulinica è un potente veleno, ma se usata in maniera appropriata diventa un medicinale. La proprietà fondamentale degli agenti anticolinesterasici li trasforma in medicinali, insetticidi, veleni o armi biologiche secondo come sono usati. In altre parole, un farmaco è come un coltello, che può uccidere, ma serve anche per affettare il pane.

Questo principio vale anche per le droghe e comporta un importante postulato. Le droghe non sono tali di per se stesse, ma in relazione all'uso che ne è fatto. Per esempio, la morfina in alcune circostanze lo è, ma quando è impiegata in una grave condizione dolorosa, nell'infarto o nell'edema polmonare acuto cessa di esserlo, per trasformarsi in un medicinale. Riprenderemo questo concetto più avanti, a proposito dell'atteggiamento assunto dalla Chiesa Cattolica.

Sono concetti semplici, addirittura per qualcuno elementari, ma spero che il lettore ora convenga con me che è stato utile ribadirli.

Aspetti medici della droga

La frequente presenza nei tossicomani di gravi disturbi mentali, soprattutto di tipo depressivo, schizofrenico, fobico, ossessivo e maniacale, è

ampiamente documentata (in proposito si veda Silvestrini, 1995). Stabilire se e quando questi disturbi precedano o seguano l'assunzione di una droga non è facile. Nel primo caso essi possono fungere da fattore predisponente, perché un malato mentale è facile preda dello spacciatore. Inoltre, egli può rifugiarsi nella droga cercandovi istintivamente un sollievo al proprio disagio. In effetti, non sbaglia, anche se alla lunga il rimedio si rivela peggiore del disturbo cui intendeva dare sollievo. Già Bleuler (1924), uno dei padri della psichiatria moderna, aveva riconosciuto e riportato nel suo trattato fondamentale l'azione antidepressiva della morfina. Nel secondo caso i disturbi mentali sono la conseguenza dell'azione devastante che molte droghe hanno sull'organismo. Un'azione devastante che, per i motivi citati nel paragrafo precedente, è particolarmente spiccata con le droghe che non danno tossicodipendenza. Quello che qui interessa, tuttavia, non è tanto di stabilire se il disturbo mentale apre la porta alla tossicomania o sia la sua conseguenza, quanto piuttosto di sottolineare un dato di grande rilevanza pratica, oltre che teorica: l'esistenza di due diversi tipi di tossicomania, quella semplice e quella complicata.

Il **tossicomane semplice** è spinto alla droga da motivi esterni, contingenti, di ordine ambientale, sociale o culturale. La sua personalità, tuttavia, può rimanere a lungo integra. La disassuefazione, di conseguenza, ha effetti risolutivi, purché sia attuata prima che la droga abbia prodotto danni irreparabili e siano eliminati i fattori contingenti che l'hanno innescata. Nel **tossicomane complicato** i problemi della droga sono sovrastati da disturbi di natura diversa, talvolta mentali talvolta somatici. La disassuefazione, quindi, non solo può non essere risolutiva, ma in qualche caso è inopportuna. Lo si capisce facilmente nel caso di un male incurabile, come un tumore, che richieda la somministrazione di morfina per alleviare le sofferenze che lo accompagnano. Lo si capi-

sce meno nel caso di una grave forma depressiva, nella quale il ricorso alla droga può rappresentare, come abbiamo ricordato in precedenza, una sorta di automedicazione. Anche questa, tuttavia, è una malattia, anche qui la sofferenza mentale può raggiungere livelli intollerabili, al punto di spingere al suicidio. La differenza rispetto al tumore sta nel fatto che la depressione oggi può essere curata diversamente, con la psicoterapia o con i farmaci antidepressivi. Sarebbe, ciononostante, un grave errore ritenere che, nel caso di una tossicomania complicata da una grave forma depressiva, la disassuefazione possa essere da sola una misura risolutiva: al contrario, può sfociare in una crisi dalle conseguenze drammatiche, come il suicidio. Ecco perché è così importante saper riconoscere questa particolare forma di tossicomania e trattarla in maniera appropriata.

Passiamo ora alla tossicodipendenza. La sua valenza medica è implicata nella definizione precedentemente riportata. Per comodità del lettore la riproponiamo nei suoi termini essenziali: *“la tossicodipendenza consiste nell’incapacità di mantenere uno stato accettabile di benessere fisico e mentale senza il ricorso alla droga”*. È quindi un’infermità, una malattia causata da uno squilibrio funzionale che trova nella droga l’elemento equilibratore. Quando questo elemento viene a mancare, allora interviene la crisi d’astinenza, con il suo drammatico corredo di sintomi che, se non con gli oppiacei, con altre droghe può addirittura portare al decesso. Sotto quest’aspetto la tossicodipendenza non è diversa dal diabete causato dalla mancanza d’insulina. È vero che, a differenza di quest’ultima malattia, la tossicodipendenza è stesso imputabile ad una colpa iniziale di chi ne è affetto, ma sul piano medico questo non fa differenza. Altrimenti noi dovremmo negare la qualifica di malato a chiunque lo sia per propria colpa: alla vittima di un incidente automobilistico dovuto ad una sua imprudenza, al canceroso che debba la propria infermità al vizio del

fumo e così via. Questo non è, evidentemente, lecito.

Accettare la componente medica di alcune tossicomanie e della tossicodipendenza non significa abbassare il livello di guardia. Al contrario, consente di combattere la droga in maniera più mirata e, quindi, più efficace. Di affrontare diversamente le tossicomanie semplici e quelle complicate. Di puntare con le prime, innanzi tutto, sull’informazione, sull’educazione, sui valori della solidarietà individuale e sociale. Di concentrarsi, con le seconde, sulla malattia che le accompagna. In entrambi i casi occorre puntare alla disintossicazione, ma sapendo che la sua efficacia cambia secondo la patologia sottostante. Ci sono, tuttavia, delle forme di tossicodipendenza estremamente resistenti a qualunque tipo di intervento. Chi lo nega dovrebbe riflettere su quanto sia faticoso per qualcuno liberarsi dal vizio del fumo, che pure è una forma di tossicodipendenza mille volte più blanda di quella all’eroina. Che cosa fare, in queste particolari e specifiche circostanze? È lecito prendere in considerazione, come rimedio estremo, la medicalizzazione della droga? Non per abbattere la criminalità alimentata dal commercio clandestino della droga, ma per consentire un’esistenza dignitosa e relativamente normale a chi non riesce a sottrarsi a questa schiavitù.

Su questo problema è da tempo in corso un acceso dibattito. In occasione di una precedente Conferenza di questo Consiglio io mi sono espresso in questi termini: *“Quando la disassuefazione non ha successo, alcuni ritengono che la somministrazione rigidamente controllata della droga sia preferibile ai danni, medici e sociali insieme, collegati al suo commercio clandestino”* (Silvestrini, 1992). Ho poi ribadito quest’opinione, facendola mia, nel libro precedentemente citato (Silvestrini, 1995). Per contro, sono perfettamente consapevole delle difficoltà pratiche che la medicalizzazione comporta e del fatto che la sua portata è, comunque limitata. In sintesi,

l’argomento è troppo complesso, troppo carico di sofferenze e di drammi sociali ed individuali, perché lo si possa affrontare rigidamente, arroccandosi su posizioni rigidamente contrapposte. Forse sbaglio, ma a me sembra che nella sua saggezza anche la Chiesa mantenga una posizione d’apertura, là dove nel Catechismo parla esplicitamente di *prescrizioni strettamente terapeutiche* della droga. Questa dizione non dovrebbe riferirsi agli impieghi medici dei principi attivi della droga, come quello della morfina nel dolore, perché in questi casi la droga diventa un medicinale. L’ho spiegato nella prima parte di questo intervento. È, quindi, un problema aperto, che merita un ulteriore approfondimento senza preclusioni di sorta.

Riflessioni etiche

La droga ha molti punti di contatto con il suicidio. Entrambi configurano una fuga dalla vita, realizzata nel primo caso affidandosi a strumenti illusori, che alla lunga aggravano le difficoltà anziché alleviarle, nel secondo sopprimendo volontariamente la propria persona. Entrambi, di conseguenza, sono fermamente condannati dalla Chiesa. Ecco come essa si esprime, nel suo Catechismo, sul suicidio:

Ciascuno è responsabile della propria vita davanti a Dio che gliel’ha donata. È lui che ne rimane il sovrano Padrone. Noi siamo tenuti a riceverla con riconoscenza e a preservarla per il suo onore e per la salvezza delle nostre anime. Siamo gli amministratori, non i proprietari della vita che Dio ci ha affidato. Non ne disponiamo.

Il suicidio contraddice la naturale inclinazione dell’essere umano a conservare e a perpetuare la propria vita. Esso è gravemente contrario al giusto amore di sé. Al tempo stesso è un’offesa all’amore del prossimo, perché spezza ingiustamente i legami di solidarietà con la società familiare, nazionale e umana, nei confronti della quale abbiamo

degli obblighi. Il suicidio è contrario all'amore del Dio vivente.

Se è commesso con l'intenzione che serva da esempio, soprattutto per i giovani, il suicidio si carica anche della gravità dello scandalo. La cooperazione volontaria al suicidio è contraria alla legge morale.

Gravi disturbi psichici, l'angoscia o il timore grave della prova, della sofferenza o della tortura possono attenuare la responsabilità del suicida.

Non si deve disperare della salvezza eterna delle persone che si sono dato la morte. 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 tentato alla loro vita.

Il riconoscimento della malattia e di altri fattori che attenuano la colpa del suicida è qui ormai esplicito, ma è anche un'ammissione relativa-

mente recente, frutto di un percorso lungo e sofferto.

Ecco, invece, come è formulato il giudizio sulla droga:

L'uso della droga causa gravissimi danni alla salute e alla vita umana. Esclusi i casi di prescrizioni strettamente terapeutiche, costituisce una colpa grave. La produzione clandestina di droghe e il loro traffico sono pratiche scandalose; costituiscono una cooperazione diretta, dal momento che spingono a pratiche gravemente contrarie alla legge morale.

Salvo la menzione delle prescrizioni strettamente terapeutiche, la cui interpretazione è peraltro dubbia, qui siamo ancora lontani dal riconoscimento della componente medica delle tossicomanie, nonostante essa sia ampiamente documentata, altrettanto o forse ancora di più che nel caso del suicidio. All'approfondimento di questi aspetti io ritengo che ciascuno debba dare un suo apporto, nell'ambito delle sue

competenze specifiche. Io ho qui inteso portare il mio modesto contributo.

Prof. BRUNO SILVESTRINI

*Direttore dell'Istituto di Farmacologia e Farmacognosia dell'Università "La Sapienza" di Roma,
Consulente del Pontificio Consiglio della Pastorale per gli Operatori Sanitari,
Membro del Comitato Nazionale per la Bioetica*

Bibliografia

BLEULER E., *Textbook of psychiatry*, McMillan, New York, 1924.

OMS, *Rapp. techn.*, 1973, 561; 9-10.

OMS, *Responding to drug and alcohol problems in the community. Annex 1. Commonly abused substances*. A cura di Grant M. e Hodgson R., Ginevra, 1991.

SILVESTRINI B., *Gli psicofarmaci: da uso terapeutico a rischio d'abuso*. Dolentium Hominum, 1992, 19: 92-96.

SILVESTRINI B., *Malati di droga*, Sperling & Kupfer Ed., Milano, 1995.

SILVESTRINI B., *Le aberrazioni nell'ordine naturale delle cose*. Dolentium Hominum, 1997, 34: 77-80.



1. Il problema della droga – la cui complessità, specie in riferimento allo “sviluppo della persona umana” che si pone come *compito fondamentale di uno Stato moderno* (cfr., art. 3, cpv., Cost. it.), chiama in causa il senso stesso del Vivere in una *società ad alto rischio*, per il lacerarsi del suo tessuto connettivo fatto di valori; e che induce a ritenere forse non del tutto assimilata dall'uomo d'oggi la *lezione di questo secolo*, la cui storia è anche di orrori di guerre e di stermini impensabili nel cuore del genere umano – è stato esaminato, da tante menti attente, nel proteiforme volto delle sue molteplici dimensioni. Sono stati così colti differenti momenti di un mondo costellato di insidie, di solitudini, di angosce, di disfatte, di morte. E non sono mancate del resto, in una prospettiva o nell'altra, sempre però in riferimento alle *conseguenze in ogni caso devastanti della droga*, le analisi riferite ad auspicabili interventi normativi o ad altri possibili rimedi, e dunque a strumenti di lotta realmente adeguati allo scopo di vedere magari non debellato ma almeno circoscritto un così grave malessere, che sarebbe d'altronde incongruo considerare più forte di un serio, effettivo *impegno dell'uomo, per l'uomo*.

Studi e ricerche ad ampio respiro culturale dunque, o rapporti di “Commissioni di inchiesta”, specie in passato, chiamate al lavoro in ogni parte del mondo hanno contribuito a una determinazione del significato (simbolico o no) dell'assunzione di stupefacenti, e di ciascuna delle varie sostanze, specialmente da parte dei giovani. E si è dovuto così prendere atto che malessere, emarginazione, degrado e autodistruzione si associano di solito all'uso degli psicotropi; che, d'altro lato, la pena e il

suo deterrente non riuscirebbero certamente a scongiurarlo o a eliminarlo: perché vuoti o disagi o altre sofferenze psichiche; assenze o latitanze o lontananze; privazioni o ritardi affettivi o di diversa indole relazionale non potrebbero rappresentare lacune colmabili, o presenze suscettibili di essere rimpiazzate attraverso l'ulteriore più cupa *solitudine della prigionia*, come appunto accadrebbe nel caso di restrizione della libertà personale: in esecuzione di una pena, o anche per custodia cautelare. Voler contrastare infatti la dipendenza, o meglio: *la schiavitù nei confronti della droga* attraverso l'altra *cattività*, della detenzione, potrebbe appartenere all'idea non recente del “vice model”, del comportamento riprovevole e meritevole pertanto di un castigo; ma *non* segnerebbe certo un *percorso razionale* in direzione di un recupero della salute fisica e psichica del tossicodipendente, e di un suo reinserimento nel vivo della società.

Scongiurare invece l'ingresso nel circuito della droga è compito sicuro, si viene dicendo ormai da ogni parte, di una avvertita *prevenzione generale sociale*. E a ragione si insiste su indispensabili e adeguati aiuti da parte dell'informazione; e di una mirata disincentivazione ad opera di tutte le agenzie sociali, specie di quelle più vicine alla vita dei giovani, in particolare di coloro tra questi cui la mancanza di un amore effettivo, nel seno di una famiglia vera, impedisce di vedersi quando necessario (ad es., nel momento più delicato dell'adolescenza) integrati in una realizzazione progressiva e adeguata della propria personalità, sul piano individuale e sociale.

Accade ancor oggi di sentir dire di una “cultura della droga”, che potrebbe voler coprire

in qualche modo un altro grave problema, quello della “industria della droga”. Un intreccio perverso, addirittura una collusione potrebbe stabilirsi infatti tra chi è preposto a combattere contro la droga e chi è sul mercato, a immettervi – specie attraverso i piccoli spacciatori – il quantitativo della medesima corrispondente al proprio più elevato profitto – noncurante, neanche a dirlo, dei ben noti e non remoti *danni o pericoli per la vita o la salute* degli acquirenti.

Una così inquietante e diffusa realtà umana, personale e sociale, ha chiesto allora ai legislatori di tutto il mondo un supplemento di impegno: per far fronte alle tante sottili insidie della droga in sé, e anche di quell'universo umano che opera ai margini di una società cui il benessere, l'opulenza toglie gran parte dell'attenzione altrimenti dovuta alle attuali povertà: di devianza, di degrado, di sfruttamento, di corruzioni di varia indole.

È accaduto d'altra parte che più di un legislatore – pur dichiaratosi compreso delle situazioni di persone già preda o appena iniziate alla droga, e bisognose dunque di cura: per essere se possibile divezzate da essa, e non invece, o non anche di una pena per essere distolti dal reato: epifenomeno, questo, della realtà stessa della droga – ha finito per secondare tuttavia il “bisogno di pena”, assai diffuso fra i cittadini, specie oggi a giusta ragione dappertutto spazientiti nel constatare ogni giorno dilatato il numero delle persone che, ormai nella rete della droga, al fine di procurarsene la “dose” loro necessaria vengono a commettere delitti anche gravi e violenti, e dunque ancor meno tollerabili.

Ed è accaduto pure che legislatori, pronti (nell'intimo) a favorire le perentorie ragioni

del lucro di singoli o di gruppi dediti alla produzione o al traffico di stupefacenti, hanno comminato pene relativamente (magari per effetto di circostanze) blande per simili fatti, senza tralasciare del resto il ricorso a fisionomie sfumate delle fattispecie ipotizzate: allo scopo di consentire al magistrato la più ampia discrezione nel ricondurre la fattispecie concreta a quella legale. Una svalutazione, nella sostanza, del principio di legalità, che è poi la caduta della stessa garanzia del diritto penale.

Una politica criminale correlata alla complessità qui in qualche modo accennata del fenomeno droga, capace di tradurre in termini operativi la (consapevole) *responsabilità dell'affrancazione dell'uomo da un'autentica schiavitù* (più perfida perché dal volto benevolo nella debolezza; dall'approccio forte, e non meno suadente quando il laccio è negli ideologismi), ha certo bisogno di una robusta *tensione solidale* in ragione di un'adeguata cura e riabilitazione delle vittime; ma deve sentirsi in pari misura impegnata in una *lotta intelligente e seria* nei confronti di coloro che col narcotraffico, in vista di un lucro, non esitano ad abbattere *fondamentali diritti umani*: la vita e la salute del prossimo.

2. Spietata quanto tentacolare; refrattaria a ogni dissuasivo, la criminalità impegnata nella produzione e nel traffico di stupefacenti, articolata di solito in associazioni a ruolo aperto, a rischio elevato ma assai ben remunerato, si deve dire non aver mai nascosto il proprio autentico volto alla comunità degli Stati. La quale, da quando ha percepito *l'enorme potenziale offensivo* verso interessi vitali dell'uomo in mano a tale criminalità, ottennebrata (e come diversamente?) da un *animus lucri facienti* in progressione, per effetto di un moltiplicatore di riscontro "impazzito", ha cercato, almeno in un primo momento, di impegnare ciascuno Stato nella "lotta contro il flagello della droga".

Ben presto tuttavia la stessa comunità ha dovuto acquisire

consapevolezza della necessaria unità del proprio compito e impegno, e perciò di una strategia coordinata in un fronte dinamico comune contro il narcotraffico divenuto subito oltre che esteso nel mondo intero, già in qualche modo organizzato, e specie nel vertice. Ma, quale in concreto la risposta a questa offensiva tanto determinata, e intensa? A parte invero gli appelli (e gli orpelli), si può forse dire, nemmeno una attenta riflessione sulla esigenza di una lotta seria, — razionale, e unitaria — contro la droga.

Col Trattato di New York, del 30 marzo 1961 (emendato col Protocollo di Ginevra, 25 marzo 1972), gli Stati si obbligarono tuttavia non solo a "disporre la limitazione dell'uso degli stupefacenti a scopi medici e scientifici", ma anche (e questo merita rilievo) "a prendere in particolare considerazione misure intese ad agevolare la cura dei tossicodipendenti di cui favorire quindi un effettivo recupero sociale" (art. 38). La promozione della salute, così, è divenuta espressione di una prospettiva più ampia e diversa rispetto alla precedente, limitata a interventi punitivi: i soli allora ritenuti adeguati anche a un'efficace prevenzione.

Rientra invece nell'assai ristretta se non carente sensibilità all'esigenza di un fronte unitario comune contro il narcotraffico la stessa valutazione del fenomeno nelle sue effettive dimensioni di criminogenesi. Nel documento si segnala infatti la mancanza di attenzione alla criminalità indotta, e persino alle lotte cruente fra bande per la conquista e la spartizione dei mercati; oltre un omesso sguardo all'ibrida (e tanto intricata) realtà dei piccoli spacciatori, autori e (insieme) vittime di reati, da contrastare con misure adeguate non solo ad alcuni degli scopi da perseguire.

Resta così da registrare una chiara timidezza in relazione all'*espansione criminali-capitalistica della droga*; contro la quale, evidente, non sarebbe dovuta mancare — già da allora, e da parte dell'intera comunità internazionale: con ricor-

so a interventi comuni — una netta presa di posizione, realmente antagonistica.

La Convenzione delle Nazioni Unite, perfezionata a Vienna il 20 dicembre 1988, pur tra qualche riconosciuta insufficienza, si segnala invece per l'accresciuta consapevolezza dell'enorme pericolosità della droga, sul piano individuale e sociale; negli effetti di criminogenesi diretta, e indiretta. E dunque, accanto a una chiara indicazione di politica socio-sanitaria in riferimento all'oscuro mondo del consumo di stupefacenti, vi si rinviene un'altrettanto nitido impegno da parte degli Stati a una legislazione improntata: all'obbligo di contrastare — col deterrente, e l'irrogazione della pena — la produzione e il traffico delle indicate sostanze; all'altro obbligo, di costituire il generale divieto di sostanze; all'altro obbligo, di costituire il generale divieto di acquisto e detenzione di stupefacenti, quand'anche finalizzati ad "uso personale"; e anche nel caso di "fatti considerati di natura minore": col particolare, in ipotesi del genere, della possibilità di vedere *affiancata o sostituita* alla sanzione una misura terapeutica o socio-riabilitativa.

L'estensione di questo trattato non solo alle centosei Nazioni sottoscrittrici, e il suo contenuto tanto ampio quanto particolareggiato avrebbero dovuto consentire agli Stati impegnati a dar seguito attraverso le rispettive legislazioni agli impegni assunti, di disporre (a dieci anni dall'accordo) di un sistema organico di interventi in ogni settore dell'intricata materia. E, invece, a parte ordinamenti inadeguati alle necessità di prevenzione, di cura e riabilitazione negli stati di tossicodipendenza, si deve registrare che i medesimi, o anche altri sistemi giuridici più evoluti sono privi di norme penali capaci di costituire un'effettiva risposta all'offensiva di una *criminalità* — quella dedita al narcotraffico — quasi sempre, meglio ribadirlo, *organizzata; poderosa*, grazie alle enormi risorse umane e materiali; *agguerrita*, perché sospinta dai profitti in sé elevati, e maggio-

rati dal corrispondere a un *proselitismo sempre più esteso*, e quindi a una *distribuzione sempre più capillare*.

Non soltanto però a causa dell'inadeguatezza dei diversi ordinamenti nazionali, specie in riferimento alle esigenze preventive e repressive, ma soprattutto in vista di una strategia corrispondente alle caratteristiche e al potenziale dell'indicata criminalità operante nel mondo intero; attesi peraltro gli alti valori in gioco, sarebbe stato forse necessario che a fronteggiare l'offensiva della "grande potenza droga" venisse a porsi tutta intera la comunità degli Stati, la stessa Organizzazione delle Nazioni Unite: col sostegno e l'impegno di ciascuno Stato, in modi e termini corrispondenti a un'*autentica lotta*, nel rispetto s'intende di garanzie personali effettive. Forse mai, come in occasione di un'eventuale simile presa di posizione, specie contro i grandi distributori, spacciatori di stupefacenti – i quali altrimenti ben difficilmente incorrerebbero nelle sanzioni fissate dagli Stati: pure severe, e tuttavia così difficili da irrogare, e più ancora da far scontare –, *l'intera Umanità* avrebbe potuto vedere effettivamente protetti *valori fondamentali e universali*: diversamente di tutt'altro che agevole tutela.

3. "*Ultra vires suas*" si potrebbe dire dunque dell'impegno di ciascuno Stato contro la *grande criminalità del narcotraffico*! E occorre aggiungere che di fronte all'assai diffusa giusta inquietudine di chi è colpito dalla macro o microcriminalità indotta dal consumo di stupefacenti, e denuncia l'incompatibile inerzia dello Stato, il *potere legislativo* (è eloquente in questo senso l'esperienza italiana) non esita talvolta a *devolvere al giudiziario* o, attraverso il *referendum* e nonostante la complessità di ogni profilo della materia, allo stesso *Popolo* il compito di adottare una determinazione di disciplina in apice, specialmente quanto ai casi-limite, per i quali (al di là di molte altre riserve) più consistente diviene certo la respon-

sabilità politica. In questo modo però, lo Stato, più che la propria intrinseca debolezza, dimostra una smaccante inconsistenza. Non è in grado di garantire infatti la certezza del diritto, e perciò la sicura, effettiva tutela dei fondamentali interessi giudiziari, individuali e sociali.

Quanto mai robusto, è vero, si presenta in questi casi l'attacco; ma per questo ancora di più intelligente e seria dovrebbe dimostrarsi la risposta dello Stato; il quale tuttavia dovrebbe non metter mano immediatamente all'arma (a doppio taglio) della pena, atteso che essa non può non costituire la



extrema ratio della politica criminale: accanto a diverse altre misure, in una linea comunque di umana proporzione, e di rispondenza a effettive esigenze sociali.

Nella ribadita convinzione, allora, di un'indispensabile lotta da parte della Comunità delle Nazioni contro un *crimen juris gentium* – il narcotraffico – altrimenti troppo difficile da debellare, rimane urgente d'altro lato il compito della politica del diritto di ogni Stato, di porsi alla ricerca, nell'ambito degli spazi che l'ordinamento lascia disponibili, di misure razionali adeguate se non all'esclusione, a una riduzione entro limiti di tollerabilità dei gravi effetti sul piano personale e sociale che la produzione, il traffico, la detenzione, e lo stesso consumo degli stupefacenti comportano. Disumano e lacerante si presenta infatti alla sensibilità di tutti l'avanzare, anziché il regredire di una realtà *ad alto rischio*, com'è del fenomeno

in sé, e di sue diverse e peculiari espressioni: ad esempio, dei *decessi per overdose*, il cui numero si vede essere ogni anno e dappertutto crescente.

Come mai, ci si domanda, questo enorme sacrificio di vite umane, che non si può ritenere collegato, se non come causa immediata soltanto, a un'errata concentrazione di principio attivo di eroina nelle "dosi"? I vertici delle associazioni criminali, è da constatare, mantengono l'occhio sempre attento allo scacchiere di influenza e di espansione sul *mercato*; nessuna esitazione pertanto, all'occorrenza, ad accaparramenti sanguinari, o a spartizioni truculente di questo o quel settore di prodotto, all'egemonia imposta in questa o quella zona del territorio. Come immaginare allora che i medesimi esitino a fare ricorso all'*overdose* (oppure a un'*adulterazione* o una *commistione*, del pari tossiche, di sostanze) per la *strategia di mercato*: al solo scopo magari di tonificarlo o di deprimerlo mediante apporti quali-quantitativi di stupefacenti? Non basterebbe davvero il rischio di vita dell'assuntore della "dose" a paralizzare la progettata manovra; allo stesso modo come non sarebbe sufficiente la minaccia della pena.

Torna chiara dunque l'attività delle *associazioni criminali* che operano di solito a *livello internazionale*, il cui scopo è di ingigantire i propri già enormi ricavi del narcotraffico (se la resa della cocaina è di circa 1:200, ben dieci volte di più è quella dell'eroina), magari in vista di una pesante ipoteca su fattori o settori vitali dell'economia dello Stato, o della stessa organizzazione istituzionale politica o amministrativa.

Al cospetto di questa realtà viene allora ad agitarsi, non solo dinanzi al legislatore, l'alternativa di sempre, tra *proibizionismo* e *antiproibizionismo*; e a favore del secondo (a parte la pretesa *vindicatio libertatis*) gioca di certo la lunga lista di danni sociali che vengono imputati al primo. *Têtes de chapitre* della disputa (i cui risvolti ideologici debbono qualche volta intervenire a sollevarla

da cadute di vigore, per mancanza di interesse) rimangono poi la *depenalizzazione*; la *legalizzazione* (delle droghe “pesanti”), e la *liberalizzazione* (almeno delle droghe “leggere”).

E non manca “attenzione anche a nuove vedute criminologiche e terapeutiche, per iniziative non di liberalizzazione del commercio, ma della *somministrazione delle droghe sulla base di prescrizioni mediche*, inserita in programmi di assistenza per il reinserimento sociale dei tossicomani”. Una prospettiva, questa, che si segnala per la venatura di entusiasmo (e di ottimismo) associato talvolta a indicazioni che si direbbero “nuove”, se non si rivelassero poi tributarie di orientamenti i quali, pare, non proprio o non tanto la tutela della vita e della salute della persona hanno di mira, quanto piuttosto una ricerca di *quiete sociale*, che non ci si può sentire autorizzati a ricondurre al senso e al valore della legalità. L’ambiguità di una somministrazione legale di droghe pesanti d’altronde, sul piano logico, *non eget probatione* (non si contrasta il consumo illegale con l’uso legale quando il bene che si vuol proteggere è la salute); e, sul piano empirico, la “dose medica legale” potrebbe non essere soddisfacente, e così dare luogo a un “mercato clandestino parallelo”, i cui diversi profili negativi non è certo qui che debbono esser posti in rilievo.

L’opzione antiproibizionistica, comunque, aldilà di ogni altra controindicazione più o meno rilevante, per un’efficace attuazione esigerebbe una disciplina uniforme in sede internazionale; che attualmente le manca, dato che la Convenzione di Vienna ha optato per la soluzione opposta, sia pure temperata, per il consumatore, da misure riabilitative complementari, o sostitutive.

In realtà, a parte i fatti commessi sotto l’azione degli stupefacenti, l’interferenza addizionale, o cumulativa tra la criminalità e il consumo o il traffico dei medesimi scuote le prospettive di politica criminale che uno *Stato sociale di diritto* è impegnato a porre in at-

to. Indicazioni e controindicazioni si rincorrono: non fosse che per le stesse forti tensioni ideologico-politiche; e si direbbe non avere in mano, lo Stato, alcun mezzo adeguato allo scopo di tutela effettiva (non apparente soltanto) dei beni giuridici riferiti a ogni soggetto che qui è in gioco. Come spezzare, ad esempio, il *vinculum servitutis* così saldamente vivo nella persona del piccolo *spacciatore-consumatore*? E quale strategia di lotta efficace contro il narcotraffico quasi sempre intrecciato, come no, con questa o quella mafia; il cui straordinario potere economico è in grado di



corrompere le tenie della stessa architrave dello Stato?

4. Il *senso del vivere insieme* che dovrebbe costituire l’elemento vivificante della realtà dello Stato, e segnalarne peraltro i limiti che si rivelano necessari anche in una *prospettiva umana del Diritto*, esige quanto al traffico e al consumo di stupefacenti un riferimento costante: per denaro, o per una momentanea fuga dalla realtà: di solitudine o di frustrazione o di contrasti o comunque di disagio; i mercanti, o i consumatori di droga son pronti a veder sacrificata o messa a rischio la loro stessa vita o quella di altri, o la *salute* quale reale benessere fisico o psichico, proprio o altrui.

La percezione dei valori qui in gioco, ancor più nell’ottica di un effettivo rispetto dei “diritti umani”, consente allora di valutare tutte quante e intere le ragioni di un impegno, effettivo, di tutti – non dello Stato soltanto, attraverso il diritto –

a utilizzare ogni mezzo lecito adeguato a veder se non superato, almeno contenuto perché quanto più possibile prevenuto nel suo terribile disumano avanzare, il lacerante fenomeno della droga.

A *rischio* tuttavia, meglio ribadirlo, è anche lo *Stato* nei suoi gangli vitali. Sul mercato della droga infatti è all’opera di solito una criminalità così bene organizzata da superare, se occorra col sangue, quasi ogni ostacolo le venga opposto. Bande rivali, senza esclusione di colpi, si contendono i profitti, ed anche i poteri di influenza. La *corruzione politica, e amministrativa* è il salvacredito per luoghi altrimenti inaccessibili, e per trovare illuminate zone oscure o in ombra. La stessa presenza in campo economico è agevolata, si sa quanto, dal possesso immediato delle *informazioni riservate*. E qui poi è più che mai fecondo l’intreccio di *usure, ricettazioni, riciclaggi, impieghi in attività economiche e finanziarie* di danaro, beni o altre utilità provenienti dal narcotraffico. Risorse, appena da immaginarlo, ingenti quanto mai, che non lasciano del resto non percorse le vie, più esposte ma non meno remunerative, degli *appalti di grandi opere o di servizi*, dove la concorrenza può essere esclusa da persuasori cui non occorrono né preamboli né perifrasi.

Il quadro si vede arricchito non proprio di particolari quando si osservi che anche il *commercio clandestino delle armi, il contrabbando di tabacchi, il giro della prostituzione* possono costituire attività o collaterali o finanziate dal narcotraffico. Il quale poi dispone di un vero esercito di soggetti impegnati a vario titolo nell’attività e di proselitismo e di distribuzione degli stupefacenti.

Il piccolo spacciatore, che opera di solito in cambio della dose giornaliera, viene reclutato dal medio-piccolo distributore. E deve assicurare che, studente o commesso o infermiere o militare o detenuto che egli sia, mai deve far mancare nell’ambiente in cui svolge la propria attività le dosi delle sostanze, di cui non man-

cherà di estendere quanto più possibile la diffusione, premiata in modo corrispondente.

Nella distribuzione si trovano impegnate una miriade di piccole imprese, per le quali il rischio (tranne quello economico) diviene assai elevato. L'incompetenza per territorio è sanzionata nel modo più severo; e la pretesa di rispetto dei confini di influenza è estesa anche alla pratica dell'usura, che rappresenta il luogo privilegiato di impiego dei cospicui profitti; per i quali tuttavia il moltiplicatore non è lasciato alla discrezione degli operatori. Mentre diversi itinerari per altre destinazioni nei tanti settori del commercio, e in quello immobiliare, tutti e sempre controllati, non vengono in genere ostacolati.

Stretti collaboratori di chi è impegnato nella distribuzione, a parte i piccoli spacciatori, specie in Occidente sono gli *immigrati*, e i *minori*. I primi, di solito refrattari al deterrente della pena detentiva (non casuale è la loro costante massiccia presenza nelle carceri), nello spaccio di droga investono o vengono a trovarsi nella necessità di investire il loro capitale umano. La pura sopravvivenza, o gli agi si profilano d'altronde, per costoro, come il risultato dell'impegno dimostrato nel volume degli affari in cui si saranno saputi includere o distinguere. Il finire, poi, in prigione è sì un rischio, coperto tuttavia nei suoi risvolti, e di difesa giudiziaria e di assistenza economica alla famiglia, da chi ha tratto utilità dalla loro collaborazione. Un modulo, ormai da più tempo in atto presso una manovalanza capace, su commissione, di crimini efferati; e anche nei confronti di taluni *minori*: essi pure tutt'altro che alieni dal prestarsi anche a uccidere, e a quanto pare meno inclini al "pentitismo" o a rendersi "collaboratori di giustizia"; assai attivi invece, pur a seconda del corrispettivo, a portare la droga "a domicilio del consumatore", o a collocarne le "dosi di gruppo" o "di strada"; soprattutto a "ravvivare la domanda se divenuta fiacca".

Il fatturato – criminale, ed economico – risentirebbe del-

l'inevitabile instabilità delle cifre. Forse però non è azzardato ritenere che al circa un terzo dell'intero numero di detenuti, nelle carceri italiane per reati di traffico e consumo di stupefacenti, fa riscontro, come si sostiene, una pari frazione dell'intero reddito che quasi ogni anno è attribuito all'attività criminale. Si vuole del resto che circa 240.000 siano al momento in Italia gli eroinomani; che il mercato dell'eroina sia di gran lunga il primo, e in costante espansione: seguito, nell'ordine, da quello della cocaina, della morfina, del LSD, dei derivati della cannabis, delle anfetami-



ne. Ora, è vero, l'Italia è luogo di importazione, raffinazione, distribuzione, passaggio, spedizione in transito di stupefacenti; e si dice anche centro della produzione di droghe sintetiche; ma la *criminalità del settore si segnala in aumento notevole in ogni parte del mondo*, e per questo determina le più consistenti, vive preoccupazioni in chiunque avverta il senso etico effettivo della propria particolare, e della comune responsabilità nel rispetto dei valori fondamentali: della persona e della comunità.

5. Il supporre che qualunque Stato, al di fuori di una fitta rete di intelligenti collaborazioni davvero impegnate a integrarsi sul piano organizzativo, potrebbe far fronte al gigantesco potenziale criminoso del narcotraffico rappresenterebbe errore inescusabile. Allo stesso modo come manchevolezza di rilievo si deve riconoscere il non aver dato, agli Stati, inte-

grale attuazione alla Convenzione di Vienna, specie quanto alle previste misure economiche idonee forse a contrastare in qualche modo l'avanzata della "grande potenza droga". La *sostituzione delle colture*, nei circa dieci anni decorsi, avrebbe potuto ad esempio ridurre in misura notevole la produzione delle sostanze, e contribuire allo sviluppo economico e sociale delle popolazioni coltivatrici. *Resistenze* degli Stati specificamente interessati, o *inerzia* degli altri Stati che in vario modo avrebbero dovuto contribuire alle operazioni di sostituzione delle colture, e di conversione dell'economia locale?

Forse resterebbe da chiedersi perché anche altre misure, quali la *confisca dei proventi* e l'*inopponibilità del segreto bancario*, idonee ad avversare in qualche modo e fronteggiare il riciclaggio e il finanziamento illecito e altri mezzi di impiego degli ingenti ricavi del traffico di stupefacenti, sono rimaste presso molti Stati delle buone intenzioni soltanto. E al quesito non potrebbe non far seguito l'altro relativo all'effettività soprattutto nell'attuazione degli obblighi assunti con la richiamata Convenzione quanto a operazioni di reciproca assistenza giuridica degli Stati specie in sede esecutiva penale. Eppure, ferma la consapevolezza della Comunità delle Nazioni, dei limiti intrinseci di ciascuna a un'adeguata effettiva resistenza a un'offensiva sempre più consistente del narcotraffico, tutt'altro che agevole diviene comprendere le cause di colpevoli inerzie o ritardi: da evitare certo in futuro, se vero che l'affrancazione dell'uomo dalla droga rientra tra "le finalità condivise da tutti, e che insieme si intendono e si cerca di perseguire".

Il "volere la vita, la libertà dell'altro perché è la vita, la libertà dell'altro, non perché è conveniente, dovrebbe rappresentare la via 'normale' per potersi dire onesti nelle relazioni con gli altri" è stato giustamente ribadito come principio di un'etica che non può non essere anche della Comunità degli Stati verso l'uomo.

Una risposta perciò efficace, contro un narcotraffico feroce perché opulento (persino in termini di raffronto col mercato del petrolio), si fa davvero urgente: perché in gioco, *ancora una volta in questo secolo*, sono la vita e la libertà dell'uomo.

Si son susseguite, come sempre nelle sedi ufficiali, solenni dichiarazioni di intenti circa un "fronte delle Nazioni", unitario e operativo; ma poi neppure la più severa lezione del tempo è stata sufficiente a un richiamo all'effettività. Così, non contrastata, la droga ha proseguito nel proprio incedere: di violenza, di emarginazione, di lutti; ed è servita, la sua terribile scia, a potenziare i toni dell'antiproibizionismo: non certamente privi di seguito – e in termini tutt'altro che incomprensibili – anche presso chi pur non direttamente attinto, non sarebbe potuto non rimanere coinvolto in un dramma di tanta umana consistenza.

L'idea di una liberalizzazione delle droghe leggere, di una legalizzazione delle pesanti, è stata da più parti, e con frequenza sempre maggiore (forse anche per effetto dell'estenuazione sociale comportata dal fenomeno), segnalata come via meritevole di percorso almeno nella direzione di un superamento del narcotraffico. Con manifeste intonazioni di antiproibizionismo, poi, nell'indicare la "dannosità sociale" connessa alla soluzione proibizionistica, e ineliminabile effetto correlativo alla produzione e al traffico di stupefacenti, è stata persino adombrata una tal quale collusione tra i due termini posti in correlazione. Si direbbe tuttavia essere sfuggito così il doppio volto (e questa sì la sua identità), il laccio stesso della droga; costretta invece essa pure a osservare la prima legge del mercato, e perciò quasi a cadere – in caso di liberalizzazione-legalizzazione – a causa del venir meno (non sicura né totale, già si è notato) della dipendenza del tossicofilo, tossicomane dalla criminalità.

Questo esito, tutt'altro che scontato, viene le più volte presentato come la via d'uscita

meno dannosa. Ma è proprio qui, meglio ribadirlo, che si nasconde l'insidia: la vita, la salute del tossicodipendente non resterebbero al sicuro; nel caso infatti di somministrazione insufficiente diverrebbe *effettivo il rischio di overdose*, come l'altro, del ricorso alla clandestinità (con tutti i pericoli di infezioni e di altre malattie che le si associano).

E anche l'intricato *nodo del consumatore-spacciatore* non sarebbe sciolto, come in maniera apodittica viene affermato dai sostenitori della legalizzazione-liberalizzazione. Spezzare in realtà questo nesso davvero non è agevole – e



l'esperienza ha avuto cura di dimostrarlo, attraverso gli effetti conseguiti alla sostanziale depenalizzazione del piccolo spaccio – perché indispensabile a una *effettiva liberazione dalla droga*, prima di tutto, è la *piena leale determinazione di riconquistare la libertà*. E, se ben noto è l'adescamento a cui fa ricorso il mercante specie dell'eroina e della cocaina al fine di attirare nella propria rete chi gli si è dimostrato in grado di moltiplicare i suoi ricavi, col portare le "dosi" là dove più estesa è la domanda, del pari evidente si rende di converso un possibile sottrarsi alla forte attrattiva, se la fragile renitenza del consumatore-spacciatore è corroborata magari da un sostegno vivo, e partecipe: le cui radici affondino nell'umana solidarietà come reale condivisione dell'esistenza.

6. Per illuminato, e autorevole che sia, uno Stato, attraverso il sistema normativo e le

strutture giudiziarie, specie penali, troverebbe impervio, punteggiato di intralci di varia indole far fronte in maniera sempre adeguata all'offensiva sì sa quanto insidiosa, sottile e incalzante, della droga. Lo Stato sociale di diritto d'altra parte è consapevole del proprio compito di integrazione sociale del soggetto debole (ed è tale, si certo, il tossicodipendente – la cui povertà umana, magari non materiale, non sfugge ad alcuno –, ma anche il mercante di droga, che non è riuscito ad acquisire il significato vero della vita); ed è avvertito del pari che ha costante bisogno di attingere alla cultura per dar vita a un diritto corrispondente ai bisogni della vita.

Proibizionismo e antiproibizionismo, allora, con le loro variazioni su questo o quel nodo così intricato, di questo o quel profilo così complesso del grave problema droga, è certo necessario che non vengano mai distolti dall'impegno (sul piano ideologico e politico) nella ricerca di soluzioni, o anche di semplici indicazioni per una via meritevole di percorso nella giusta direzione. Da dove altrimenti se non da un simile dibattito, da tener sempre aperto a qualunque serio apporto, potrebbe trarre ragioni, il legislatore, per norme sul piano effettuale rispondenti alle più vive esigenze di un qualunque soggetto, specie se debole (attesa la sua stessa oggettiva condizione di debolezza), in una moderna società complessa?

Indispensabile d'altra parte rilevare che il *consumo personale di stupefacenti* – iniziale, od occasionale; del tossicofilo o del tossicomane o del tossicodipendente (realtà, ciascuna, così differente, nei suoi stessi risvolti di criminogenesi, diretta o indiretta) – quasi in tutti i paesi è ormai differenziato dalle rimanenti utilizzazioni – illecite –, perché è considerato meritevole di un trattamento riabilitativo, sia pure sostitutivo, o complementare a una sanzione (ancora meglio se non penale).

Una scelta felice, questa? Di sicuro il portato di un'attenta riflessione; con inconvenienti

forse inevitabili. L'esperienza italiana, specie quella seguita al *referendum* del giugno 1993 (ammesso dalla Corte Costituzionale sulla base di una ardita costruzione mentale: la ritenuta compatibilità della "non illiceità del consumo" con la "illiceità della detenzione finalizzata al consumo" (sent. 28/93), ad esempio, mentre ha inferto un colpo alla certezza del diritto penale (eliminato il riferimento oggettivo alla "dose media giornaliera", rimane ora alla discrezione del giudice la determinazione e della quantità di principio attivo nella sostanza, e anche della destinazione di questa a uso personale) dato che la *separazione tra la illiceità non penale e quella penale* resta collegata in modo diretto a una *finalizzazione all'uso personale*, ha comportato d'altro lato la *sostanziale depenalizzazione del piccolo spaccio*. Tutt'altro che infrequente infatti è il caso del tossicodipendente che detenga uno stupefacente, e che intenda destinarlo in parte a proprio consumo, e in parte (non ingente magari, ma neanche "modica") allo spaccio; il quale diverrà non punibile, atteso peraltro il non ipotizzabile concorso formale di illeciti, penale e amministrativo.

Una realtà normativa, questa, che ha indotto la Corte Suprema (a Sezioni Unite, 28 maggio 1997, *Cass. pen.*, 1997, 3350, 1833; 1998, 399, 205) a decidere che "non sono punibili – e rientrano nell'illecito amministrativo – l'acquisto e la detenzione di sostanze stupefacenti destinate a uso personale che abbiano luogo sin dall'inizio anche nell'interesse di soggetti diversi dall'agente, ove sia accertata la volontà di essi di procurarsi le sostanze poi destinate al proprio consumo", e a escludere quindi che il "consumo di gruppo" integri il reato previsto dall'art. 73 D.P.R. n. 309/1990.

Comprensibile, come no, lo sconcerto; ma un esito scontato in riferimento alla premessa su cui la Consulta ha incardinato la propria determinazione di ammissibilità del richiamato *referendum*; e anche un costo assai elevato che un legi-

slatore attento forse sarebbe riuscito a non imporre alla salute, che la Repubblica ha affermato voler "tutelare come diritto fondamentale dell'individuo, e interesse della collettività" (art. 32 Cost. it.). Spetterà dunque al nuovo legislatore ritornare sulla premessa, e non perdere di vista – ancora una volta – il valore di base appena indicato.

Questa esperienza italiana, non si quanto realmente ancorata a una prospettiva "non utopistica" si è insistito "di recupero personale e sociale di un autore-vittima", sarà utile certo a legislatori di altri paesi in vista di una loro consapevo-



le responsabilità quanto alla tutela della salute di chi è soggetto alla servitù della droga.

7. Il sistema repressivo penale in atto al momento in buona parte del mondo si presenta generalmente limitato ai fatti di produzione e di traffico di sostanze stupefacenti e psicotrope; e inoltre all'istigazione e all'agevolazione del consumo delle stesse. L'uso personale (e abituale; non il saltuario, né l'occasionale: per i quali vengono attivati dei servizi sociali idonei alla rimozione del disagio e delle sue cause) dà luogo invece per solito a un trattamento terapeutico, e socio-riabilitativo. "Il servizio pubblico per le tossicodipendenze", stabilisce così in Italia l'art. 122 t.u. n. 309/90, "compiuti gli accertamenti necessari, e sentito l'interessato, stabilisce un programma terapeutico e socio-riabilitativo personalizzato, che può prevedere iniziative intese a un pieno inserimento sociale, attra-

verso l'orientamento e la formazione professionale, o attività di pubblica utilità, o di solidarietà sociale. Nell'ambito del programma, in caso di riconosciuta necessità e urgenza, il medesimo servizio può disporre terapie di disintossicazione nonché trattamenti psico-sociali e farmacologici adeguati; (e comunque) controlla l'attuazione del programma da parte del tossicodipendente".

L'illecita detenzione delle sostanze stupefacenti, finalizzata all'uso personale – per effetto del *referendum* abrogativo del '93 (e quindi della rinnovata norma dell'art. 75 t.u. cit.) –, come già detto, è depenalizzata: sulla base però di un'"ambiguità"; o forse meglio, di una scissione solo mentale "mezzo-fine". La Corte Costituzionale (nella sentenza 28/93) ha infatti affermato: "non vi è contraddizione tra il permanere della sanzione per la detenzione di stupefacenti per l'uso personale e l'abrogazione del divieto che ha per oggetto un uso personale di tali sostanze, quale comportamento considerato di per se stesso". Ed ha pensato di poter puntellare l'assetto con la tautologia: "il comportamento sanzionato non è il consumo personale di stupefacenti, ma la detenzione ad uso personale". Con una proposizione che in modo palese è monca. Una antilogia (lecito-illecito) infatti sarebbe stata sì certo da verificare; non isolandone però i termini (uso personale: lecito – detenzione per l'uso personale: illecita), ma valutandoli nel riconosciuto loro nesso teleologico. Solo dopo aver dimostrato possibile un consumo di droga senza la detenzione della medesima, infatti (cioè in una piena indipendenza dei due termini), se ne sarebbe potuta determinare, e predicare la compatibilità-incompatibilità nella rispettiva qualificazione giuridica (lecito-illecito).

L'*itinerarium mentis* tradisce dunque qui il disagio del sostanziale vuoto sanzionatorio, connotato alla depenalizzazione ("la sospensione della patente di guida, della licenza di porto di armi, del pas-

saporto, e di qualsiasi altro documento equipollente”, stabilite dall’art. 75 t.u. cit., non presentano, è chiaro, nelle ipotesi in esame nemmeno una consistente energia dissuasiva). Ma, d’altro lato, il campo è cosparso di tali asperità, da scuotere i comuni riferimenti. La dimensione umana del problema “droga” ricorda in realtà anche alla sanzione la relatività del suo potere; e resta al legislatore-uomo (cui di certo appartiene l’idea dello stupefacente quale sostanza in grado di alterare la psiche umana) la percezione del fenomeno “droga” – acquisito sì alla realtà del tempo presente: non però con cinismo e distacco ma con consapevolezza e partecipazione –, a cui non può non fare riscontro l’efficacia dell’impegno, della solidarietà, e responsabilità della comunità, e di ciascuno.

Una politica criminale seria, perciò effettiva, richiede dunque allo Stato una particolare attenta sensibilità alla determinazione del tossicodipendente di incamminarsi sulla via, difficile, della riabilitazione personale e sociale: con la certezza di non essere solo e, invece, di sapersi e potersi sentire aiutato nel cammino.

Ma, come piegare a un programma di pieno recupero le restrizioni di libertà di cui viene a trovarsi in custodia cautelare, o in esecuzione di una pena detentiva? Ancora utile forse l’esperienza italiana, che ha gradualmente ritagliato la normativa sulle esigenze più avvertite. E infatti, all’art. 89 t.u. 309/’90, per il quale la custodia cautelare in carcere non può esser disposta o è revocata, salvo che sussistano esigenze cautelari di eccezionale rilevanza, quando imputata è una persona che abbia in corso o intenda sottoporsi a un programma terapeutico e di recupero; fa riscontro la norma (dell’art. 90) per cui “nei confronti di una persona condannata a una pena detentiva non superiore a quattro anni per delitti commessi in relazione al proprio stato di tossicodipendente il tribunale di sorveglianza può sospendere l’esecuzione della pena per cinque anni, qualora accerti che la

persona si è sottoposta o ha in corso un programma terapeutico o socioriabilitativo”. E non a caso poi viene aggiunto che “la sospensione dell’esecuzione rende inapplicabili anche le misure di sicurezza”.

L’intento di affrancazione dalla droga è dunque perseguito col secondare l’idea che un duplice *statuts captivitatis* (rispetto alla droga, e alla pena) renderebbe ancora più difficile il recupero di una piena libertà. Un’idea che anima anche l’*affidamento in prova al servizio sociale*; il quale può esser disposto (anche due volte: ex art. 94, comma 5) dal tribunale di sorveglianza sul medesimo



presupposto della sospensione dell’esecuzione della pena, se anche non riconducibile a reati connessi allo stato di tossicodipendente, sempre che la domanda abbia luogo “per proseguire o per intraprendere l’attività terapeutica, in base a un programma adeguato”. E infine, sempre allo scopo di vedere assicurata l’assistenza necessaria a una piena riabilitazione fisica e sociale, ai tossicodipendenti condannati, non legittimati a misure alternative alla detenzione, è assicurata – al pari di coloro che, tossicodipendenti, si trovino in custodia cautelare – “una detenzione in istituti idonei alla attuazione di programmi terapeutici e socioriabilitativi”, a cui del resto debbono provvedere le unità sanitarie locali. Alle quali d’altra parte “le direzioni degli istituti penitenziari sono tenute a segnalare coloro che, liberati dal carcere, siano tuttavia ancora bisognosi di cure e di assistenza” (cfr. artt. 95 e 96 t.u. cit.).

Tra misure alternative o sostitutive o complementari alla pena, a quella detentiva in particolare, lo Stato italiano (lo si è potuto constatare attraverso le linee normative richiamate) ha cercato in modo magari imperfetto, non per questo non meritevole, di incentivare, secondare, attuare o contribuire a vedere realizzato un programma terapeutico, e socioriabilitativo del tossicodipendente. Interesse fondamentale del medesimo – ma, non meno, della collettività – è infatti il recupero del suo benessere fisico e psichico, cioè della sua salute; soprattutto, la sua affrancazione dalla droga: la (ri)conquista della libertà, da (ri)cominciare a spendere in piena responsabilità, in una società non nemica.

8. Uno Stato impegnato come necessario in una protezione effettiva della vita e della salute di tutti e di ciascuno, in qual modo dovrebbe far fronte all’offensiva così grave, insidiosa e costante, del narcotraffico?

Diritti fondamentali dell’uomo, quelli appena richiamati, esigerebbero – *hominum causa omne ius constitutum est* – prima di ogni altra tutela, quella “universale” del Diritto internazionale. Tanto più perché, coll’avvertire offesi o a rischio non consentito beni giuridici impretebiliti *iure gentium* (come negare infatti al narcotraffico il riconoscimento di *hostis humani generis*?), la comunità internazionale non potrebbe non sentirsi essa stessa colpita dalla lesione o dal pericolo indicati, e pertanto negata nel suo intrinseco valore: di giustizia, di protezione, di sicurezza, di intesa fra i popoli.

Una “visione realistica delle potenzialità del diritto internazionale come sistema di organizzazione della vita sociale” tuttavia, e dunque dell’attuale carattere eccezionale della repressione dei crimini internazionali (fra i quali, meglio ribadirlo, andrebbe incluso il narcotraffico), non può non esigere una constatazione: una *tutela effettiva* può essere oggi soltanto quella riconosciuta necessaria, e *attuata dagli Stati nazionali*. Ai quali la *potestà*

punitiva, la *sanzione criminale* consente un intervento particolarmente penetrante nella sfera personale (e specie di libertà) del soggetto; che vale d'altronde a scongiurare il verificarsi di comportamenti socialmente indesiderati, mediante la *dissuasione* che ancora attualmente rimane nel concreto alla base del *sistema di tutela dei beni giuridici*.

Certo, è compito di ogni Stato che ha recepito nel proprio ordinamento la Convenzione di Vienna adottare, e attuare (anche) le misure penali, e processuali (di varia indole) scaturite dall'impegno; le quali già da anni avrebbero dovuto d'altro lato assicurare taluni effetti positivi ipotizzati magari a sostegno, se non addirittura a cardine di altre misure interne ad altri Stati.

Contro il narcotraffico, come da chiunque a giusta ragione richiesto, restano indispensabili e urgenti da parte di ogni Stato, delle *risposte* duttili magari e anche articolate ma *chiare e puntuali*. Il che vuol dire *tutt'altro che misure penali soltanto*; e ancora meno (al contrario di quello che accade nel maggior numero di Nazioni) *pene assai severe*, peraltro in comminatoria solamente. In Italia ad esempio, la reclusione da otto a venti anni è stabilita dall'art. 73, comma 1, t.u. n. 309/90 per ciascuna delle *ventidue* specie di condotta, dell'*autore singolo*, riferite alle *droghe pesanti*; e d'altra parte non è senza significato che nel caso delle *droghe leggere* la pena, per gli stessi fatti, va da due a sei anni (comma 4); da sei mesi a quattro anni nei casi nei quali, "per i mezzi o le modalità o le circostanze dell'azione, ovvero per la qualità o la quantità delle sostanze i fatti si mostrano di lieve entità" (comma 5); e poi soprattutto (ex art. 74, comma 4), "la reclusione non può essere inferiore a *ventiquattro anni* quando tre o più persone si associano allo scopo di commettere più delitti di produzione e traffico illecito di sostanze stupefacenti o psicotrope, e l'associazione è armata", infine (ex art. cit., comma 2), la medesima pena "non può essere inferiore a dieci an-

ni per colui che partecipa all'associazione".

Un quadro, questo appena riportato nelle sue linee di sanzione così elevata, accresciuto in asprezza da varie *circostanze aggravanti*, riferite a fattispecie sia individuali che associative. In cui d'altro lato non manca la previsione di *attenuanti*; e anche di ipotesi di *ravvedimento post-delittuoso*, sostanziale e processuale: di chi ad esempio "si adoperi allo scopo di evitare che l'attività delittuosa venga portata a conseguenze ulteriori, aiutando l'autorità di polizia e l'autorità giudiziaria nella sottrazione di risorse rilevanti per la commis-



sione dei delitti" (art. 73, comma 7); o di "chi si sa efficacemente adoperato per assicurare le prove dei delitti, o per sottrarre all'associazione risorse decisive per la commissione degli stessi" (art. 74, comma 7); o infine, di chi presti soccorso nel caso di pericolo di morte o di lesioni personali dell'assuntore di stupefacenti (art. 81). Un quadro, come si vede, nel quale alla *disumanità* di chi produce o spaccia la droga fa tuttavia riscontro (magari con proporzione, data l'offesa; persino con qualche spiraglio sulla rieducazione; e certo con un marcato *intento emotivo-rassicurante*) una *rivincita*: perseguita (e attuata) da uno Stato che *non ha saputo impedire* o comunque *non è riuscito a evitare* (come sarebbe stato suo *preciso compito*) un'offensiva così grave contro la vita e la salute della persona.

I limiti, le insufficienze della pena, della detentiva in particolare – atteso il dibattito che li concerne, mai potuto chiu-

dere – non richiedono qui ulteriori apporti. Ma la constatazione che la comminatoria di una *pena straripante* è indice di una "funzione surrogatoria" della legislazione penale (rispetto a momenti di diverse competenze dell'ordinamento) non deve mancare, al pari dell'altra ben più grave, di una *palese ingiustizia* (da "capro espiatorio"), avvertita come tale da chi subisce la pena, e non la riceve in vista di una propria *riabilitazione*; a parte l'evidente *non effettività*, persino più pernicioso di una pena assai blanda.

La lotta contro il narcotraffico dunque, a parte la "pena severa ma giusta", esige da parte di ogni Stato (in egual misura) intelligenza e impegno (non saltuario ma costante) nell'impiego dei mezzi disponibili, primo fra tutti il *controllo rigoroso di ogni attività economica*: col sequestro e la successiva confisca (questi sì indispensabili) di ogni provento, al più presto destinato altrimenti al riciclaggio e all'impiego nelle più disparate imprese. La *dissuasione*, qui *ex rebus*, risulterebbe efficace, anche perché immediata e meno macchinosa all'interno di ciascuno Stato; non andrebbe incontro a ostacoli e ritardi; si presterebbe a *reciproche integrazioni*. La pena, d'altra parte, consentirebbe *anche* al narcotrafficante – egli pure destinatario di un interesse ben differenziato alla rieducazione; al cospetto del fallimento di un *avere*, magari a lungo accumulato e ormai disintegrato – di impegnarsi nella ricostruzione di un proprio *essere*: di un serio effettivo recupero sociale.

9. Tossicodipendente e narcotrafficante: due intricate vicende umane espressive di un sicuro estremo disagio; meritevoli pertanto di attenta analisi, e di adeguati interventi personali e sociali: sulla base sì anche del binomio "difesa-offesa" ma, insieme, della *solidarietà*, che consente alla *libertà* di esprimersi non scissa dalla *responsabilità*, *dell'uomo per l'uomo*.

Il tossicodipendente-spacciatore incarna, superfluo ribadirlo, l'autore-vittima (una an-

titesi) di un delitto. Schiavo della droga, dice di voler vivere così per rivendicare la propria libertà; afferma di voler combattere una *società nemica*, ma non fa che ripiegare su se stesso, nella disperata solitudine di chi vien costruendo la propria distruzione, fisica e psichica. Un groviglio di contraddizioni, si vede; che si ritrova in ogni consumatore di stupefacenti, di cui è scontata la *fuga dalla responsabilità*, per cercare *rifugio nell'irrealtà*. Due versanti, questi, di una medesima *rinuncia*, a sconfiggere l'angoscia nella ricerca di soluzioni ai tanti nodi intricati del vivere; *da soli*, in una *società altrettanto sola*; rinserrata infatti in un proprio magari dilatato benessere materiale, che si ritrova a base di una estraneità-noncuranza considerata ingenita all'attuale "società complessa". Cosicché resta spiegata la protesa necessità della "coesistenza tra droga e vita sociale"; la quale a nient'altro può dar luogo che a una serie di *legami tra solitudini*; comunque, a una sicura assenza di quel connettivo vivifico di *rapporti* fra autentici soggetti *umani*: certamente desiderosi – al contrario – di non essere all'occorrenza lasciati soli.

La dipendenza dalla droga nell'attuale società, senza perifrasi, è dunque una *schiavitù* (che della libertà dà nient'altro che l'*illusione*; che dell'uomo dice solo la *solitudine*, l'indigenza e la vulnerabilità) da cui il *Diritto*, a duemila anni dall'incarnazione di Dio in Gesù Cristo, *deve affrancare l'uomo*. "Le formazioni sociali ove si svolge la sua personalità, [in adempimento] del loro inderogabile dovere di solidarietà sociale" (art. 2 Cost. it.), non possono mai, o in qualche misura ritenersi esonerate dal *concorrere* al recupero fisico, psichico, e sociale del tossicodipendente. La famiglia, la scuola, l'oratorio, l'associazione giovanile (cultura, sportiva), la caserma, la comunità terapeutica, ecc.: tutte debbono anzi sentirsi impegnate a corrispondere alla richiesta di *aiuto* di chi, al laccio della droga, ha persino *paura* di chiederlo; a *spezzare* in ogni

modo il robusto *vincolo della dipendenza*, se non altro mediante il "trattamento incentivato", a cui si è fatto ricorso in alternativa alla pena. Anche se il compito più difficile, ma forse per questo ancora più stimolante, dev'essere di *riconduurre il tossicodipendente all'avventura della libertà*, sottraendolo all'insidia costituita a propellente della sua fuga. "E proprio in questa visione utopica che viene a collocarsi la falsa convinzione che la libertà ha inizio là dove viene meno la necessità", ha infatti osservato Hans Jonas, non mancando di precisare d'altronde che "soltanto il più ra-



dicale fraintendimento dell'essere stesso della libertà può dare luogo a una simile concezione, [...perché invece] la libertà vive nel costante misurarsi con la necessità [...], e la separazione da questa sottrarrebbe alla libertà il suo oggetto: senza del quale essa si troverebbe destinata ad essere annullata, come la forza senza la resistenza. La libertà vuota, infatti, allo stesso modo del vuoto potere, sopprime se medesima" (cfr. *Das Prinzip Verantwortung*, Frankfurt a.M., 1979, trad. it.: *Il principio di responsabilità*, Torino, 1993, 264 s.).

Le analisi che si segnalano come più attente ai dati, e ai corrispondenti significati del consumo di stupefacenti nel mondo, presentano dappertutto i termini e i motivi del grave disagio e della solitudine che gli si associano, e che si accentuano col dilatarsi della frattura nell'ordito dei valori personali e sociali. E questo, di più e più di frequente nelle regioni

più progredite, quasi che il destino d'una *libertà adulta* debba includere il "*cupio dissolvi*"; che la *dignità umana* – che deve dire anche rispetto della propria persona: della sua *vita* e della sua *salute*, presupposti esse stesse di un *cosciente* esercizio della *libertà* – possa essere effettiva senza riconoscersi nell'impegno all'affermazione del proprio valore. Un *affrancarsi* (un congedo effettivo, definitivo) dalla droga implica pertanto un *impegno personale* (una *uscipio libertatis* si direbbe) del medesimo soggetti; il quale comprenda il senso della *propria responsabilità verso se stesso*, come in relazione alle *altre componenti della realtà sociale* in cui è chiamato a vivere, quindi a *esprimere la propria personalità*.

Come per riscattarsi dalla schiavitù del delitto è indispensabile il *coraggio della responsabilità*, l'impegno nell'azione di effettivo rinnovamento, allo scopo di veder recuperato il proprio ruolo di *essere* consapevole, che *vuole* impiegare la propria libertà ponendosi al cospetto del giudizio (*ex post*) di *aver agito*, o *non aver agito* (potendo) *in modo diverso*, ugualmente chi intende "uscire dal tunnel della droga" deve sentirsi sì sorretto dall'*aiuto degli altri*, ma non può non *impegnare tutto se stesso* nel recupero della propria libertà, che è la propria dignità umana.

Ritrovare instillato nelle norme del *Diritto* (specie nel momento formativo delle stesse) il senso del *vivere insieme*, improntato così ai valori della *libertà* e della *solidarietà*, cementati dalla *responsabilità* della singola persona nei confronti delle altre, e viceversa, significa prendere atto (ancora con Jonas, *op. cit.*, 124 s.) che "un *dover essere* è contenuto in concreto *nell'essere dell'uomo esistente*, e che la capacità di questi di agire causalmente implica una obbligazione oggettiva, sotto forma di *responsabilità esterna*". Per questo si può dire allora che è dovere di tutti – spetta alla responsabilità di ciascuno: a ragione di un proprio eventuale potere, o delle proprie facoltà

– contribuire all'affrancazione di chiunque dalla servitù della droga, coll'impegnarsi sul serio nella lotta contro di essa, e contro ogni espressione di criminalità, diretta o indiretta, che le si associa.

10. All'indicato *sensu di responsabilità*, sia pure sotto altri aspetti e ad altri effetti (per il *da-farsi*, sulla base magari del *già-fatto*), si riconduce del resto la lotta dello Stato contro la "grande potenza droga", per la quale non sono necessari ulteriori predicati di ostilità verso l'uomo, e la stessa società civile e politica. Alla protezione di questi valori lo Stato non può sicuramente abdicare; ma il *nemico è insidioso*, perché (per via della corruzione) può talvolta far assegnamento persino su qualche elemento degli apparati che dicono di combatterlo; ed anche *efficiente*, date le straordinarie risorse materiali di cui dispone, e le diverse strutture organizzative interferenti o indipendenti in cui si articola. La lotta dunque deve essere senza indugi e senza pause; intelligente ed effettiva, convinta d'altronde di riuscire ad avere ragione di sconcertanti ancoraggi a eventi ritenuti inevitabili o a fattori considerati insuperabili.

Privare, invece, il narcotraffico dei propri averi e dei cospicui ricavi è, meglio ribadirlo, *la prima urgente misura*; a cui un *costante rigoroso controllo* dell'impiego, della mimetizzazione di beni deve far seguito, anche per scongiurare il riciclaggio o il trasferimento in altre sedi o succursali, interne o estere, della droga. Solo *colpita* sul serio *nell'aver*, questa può infatti denunciare qualche cedimento; tanto più perché spazi resi, lasciati liberi non rimangono tali a lungo. E tuttavia, una *bonifica integrale* può trovare attuazione: se non si registrano tregue o flessioni o transazioni o defezioni. *Ferma* infatti la *determinazione*, il successo potrebbe anche farsi attendere, ma non mancare.

Non tanto la *pena severa* quanto la *pena giusta*, già si è detto, rappresenta d'altro lato la risposta all'offensiva del narcotrafficante. La sua *scon-*

fitta, conclamata irrefragabile, è già tutta nella *condanna*: nel discredito sociale che si associa al *fatto* di aver egli offeso o posto seriamente a rischio la vita stessa o la salute di numerose altre persone, e così deboli; da "saccente barattiere", in ragione di un tornaconto patrimoniale ingente magari, ma squallido. La tristezza di questa vicenda umana sta dunque nell'*aver un uomo tradito l'umanità*: di aver *ridotto in schiavitù* altri soggetti come lui, col sottrarre loro – per lucro – la libertà. Qui pertanto – in questo *confronto* dell'*operare* del narcotrafficante col *l'essere* della sua vittima – la realtà *fallimentare*, di avere agito non già al fine di rendere l'altro più libero, più vivo; ma al contrario, per spegnerne od oscurarne la libertà, se non addirittura la stessa vita.

Lasciarlo *solo* – al cospetto di questi terribili danni o strappi, colui che ha procurato tanto male all'*Umanità*?

Non riuscirà forse mai a trovar senso, né logico né etico, l'*emarginazione* del colpevole per ragioni di *vendetta*, magari con le mentite spoglie di giustizia! Né *la società civile*, attraverso la pena, potrebbe assolversi dalla *propria corresponsabilità* (è stato Max Scheler a ricordare che una pianta non cresce se non in un terreno, e con un clima adatto) nel crimine, o nella serie di delitti commessi (solo con l'art. 26 L. 26 giugno 1990, n. 162 è stato disposto in Italia che "il Ministro della pubblica istruzione promuova e coordini le varie attività di educazione alla salute e di informazione sui danni derivanti dall'uso di sostanze stupefacenti o psicotrope, nonché dalle patologie correlate")!

La *tensione rieducatrice della pena*, nel contesto della *necessaria umanizzazione* di essa, e della *responsabilità penale personale* (art. 27 Cost. it.) interpella sì *la coscienza* del giurista, ma anche quella *di ogni uomo rispetto all'altro uomo* che ha commesso un grave delitto, quanto a un suo pieno riscatto. Hans Jonas, con riferimento al *coraggio della responsabilità*, ha d'altronde, puntualizzato che "la respon-

sabilità sta nella *cura* per un altro essere quando venga riconosciuta come dovere, e diventa *apprensione* nel caso in cui venga minacciata la vulnerabilità di quell'essere" (cfr. *op.cit.*, 285).

Per tornare a *vivere insieme con gli altri* che col proprio agire delittuoso ha offeso nei valori fondamentali aggreganti la comunità, il colpevole, "grazie alla propria attività di lavoro o di studio, all'interessamento nei confronti delle vittime e anche al fattivo intendimento di porre riparo alle conseguenze dannose loro arrecate"; scontata d'altro lato parte consistente della pena, deve "far ritenere sicuro il proprio ravvedimento". Ammesso così, secondo ad es. la legge italiana (art. 176 c.p.), alla *liberazione condizionale*, colui che si è determinato a impiegare in modo differente (positivo in confronto al passato) la recuperata libertà, potrà mostrare quanto per lui utile *la lezione ricevuta*, e orientarsi al definitivo *rispetto dei beni tutelati dal diritto*.

La Convenzione di Vienna, con evidente attenzione alla gravità dei delitti del narcotrafficante, ha limitato in modo notevole le *misure alternative alla detenzione* e altri *benefici penitenziari*. Perciò *la liberazione condizionale* (che a giusta ragione la Corte Costituzionale italiana ha ritenuto, attesi i presupposti, un *diritto* del condannato; cfr. sent. 201/1974) può costituire l'esempio più significativo di una ripristinata *amicizia* con l'uomo da parte del Diritto; il quale infatti *dimostra* in questo modo di voler *prestare fede* in chi a sua volta *dimostri* di essersi ricreduto, e di essere perciò fermamente deciso a mutare vita.

Un atto di fede, da parte dello Stato, nella (recuperata) coscienza – che è sintesi di consapevolezza, libertà, e responsabilità – dell'Uomo. Un atto di fede da compiere, certo: nella creatura voluta dal Creatore a sua immagine e somiglianza.

Prof. VINCENZO
SCORDAMAGLIA
Ordinario di Diritto Penale
all'Università "Tor Vergata"
di Roma (Italia)

Desidero innanzitutto ringraziare Sua Eccellenza Monsignor Lozano per l'invito a partecipare a questo Convegno promosso dal Pontificio Consiglio della Pastorale degli Operatori Sanitari che affronta un problema, qual è quello della droga, di estrema ed inquietante gravità per la sua costante evoluzione, malgrado l'impegno della comunità internazionale, della Chiesa e di molti Stati volto ormai già da tempo a contrastarne la diffusione e a riparamne le note e disastrose conseguenze sull'individuo e sulla società e, potrei aggiungere, anche sulla natura considerando i danni ecologici che, come avvertono gli esperti, ha prodotto nei Paesi Andini l'intensificata coltivazione e la raffinazione della cocaina, ovvero massiccia deforestazione ed avvelenamento dei fiumi¹.

L'evoluzione del fenomeno droga riguarda soprattutto la mondializzazione del traffico illecito di droga: dati statistici recenti forniti dalla Commissione ONU sulle Sostanze Narcotiche dicono, infatti, che il traffico illecito di eroina e cocaina si è ampiamente diffuso anche nei Paesi dell'Africa e del Medio e Vicino Oriente, dove è stato aperto un nuovo itinerario di traffico lungo il corridoio transcaucasico;² ed i rapporti annuali dell'Organo Internazionale di Controllo sugli stupefacenti ONU già dal 1990 avvertono che la mondializzazione riguarda anche l'abuso di droga con la conseguenza che la distinzione tra Paesi fornitori, Paesi consumatori e Paesi di transito della droga diventa sempre più evanescente³.

L'evoluzione del fenomeno droga riguarda, inoltre, l'emergenza della diffusione delle nuove droghe di sintesi, prodotte soprattutto nei Paesi membri dell'Unione Europea e

nei Paesi dell'Europa centro-orientale, droghe che, come è noto, sono più economiche di quelle tradizionali di origine vegetale, essendo di preparazione più agevole mediante precursori in libera vendita su mercato⁴.

Il fenomeno droga per la sua intrinseca transnazionalità ha interessato sin dal suo apparire la comunità internazionale, come dimostrano i primi trattati sulla disciplina del traffico e del consumo di stupefacenti risalenti all'inizio di questo secolo⁵. La mia esposizione, concentrandosi sulle risposte attuali della comunità internazionale al problema della droga, procederà delineando in primo luogo il quadro della normativa, per così dire, di origine e a vocazione globale, in quanto elaborata nell'ambito della cooperazione internazionale che fa capo al sistema ONU. Accennerò successivamente al ruolo svolto in materia da organizzazioni internazionali operanti in ambito spaziale e/o funzionale più ristretto, soffermandomi soprattutto sull'azione dell'Unione Europea e concluderò con qualche rapida considerazione sul grado e sulle prospettive di efficacia del sistema delineato.

Il quadro attuale della normativa elaborata in ambito ONU comprende la convenzione unica sugli stupefacenti del 30 marzo 1961, la convenzione del 21 febbraio 1971 sulle sostanze psicotrope, il protocollo del 26 marzo 1972 di emendamento alla convenzione unica e la più recente convenzione del 20 dicembre 1988 contro il traffico illecito di stupefacenti e di sostanze psicotrope.

La convenzione del 1961, attualmente in vigore in 150 Stati, sottopone a controllo internazionale più di un centinaio di stupefacenti indicati in 4 tabelle annesse, che possono

essere modificate o integrate dalla Commissione degli Stupefacenti ONU su raccomandazioni dell'OMS⁶. Questo controllo, inteso a regolare la produzione ed il commercio di stupefacenti a scopi leciti ed evitarne l'uso improprio e la destinazione a fini illeciti, si sostanzia nell'approvazione da parte dell'Organo Internazionale di Controllo, all'uopo istituito, dei rapporti che ogni Stato contraente è tenuto a sottoporli, contenenti le stime relative al proprio fabbisogno annuale di stupefacenti e le statistiche annuali delle sostanze prodotte, importate o esportate⁷.

La convenzione del 1971, attualmente in vigore in 146 Stati, si fonda anch'essa sul principio che vieta l'utilizzo di sostanze psicotrope al di fuori di necessità mediche e scientifiche e disciplina, come la convenzione del 1961, il mercato lecito degli stupefacenti sottoponendo ad un controllo analogo, anche se meno rigoroso, un altro centinaio di sostanze non contemplate dalla convenzione precedente, quali gli allucinogeni, le anfetamine, i barbiturici⁸. Ambedue le convenzioni non prevedono misure dirette in tema di repressione del traffico illecito di stupefacenti, ma si limitano a richiedere agli Stati contraenti sia di cooperare in materia, sia di introdurre nei propri ordinamenti i reati di produzione, traffico e commercio di narcotici e psicotropi.

L'esigenza di migliorare, per un verso, il funzionamento dell'Organo Internazionale di Controllo e di precisare, per l'altro, la disciplina in tema di prevenzione delle tossicodipendenze e di recupero sociale dei drogati ha poi condotto all'adozione del protocollo del 1972 di emendamento della convenzione unica del

1961, attualmente in vigore in 142 Stati⁹.

Quanto, infine, alla convenzione del 1988, di cui sono attualmente parte 138 Stati e l'Unione Europea, essa costituisce lo strumento centrale della cooperazione unicentrica delle precedenti convenzioni, ispirate alla filosofia del controllo dell'offerta, cioè della produzione, affrontando anche il problema della domanda, cioè del consumo, e proponendo, quindi, una disciplina globale del fenomeno droga nei suoi diversi aspetti del controllo di produzione, consumo, repressione del traffico illecito e recupero dei tossicodipendenti¹⁰. Inoltre poiché la convenzione allarga la strategia della lotta alla droga in una triplice direzione, ovvero prevede il monitoraggio dei precursori e delle sostanze chimiche essenziali alla fabbricazione delle droghe, elencati in due tabelle annesse; disciplina la repressione del traffico di stupefacenti via mare dal momento che i controlli alle frontiere e negli aeroporti, sempre più assidui e più agevoli, hanno avuto l'effetto di ridurre le spedizioni di stupefacenti via terra e via aerea, facendo prediligere le vie marittime; e soprattutto identifica nel traffico illecito l'anello di congiunzione di una catena criminale introducendo il reato di riciclaggio dei proventi¹¹.

La convenzione del 1988 si inserisce nel quadro di un'intensa attività dell'ONU culminata nella Conferenza internazionale sull'abuso della droga e sul traffico illecito del 1987, conclusasi con l'adozione di una dichiarazione politica, che riconosce la "responsabilità collettiva degli Stati" nella lotta contro il commercio illegale di droga, e di un documento multidisciplinare che è una sorta di compendio per l'azione antidroga dei governi, organizzazioni internazionali e organizzazioni non governative¹². Successivamente si è tenuta nel 1990 una sessione speciale dell'Assemblea Generale sul problema droga che ha proclamato il decennio 1991-2000 il decennio ONU contro la droga, adottando un

Piano Globale di Azione che, pur presentando significative analogie con il compendio multidisciplinare del 1987, se ne differenzia in quanto assegna all'ONU il ruolo di "centro di consulenza" e di coordinamento dell'azione degli Stati al fine di consentire un'uniformità nell'approccio e nelle metodologie da essi applicate nella lotta alla droga¹³. Sono attualmente in corso i preparativi per un'altra sessione speciale dell'Assemblea Generale prevista per il



giugno 1998, ugualmente dedicata alla lotta alla droga, ove si tratterà un bilancio dell'applicazione sia di tale programma, sia della convenzione del 1988 e si studieranno, tra l'altro, le misure più idonee per sradicare le colture illecite a favore di altre forme di sviluppo agricolo e per combattere la criminalità organizzata in quanto collegata al traffico di stupefacenti¹⁴.

Passando al secondo punto della mia relazione relativo alla cooperazione regionale nella lotta alla droga accenno soltanto alle più recenti convenzioni elaborate nell'ambito del Consiglio d'Europa che, raccogliendo le indicazioni

della convenzione ONU del 1988, ha adottato la convenzione di Strasburgo del 1990 sul riciclaggio, la ricerca, il sequestro e la confisca dei proventi di reato. Questa convenzione, che risponde ad un'esigenza di collaborazione avvertita soprattutto dagli Stati a maggior tasso d'industrializzazione in cui il fenomeno è maggiormente sviluppato, prevede una serie di fattispecie riconducibili al riciclaggio, consentendone così una previsione omogenea nei vari Stati contraenti, e prevede quale strategia di lotta l'adozione di misure, ovvero il congelamento, il sequestro, la confisca dei proventi di reato, tra cui è appunto quello di traffico di droga¹⁵. Al Consiglio d'Europa si deve anche l'elaborazione della più recente convenzione del 1995 specificamente dedicata alla repressione del traffico di droga via mare¹⁶.

In ambito europeo è evidentemente centrale l'azione dell'Unione Europea che con il Trattato di Maastricht ha visto espressamente menzionata la lotta alla droga nelle nuove disposizioni introdotte in materia di Salute Pubblica (titolo X, art. 129), nel settore della cooperazione in materia di Giustizia ed Affari interni (titolo VI) ed inoltre è stata individuata come un settore di azione prioritario nell'ambito della Politica Estera e della Sicurezza Comune (c.d. PESC). Per dare attuazione a tali disposizioni la Commissione ha già elaborato due Piani di azione europea per la lotta alla droga, l'ultimo dei quali, relativo agli anni 1995-1999, definisce una strategia globale che affronta gli aspetti della riduzione della domanda, della lotta contro il traffico illecito e dell'azione internazionale nel senso sia di una partecipazione sempre più intensa al Programma ONU per il Controllo Internazionale della Droga, al Gruppo Pompidou del Consiglio d'Europa, etc., sia dell'inserimento di clausole relative alla lotta contro la droga negli accordi della Comunità con Paesi terzi¹⁷. Elemento centrale di questi Paesi è la previsione di misure di prevenzione

(ad es. informazione destinata ai gruppi a rischio, educazione sanitaria, formazione professionale), di misure di riabilitazione e di reinserimento sociale dei tossicodipendenti, appoggiando le iniziative di recupero¹⁸.

Tra i risultati normativi più recenti e significativi dell'azione comunitaria va ricordata l'adozione del regolamento del Consiglio del 31 marzo 1992, che reca misure intese a scoraggiare la diversione di talune sostanze verso la fabbricazione illecita di stupefacenti o di sostanze psicotrope¹⁹; della direttiva coeva volta alla regolamentazione del regime intracomunitario di fabbricazione, ed emissione in commercio dei precursori²⁰; della direttiva relativa alla prevenzione dell'uso del sistema finanziario europeo a scopo di riciclaggio dei proventi di attività illecite²¹; la conclusione con i Paesi del Gruppo Andino degli accordi sul controllo dei precursori e delle droghe e l'elaborazione nel 1995 della Convenzione Europol, che costituisce un elemento estremamente importante per la cooperazione di polizia tra gli Stati membri²³. In tale contesto va ricordato anche l'accordo di Schengen del 1984 e la relativa convenzione di applicazione del 1990, conclusi tra gli Stati europei, che prevede l'abolizione dei controlli alle frontiere interne anche per i cittadini extracomunitari regolarmente entrati e soggiornanti in uno Stato del Gruppo Schengen²⁴. Infatti per garantire la sicurezza interna degli Stati contraenti, dato che la criminalità avrebbe potuto ricevere dalla libera circolazione un ulteriore stimolo all'internazionalizzazione delle proprie attività illecite, l'accordo prevede norme di mutua assistenza tra le forze di polizia che consentono, tra l'altro, di proseguire la sorveglianza o l'inseguimento di una persona responsabile di un reato, tra cui anche il traffico illecito di droga, nel territorio di un altro Paese Schengen, previa autorizzazione di quest'ultimo.

Mi avvio alle considerazio-

ni conclusive. Il sistema normativo della cooperazione internazionale nella lotta alla droga, appena tratteggiato e soltanto per grandi linee, si presenta imponente, ampio ed articolato lungo l'intera gamma di problemi che la droga pone, testimoniando la volontà chiara e ferma della comunità internazionale di contrastare il fenomeno. Tale volontà è espressa anche dalla presenza di un apparato istituzionale altrettanto imponente (si pensi, ad esempio, al Pro-



gramma Internazionale di Controllo della Droga dell'ONU, al Gruppo Pompidou nell'ambito del Consiglio d'Europa, al Comitato Europeo di lotta contro la droga, al Gruppo Trevi e all'Osservatorio Europeo della Droga e della Tossicodipendenza nell'ambito dell'Unione Europea), apparato che ho tralasciato di considerare per ragioni di stretta aderenza al tema assegnatomi. Tale volontà della comunità internazionale è inoltre leggibile nella tendenza ad estendere la qualifica di "crimini contro l'umanità" al traffico di droga, rilevabile nei lavori in atto della Commissione di diritto inter-

nazionale sulla codificazione di tali crimini²⁵.

Se tuttavia si considera che il fenomeno droga, come ho sottolineato all'inizio della mia relazione, continua ad espandersi mondializzandosi, sorge allora immediato l'interrogativo sul reale grado di efficacia di tale sistema di cooperazione. La risposta può essere positiva ma va letta alla luce di quei limiti intrinsecamente propri all'attuazione di norme internazionali le quali toccano in definitiva le scelte politiche dei singoli Stati, ovvero riguardano, per dirla con linguaggio più internazionalistico, questioni di stretta *domestic jurisdiction*. In termini più chiari il sistema funziona ma è sempre in bilico tra l'esigenza di assicurare l'effettività dell'azione internazionale nella lotta alla droga e l'esigenza di rispettare l'indipendenza legislativa, giudiziaria ed amministrativa degli Stati²⁶. Questo spiega perché la scelta dello strumento convenzionale, anche se è quella preferita e preferibile non è poi la più ricorrente in quanto, come è noto, *pacta sunt servanda*. Il rischio, infatti, è che gli Stati non partecipino al trattato: valga il caso svizzero ove gli esperimenti di liberalizzazione della droga sono certamente agevolati dalla mancata ratifica da parte della Svizzera della convenzione del 1988, laddove in riferimento all'Olanda l'Organo Internazionale di Controllo degli Stupefacenti ONU nel suo rapporto del 1995 ha manifestato la propria preoccupazione per analoghe iniziative olandesi, interrogandosi appunto sulla loro compatibilità con gli obblighi convenzionali assunti da tale Stato²⁷.

Non è un caso, dunque, che la maggior parte degli atti emanati in tema di lotta alla droga nel quadro delle organizzazioni internazionali menzionate appartengono al c.d. *soft law*, ovvero hanno valore raccomandatorio, programmatico, persuasivo ma non vincolante, svolgendo la funzione, pur sempre importante, di formare la coscienza degli Stati predisponendoli alla successiva elaborazione di strumenti

convenzionali o comunque di *hard law*. L'unica eccezione in tale contesto è costituita dall'Unione Europea, che è competente ad intervenire in modo vincolante in settori sottratti alla sovranità degli Stati, rendendo perciò particolarmente rilevante la sua azione nella lotta contro la droga.

Prof.ssa TALITHA VASSALLI
DI DACHENHAUSEN
*Ordinario di Diritto Internazionale
nella Facoltà di Scienze
Politiche dell'Università
"Federico II" di Napoli (Italia)*

Note

¹ Su quest'ultimo aspetto cfr. GATJANIS G., *La dernière victime de la cocaïne: Quand rougissent les rivières*, in *Chronique ONU*, 1995, p. 66 s.

² Cfr. in particolare i documenti E/CN. 7/1997/4 del 3 febbraio 1997 e E/CN. 7/1997/4/Add. 2 del 6 marzo 1997.

³ Cfr. specificamente il rapporto OICS per il 1992.

⁴ Per un quadro generale del proble-

ma e della strategia di risposte dell'UE, cfr. la Comunicazione della Commissione al Consiglio e al Parlamento europeo sul controllo delle nuove droghe di sintesi in COM (97) 249 def. del 23 maggio 1997; cfr. anche Azione comune del 16 giugno 1997 adottata dal Consiglio riguardante lo scambio di informazioni, la valutazione dei rischi e il controllo delle nuove droghe sintetiche, in GUCE n. L 167 del 25 giugno 1997.

⁵ Si tratta della Convenzione sull'opio dell'Aja del 23 gennaio 1912 (in *League of Nations, Treaty Series*, vol. 8, p. 187 ss.), sostituita in parte dalla Convenzione per limitare la fabbricazione e regolarmente la distribuzione degli stupefacenti (Ginevra, 13 luglio 1931, *ibid.*, vol. 139, p. 301ss.); la Convenzione per la repressione del traffico illecito di droghe nocive (Ginevra 26 giugno 1936, *ibid.*, vol. 198, p. 299 ss.). Per un commento a tali convenzioni v. Sbolci L., voce *Stupefacenti* (*dir. internaz.*), in *Enc. dir.*, vol. XLIII, 1990, p. 1231 ss.

⁶ Per il testo della Convenzione v. *United Nations Treaty Series*, vol. 520, p. 151 ss.

⁷ Su questo meccanismo di controllo v. BETTATI M., *Le controle international des stupefiants*, in *Rev. gen. di internat. public*, 1974, p. 180 ss.

⁸ Per il testo della Convenzione v. *United Nations Treaty Series*, vol. 1019, p. 175 ss.

⁹ Per il testo del Protocollo v. *United Nations Treaty Series*, vol. 976, p. 3 ss.

¹⁰ Per il testo della convenzione v. *Comunità internaz.*, 1989, p. 799 ss.

¹¹ Sulla convenzione del 1988 cfr. tra gli altri ROUCHEREAU F., *La convention des Nations Unies contre le trafic illicite de stupefiants et de substances psychotropes*, in *Ann. français Droit Internat.*, 1988, p. 613 ss.

¹² Cfr. SALERNO R., *Conferenza Internazionale sull'abuso e il traffico illecito*

di droghe, in *Comunità Internaz.*, 1989, p. 562 ss. Per il testo della Dichiarazione e del Compendio multidisciplinare cfr. *Intern. Legal Materials*, 1987, vol. 26, p. 1638.

¹³ Cfr. la risoluzione S-17/2 del 23 febbraio 1990 e v. SALERNO R., *Il recente dibattito internazionale sulla droga: gli incontri di New York e Londra*, in *Comunità internaz.*, 1990, p. 301 ss.

¹⁴ Cfr. *Une session extraordinaire sur les drogues recommandée pour 1998*, in *Chronique ONU*, 1996, p. 77 e v. UN Doc. E/CN.7/1997/PC.3 del 26 febbraio 1997.

¹⁵ Per il testo della Convenzione, v. *Riv. Dir. Internaz.*, 1993, p. 834 ss.

¹⁶ Per il testo della Convenzione v. *Rev. Gén. dr. internat. public.*, 1995, p. 212 ss. e cfr. GILMORE, *Narcotics interdiction at sea-The 1995 Council of Europe Agreement*, in *Marine Policy*, vol. 20, n. 1, p. 3 ss.

¹⁷ Cfr. Doc COM (94) def. del 23 giugno 1994.

¹⁸ Sul punto cfr. anche GUCE/C 37 del 9 febbraio 1996, p. 1; GUCE C 141 del 13 maggio 1996 p. 42; doc. COM (96) 201 def. dell'8 maggio 1996.

¹⁹ In GUCE L 96 del 10 aprile 1992.

²⁰ In GUCE L 370 del 19 dicembre 1992, p. 76 ss.

²¹ In GUCE L 166 del 28 giugno 1991, p. 77 ss.

²² In GUCE L 324 del 30 dicembre 1995, p. 1 ss.

²³ In GUCE L 316 del 27 novembre 1995, pp. 1.

²⁴ Per il testo degli accordi cfr. *Riv. dir. internaz.* 1991, p. 355 ss.

²⁵ Cfr. Report of the International Law Commission, del 2 maggio-21 luglio 1989, p. 170 s.

²⁶ Sul punto cfr. Porro G., *Le competenze comunitarie per la lotta alla droga e al traffico di stupefacenti*, in *Riv. dir. internaz. priv. e proc.*, 1992, p. 40.

²⁷ Cfr. il rapporto OICS del 1995.



Accompagnamento spirituale e pastorale del tossicodipendente

Presentazione

Quando mi è stato chiesto di presentare una relazione su questo argomento, la mia prima reazione è stata quella di rifiutare. L'impresa andava oltre la mia esperienza e le mie conoscenze. Allo stesso tempo però si è destata in me una sorta di sfida, oltre ad una chiara coscienza di essere portatore delle inquietudini di molti altri pastori che, in un modo o nell'altro, cercano di essere testimoni del Dio vivente e salvatore in un contesto di morte e di schiavitù, come quello della droga.

A mano a mano che elaboravo il mio intervento, mi veniva in mente la frase di Saint-Exupéry nel Piccolo Principe: *"Quando il mistero è troppo impressionante, è impossibile disubbidire"*.

Delimitazione del campo: Un'esperienza in un mondo complesso

Affacciarsi nel mondo della droga significa affacciarsi in un mondo rozzo, oscuro e complesso, dalle dimensioni planetarie e con ripercussioni di morte: spezza la vita e ostacola ogni possibilità di crescita umana.

Un mondo che affonda le sue radici nella tendenza irrinunciabile dell'essere umano a ricercare la felicità. Un mondo che mette in crisi il modello della società in cui viviamo e che, per i credenti, è l'espressione del potere del male che si incarna nelle strutture sociali e nella vita individuale delle persone. Un mondo che schiavizza. In definitiva, un grave problema sociale.

Il mio quadro di riferimento non sarà, né può essere, questo mondo complesso e vasto, ma il consumatore di droga o tossicodipendente.

Dietro questa mia relazione ci sono i volti di tanti e tanti giovani tra i 18 e i 35 anni, vittime delle sostanze di morte, in particolare eroina, cocaina e droghe sintetiche.

Giovani che, volendo vivere senza la droga, hanno iniziato un processo di riabilitazione in tante Comunità Terapeutiche. A questi giovani e a questo contesto si riferiscono le mie riflessioni.

Senza dubbio sono una parte molto importante, ma non sono tutto il complesso mondo della droga.

1. Il tossicodipendente: avvicinamento antropologico

I dati dell'ONU relativi al 1994 stimavano in 40.000.000 il numero dei tossicodipendenti. La cifra è in aumento, e per questo possiamo parlare di una specie di pandemia, presente in tutti gli strati sociali e culturali dell'ampia geografia umana.

Ciò nondimeno, e nonostante gli *a priori* sociali, è impossibile definire un tipo di personalità specifica o di situazione familiare ed economica che determini la condotta tossicomane.

"...non ci sono profili psicologici, moduli fissi di conflitti interni o fasi specifiche di sequenze dello sviluppo che possano essere anticipatamente considerati determinanti nella storia della tossicodipendenza o delle dipendenze da sostanze" (Zinberg, 1975).

Nei tossicodipendenti troviamo quegli stessi problemi e quelle stesse situazioni che, in altre personalità, possono portare a diverse soluzioni personali e/o sbocchi positivi e utili.

Il giovane tossicodipendente non è una persona diversa dalle altre. Sebbene i fattori familiari, scolastici ed am-

bientali influiscano, essi non sono determinanti per un comportamento di tossicomania. Anche molti altri giovani che si trovano in condizioni migliori cadono nella rete della droga e molti altri, che si sono trovati nelle stesse o in simili circostanze negative, non hanno fatto ricorso alla droga.

La persona non cade nella droga pesante all'improvviso; prima di arrivare a questo punto ha avuto già dei comportamenti di dipendenza. "La droga non entra nella vita di una persona come un fulmine a ciel sereno, ma come un seme che attecchisce in un terreno preparato già da molto tempo" Pontificio Consiglio per la Famiglia, 1992 "Dalla disperazione alla speranza".

Sulla base delle statistiche relative al modo di iniziarsi al consumo, possiamo affermare che esistono pochi inizi solitari. L'iniziazione al tabacco è un buon esempio di apprendimento di gruppo. Ci sono persone che hanno la parte della psicologia di massa molto sviluppata, per la semplice ragione di non avere un'identificazione con dei buoni genitori; sono capaci di seguire le correnti della moda ma non la propria corrente vitale.

a) motivi che spingono a drogarsi

Non pretendo di offrirvi uno studio esauriente delle motivazioni, ma vorrei soltanto evidenziare quei sintomi che possono essere domande o agganci per l'azione pastorale.

Bisogna subito chiarire che la tossicomania è essenzialmente un sintomo, ed i sintomi richiedono un'analisi dettagliata, dato che sono la conseguenza di vari conflitti non risolti e che perciò rimangono repressi o vengono negati. I sintomi hanno un linguaggio occulto che bisogna decifrare

e che deriva da conflitti relegati nell'inconscio. Per decifrarli bisogna comprenderli ed è questo l'obiettivo di ogni terapia. Tra le molteplici cause della tossicodipendenza segnaliamo le seguenti: regressioni, alterazione emotiva, attacco alla salute mentale di una persona ad opera di altre persone, ambiente di lavoro, familiare o scolastico, dove l'autostima e l'immagine di sé risultano attaccate.

Secondo Wurmser "chi fa uso di droga è una persona con un profondo senso di solitudine, di vuoto e di depressione; in questo modo cerca di difendersi dall'impatto di questi sentimenti; per eliminare o ridurre la rabbia per le limitazioni, la vergogna per la debolezza e l'impotenza; per porre rimedio al sentirsi soli e rifiutati e per conservare un mondo infantile di cose idealizzate. Si utilizza l'effetto di alcune droghe per cercare di mascherare la mancanza di senso, di mete e di valori personali". In sintesi, gli specialisti parlano di "strutture con deficit narcisistico dell'autostima" al momento di determinare qual è la "mancanza basilare o il difetto fondamentale" cui il tossicodipendente cerca di porre rimedio mediante la droga. Assumere droghe è sempre un sostituire altre cose che mancano. D'altra parte, le capacità di elaborazione e di introspezione del drogato sono limitate.

Sappiamo che molte persone usano ogni tipo di droga per fuggire dall'apatia; ci vogliono far intendere che la vita senza droghe è molto noiosa. In fondo questa apologia della droga obbedisce alla debolezza del proprio io ed alla paura al momento di affrontare la sofferenza e la depressione. "L'io del drogato è debole e non ha la forza necessaria per affrontare la sofferenza". "...L'uso di droghe di ogni tipo, per cancellare e acquietare la persecuzione del Super io. Di fatto molti drogati cominciano ad usare droghe somministrando-sele da soli, per curare l'ansia prodotta dalla persecuzione del Super io, per curare l'intollerabile tensione interna causata da un Super io soffocante...". "L'uso di ogni tipo di

droga, per attenuare e calmare la persecuzione del Super io" (Masson 1981, *Soffocating Super-Ego*).

Questi semplici riferimenti ci portano alla conclusione che è necessario tener conto della personalità in cui si è insediata la droga e di quale sia la sua psicodinamica personale prima di cominciare un cammino riabilitativo o di pastorale. Sebbene non esista una struttura di personalità stabile che porti necessariamente alla dipendenza, gli psicologi segnalano alcune caratteristiche comuni e presenti in quasi tutti loro, siano consumatori di



droghe pesanti o blande, e tollerati o meno dalla società.

b) comportamenti ed aspetti del carattere dei tossicodipendenti

- Comportamento coercitivo. I tossicodipendenti vogliono le cose immediatamente; non sopportano le attese né i lavori mentali lunghi e pesanti. Cercano di soddisfare i desideri che, in sé, non possono essere soddisfatti. Ciò può spiegare il loro comportamento coercitivo che stabilisce il consumo di droga a cui, d'altra parte, attribuiscono poteri sovranaturali.

- Mancanza di tolleranza verso le frustrazioni.

- Instabilità affettiva.

- Alterazione dell'identità.

- Giudizio alterato nella sua realtà per eccesso o per difetto di autovalutazione.

- Nota depressiva di fondo con necessità di dipendere da gruppi e da capi e con un rap-

porto poco valido con i coetanei.

- Influenzabili, anche se non sempre in positivo.

- Ambivalenti, fluttuanti, influenzabili dall'opinione dell'ultimo che dice qualcosa d'altro.

- Inquieti e instabili, desiderano sempre avidamente.

- Per la loro scarsa autostima, si vedranno sempre minacciati: "Non meritavo di nascere".

- Il drogato vive in una insoddisfazione e in una tensione prodotte dalla mancanza cronica di autostima.

- In generale, sono creduloni, aperti, generosi, incapaci di dire di no; si lanciano in grandi progetti lasciando le cose a metà. Sono come bambini viziati, esigenti, egoisti, ma senza sensi di colpa.

- Mancanza di motivazione. Non possono confidare nella loro volontà che è minacciata da attacchi masochistici e il loro Io, inoltre, è debole. Ciò genera colpevolezza.

- Basso livello di comprensione dovuto allo scarso bagaglio culturale, la maggioranza di essi non ha terminato gli studi primari (Statistica di Pampuri, 80%).

- Non hanno convinzioni della forza del bene, senza cause giuste alle quali aggrapparsi.

- Questi comportamenti e aspetti del loro carattere hanno relazione con il compito pastorale, giacché senza una conoscenza dettagliata ed esauriente di queste persone non possiamo pretendere di fare granché per loro. Questa sarebbe la prima conclusione ed il punto di partenza per un aiuto pastorale a queste persone.

- Perdita di interesse per persone e cose.

- Polarizzazione dell'intelligenza in tutto ciò che si riferisce alla mancanza di droghe.

2. La Chiesa e il tossicodipendente

a) avvicinamento teologico-pastorale

La Chiesa ha nei tossicodipendenti un insospettabile *kairos*, tanto per la pastorale quanto per la sua presenza tra i

meno favoriti a livello sociale e religioso.

Trattando con loro, i pastori possono apprendere nuovamente che non si può guarire la persona se non si parte da una sua comprensione unitaria ed integrale. O si salva una persona nella sua totalità o non c'è salvezza dell'anima. Fu questo il modo di agire di Gesù di Nazaret.

“Evangelizzare è la grazia e la vocazione propria della Chiesa, la sua identità più profonda. Essa esiste per evangelizzare” (E.N. 14).

Il modo di agire della Chiesa deriva dal suo essere. Essa si sente chiamata ad evangelizzare. Non si può immaginare la Chiesa senza riferimento al mondo e agli uomini; essi sono il fine della missione, il soggetto dell'evangelizzazione. “La causa di Dio è la causa dell'uomo”.

Così come Cristo si è fatto carico di tutta l'umanità, così anche la Chiesa nella sua azione evangelizzatrice deve farsi carico delle situazioni concrete di ciascuna persona e di tutti. “Colui di cui non ci facciamo carico, non è stato redento” recita un classico assioma teologico.

EMMAUS: un modello di pastorale e di accompagnamento spirituale

La Parola ed i gesti di Gesù sono il principale riferimento per la Chiesa.

Nello scenario di Emmaus scopriamo un modello pastorale per persone deluse. La scena che vuole introdurre la verità della fede in Gesù Risorto nel cuore dei discepoli, pieni di domande e di paure, ci offre il processo di cura e la strategia pastorale di Gesù.

Secondo la storia di Emmaus, il primo passo dell'accompagnamento spirituale e pastorale consiste nell'*avvicinarsi e nel camminare insieme*. Questo modello riproduce lo stile di Yahvé che “cammina con il suo popolo”. Si pone al fianco di colui che sta viaggiando “cieco e triste”. È un atteggiamento o un movimento di koinonia.

In Gesù risplende nel modo più chiaro questa imperturbabile propensione di Dio verso l'essere umano malato e sofferente.

Dall'inizio alla fine, Gesù si avvicina e si accompagna alle “pecorelle smarrite”. I vangeli raccontano con ricchezza di esempi come si lascia ‘sequestrare’ dai poveri, dai condannati, dai bambini, dai disorientati e dai malati.

I segni dell'arrivo del Regno sono che “i ciechi vedono, gli storpi camminano e ai poveri si annuncia il Regno”.

La sorpresa e lo scandalo della buona società nei con-



fronti di Gesù sono riflesse nel vangelo di Luca: “Costui riceve i peccatori e mangia con loro” (Lc 15,2).

Qual'è l'apporto di Gesù ai poveri? Non offre loro ricchezza, ma una nuova dignità ed un nuovo impulso; restituisce loro la dignità. Essi hanno la certezza di avere una dignità indistruttibile agli occhi di Dio; sono i suoi eletti. Con questa certezza possono alzarsi dalla prostrazione a cui sono sottoposti.

L'accompagnamento di Gesù agli esseri umani, anche nella confusione della sofferenza e della morte, giunge fino all'identificazione. Egli si identifica con il destino mortale dell'uomo e percorre il cammino dell'uomo fino alla morte.

La croce del Golgota si trasforma in simbolo di avvicinamento e di accompagnamento.

C'è un comandamento fondamentale della nostra fede:

“credo che Gesù fu vero Dio e vero uomo”.

Nel crocifisso c'è Dio e negli occhi dei poveri e degli oppressi il credente cristiano deve intravedere il volto sfigurato di Gesù.

Cristo si consegna all'umiliazione e all'abbandono per farsi fratello degli umiliati e degli abbandonati e per portarli nel regno di Dio. Le sofferenze di Cristo non sono soltanto le sue, bensì includono anche le nostre.

“Il Cristo che amava appassionatamente, il Cristo che soffrì davanti al silenzio di Dio, è nostro fratello, l'amico al quale possiamo confidare tutto, in quanto conosce ed ha sofferto tutto ciò che può colpirci, e molto di più”. (J. MOLTSMANN, *Cristo para nosotros hoy*, pag. 35).

Gesù Cristo è così la guida dell'umanità nel suo cammino verso Dio. Dalla sua Resurrezione trae origine la speranza e la certezza che il dolore e la morte non costituiscono l'ultima parola sull'esistenza umana.

I seguaci di Gesù che vivono del suo spirito introducono nei tempi e negli spazi degli esseri umani l'avvicinamento e l'accompagnamento di Dio. La Chiesa costituisce la localizzazione, la casa per la prassi della diaconia e della koinonia. Essa si fa visibile realizzando ciò che Gesù realizzò: riflettere l'imperturbabile passione di Dio per gli esseri umani.

b) “Egli chiese loro...”.

Pastorale

*Accompagnamento
spirituale curativo del
tossicodipendente
e psicoterapia*

Riprendiamo la scena di Emmaus; il primo intervento di Gesù avvicinandosi ed accompagnando i due discepoli delusi, fu quello di chiedere: “Che sono questi discorsi che state facendo fra voi durante il cammino”? (Lc 24,17).

La sua domanda va diretta al cuore della loro preoccupazione. Non è una domanda per soddisfare la curiosità o per semplice informazione, ma li obbliga a rivivere “gli eventi dolorosi” che colpiscono la lo-

ro vita. Il vangelo conclude dicendo che Gesù entrò con loro e si sedette alla tavola.

Con questi brevi riferimenti viene delinato il modo di essere di Gesù e il suo stile "pastorale". È così semplice l'accompagnamento pastorale al tossicodipendente?

Certamente sì, ma poiché giungere alla semplicità delle cose richiede prima un lungo cammino attraverso la complessità, cercherò, pur se in forma sintetizzata, di percorrerlo aiutato dalla psicoterapia e dalla filosofia soggiacente nelle Comunità terapeutiche. Esse sono il contesto in cui si muove la mia azione e da cui ho tratto gli strumenti che mi hanno aiutato nell'avvicinamento pastorale dei tossicodipendenti.

Sono cosciente che la "situazione umana" non si può regolare mediante la terapia. Oltre alla regolare attenzione alle ferite, esiste qualcos'altro di incurabile, che è impossibile trattare con la terapia. Il cammino verso una pastorale di accompagnamento del tossicodipendente passa per la psicologia e la psicoterapia. Entrambe sono il veicolo irrinunciabile per questo tipo di pastorale. Naturalmente non si tratta del fatto che l'addetto alla pastorale sia uno specialista, ma che abbia una certa capacità e sia aperto al dialogo con gli psicoterapeuti. La psicologia può apportargli una conoscenza più esatta della psiconamica dell'esperienza religiosa. Con il suo aiuto, la pastorale potrà pronunciare la parola specifica di annuncio della salvezza di Dio in forma comprensibile per il tossicodipendente.

Questa chiamata implica anche un avvertimento chiaro: non trasformare la pastorale in una specie di psicologia della religione, indagando cioè sulle esperienze religiose del tossicodipendente, sulle sue esperienze di conversione, sulle sue pratiche religiose... insomma sull'analisi dei fenomeni religiosi, non preoccupandosi o prescindendo dalle norme del vangelo.

D'altra parte, in questo dialogo tra psicologia e pastorale, è importante chiarire i limiti

della diagnosi psicologica dal punto di vista della teologia; alla psicologia sfugge la dimensione trascendentale e la ricerca del senso, o li esclude espressamente. Bisogna anche calcolare se non proprio il rifiuto, la paura del professionista di affrontare queste domande.

Il pastore deve, in ogni caso, compiere una rilettura teologica delle analisi antropologico-psicologiche, visto che l'immagine dell'essere umano, relativa alla psicologia, entra in contraddizione con l'immagine dell'essere umano del vangelo. Il pastore deve configu-



rare evangelicamente le diverse situazioni dell'uomo – tossicodipendente – che la psicologia mette in evidenza.

Un punto di incontro: guardare al di là delle apparenze

Secondo la tesi di autori come C. G. JUNG, R. GUARDINI, SOREN KIERKEGAARD, EUGEN DREWERMANN, "solo nella sfera del pensiero del religioso può essere sanata l'incapacità di accettare se stesso e la paura di fronte alla finitudine".

A livello sociale, il tossicodipendente suscita in molta gente rifiuto e condanna, come i lebbrosi del tempo di Gesù. Molti li considerano perfino eccessivamente responsabili della loro situazione.

Il tossicodipendente vive questa sensazione: si sente osservato, giudicato e rifiutato. E colui che è escluso si sente

profondamente ferito nella propria autostima; si sente come l'ultimo dei rifiuti; di qui il disprezzo e l'odio per se stesso, in parte giustificabile. Al contrario, se incontra chi lo accetta senza riserve ed ha fiducia in lui, si sente animato e liberato.

Da ripetute esperienze, sappiamo che il tossicodipendente nasconde una sofferenza profonda e la sofferenza senza senso, senza uscita, porta gli esseri umani a cercare Dio o a disperare di Lui. La fede in Dio e l'ateismo affondano le loro radici in questo dolore.

A prima vista, l'esperienza nel campo religioso del giovane dedito alla droga presenta una serie di carenze di cui bisogna tenere conto. La religiosità appare come qualcosa di marginale nella sua vita. D'altra parte, però, si sente imprigionato da una vita che non gli piace e desidera uscire dall'abisso in cui è sprofondata.

Tutto il dramma della loro vita può essere espresso con quello che Victor FRANKL chiama il "vuoto esistenziale", cioè quel sentimento di assenza di senso o di mancanza di significato e assurdità della vita. "Crisi della vita", la chiamano altri, riferendosi a tutto ciò che trasforma la vita in "senza uscita ed insopportabile": malattia, ferite psichiche dissimulate, cambiamenti radicali nella vita, perdita di persone care, disillusioni profonde, cambio di orientamento nella vita.

MASLOW considera la "volontà di senso" come la motivazione basilare del comportamento umano.

Questa frustrazione esistenziale agisce su tutti i piani psichici della persona; domina il pensiero, i sentimenti, l'azione, la fede religiosa e si esprime con uno stato di tedio e di abbruttimento da cui la persona pretende di liberarsi ricorrendo, nel caso del tossicodipendente, alla droga.

Questo vuoto esistenziale si trasforma in pietra di scandalo e possibilità per la pastorale.

Da questa "esperienza" si scatena nell'uomo – in questo caso nel tossicodipendente – la cosiddetta "tendenza inconscia verso Dio" o, in senso re-

ligioso, “la presenza ignorata di Dio nell’uomo”.

Il pastore non può passare di fronte ad un tossicodipendente in modo affrettato, ma deve compiere una lettura profonda della realtà che si presenta ai suoi occhi. Nel deserto della sua vita spirituale affiora, sebbene a tastoni, la necessità di una “vita nuova”. Affiora la tendenza inconscia verso Dio, espressa quasi sempre in termini di colpevolezza, che lo porta alla necessità di una catarsi più profonda di quella realizzata nelle sessioni terapeutiche.

In questo momento il pastore deve essere messaggero di speranza, del vangelo, che è salvezza e liberazione e non condanna per l’uomo. “Costui riceve i peccatori e mangia con loro” (Lc 15, 2) dissero di Gesù.

Per concludere: suggerimenti pastorali tratti dall’esperienza

La missione pastorale fondamentale è l’accompagnamento curativo degli uomini in crisi. È proprio di Gesù che non solo predicò la salvezza, ma che cercò di sanare i dolori corporali del prossimo. Il Regno di Dio che Gesù predicò era questa questione enormemente realistica: predicava e “curava ogni sorta di malattie e di infermità” (Mt 4, 23). Egli conferì lo stesso ministero ai suoi apostoli e diede loro potere “e autorità su tutti i demoni, e di curare le malattie” (Lc 9,1).

Non possiamo considerare la pastorale in questo contesto come un argomento di umanizzazione per giungere poi al cristiano. Pastorale in questo contesto vuol dire alleviare sofferenze e creare spazi in cui sorga la dignità defraudata.

1. Pastorale ispirata al mistero dell’incarnazione

Nel campo della tossicodipendenza, tra le altre cose, questo si traduce in uno sforzo di “inculturazione” visto che il mondo culturale del tossicodipendente è espresso in un mon-

do di valori – solidarietà –, in uno stile di vita e in un gergo propri. Un aspetto da considerare è la sua dimenticanza della religione, che per lui è semplicemente qualcosa di marginale. L’emarginazione in cui è caduto lo ha portato a rompere con tutto ciò che si riferisce al senso, incluso quello cristiano. La simbologia del cristiano non ha connessione con la sua, così che egli può chiedere di fronte ad un’immagine di Cristo crocifisso: “chi è quest’uomo nudo, inchiodato a questi pali?”. Gli esempi si potrebbero moltiplicare.

D’altra parte, mostrano sfi-



ducia e repulsione alle norme e alle persone che rappresentano la società e la cultura vigente. Quale sforzo deve fare il pastore per entrare nel mondo del tossicodipendente? La sua realtà sconvolta e che sconvolge mette in questione i nostri messianismi e la nostra fretta dominatrice. Relativizza molte convinzioni considerate inamovibili, tra le quali il valore assoluto attribuito alla parola come mezzo d’evangelizzazione. In questo contesto bisogna condividere sinceramente e realmente molte volte il pane prima di dire una parola. Il tossicodipendente ha bisogno di incontri che lo portino dal suo schiamazzo alla parola, dall’autolesionismo all’autostima, dalla schiavitù alla libertà. E questo processo è lento e difficile.

L’accettazione o almeno il non rifiuto, è la prima cosa da conquistare. Non dobbiamo dimenticare mai che per quan-

to ci avviciniamo, non siamo loro. Tra di noi non c’è simmetria. Il fatto che ti accettino è, senza dubbio, un privilegio. Secondo studi comparativi delle diverse scuole di psicologia, l’effetto terapeutico dipende decisamente dalla qualità dei rapporti tra terapeuta e paziente.

2. Coscienti della complessità

Nel tossicodipendente sono sintetizzate esperienze di sradicamento e di emarginazione, di gioventù e di allontanamento o dimenticanza della religione. Si tratta di un mondo complesso, le cui radici sono irregolari e disuguali, e in nessun modo possono essere ridotte ad un unico aspetto.

Di fronte a questa complessità si aprono quindi molti interrogativi per la pastorale. Esserne cosciente ed accettarla è il nostro primo compito di pastori.

3. Testimoni di speranza, infondere speranza

È di cruciale importanza per coloro che hanno una “identità di fallimento”. È necessario credere, fino all’inverosimile, nella possibilità di cambiamento e di crescita dell’essere umano. È la filosofia basilare, punto di partenza per la riabilitazione del tossicodipendente e deve esserlo anche per il pastore. Se quasi tutti dubitano di lui, almeno incontri noi, seguaci del Messia che non spegne la fiammella, che confidiamo in Lui.

È necessario risvegliare in loro la possibilità di “rinascere”. Nel linguaggio delle Comunità Terapeutiche si parla di “terapia della speranza”. Il tossicodipendente non ha fiducia nel futuro, sente una sfiducia basilare in se stesso e verso gli altri.

4. Pastorale degli ultimi o andare all’essenziale del messaggio evangelico?

Pastorale che tiene conto delle situazioni e dosa pedago-

gicamente i contenuti e le esigenze. Nella tradizione della vita spirituale si parla di differenti livelli nei processi della vita spirituale. Evangelizzare è molto più profondo dell'ottenere appartenenze ecclesiali. Prima di giungere alla Parola esplicita, ci sono molte cose da fare. Non si può stare in questo contesto condizionati da una concezione ristretta o dualistica dell'evangelizzazione. Dobbiamo chiedere tempo a noi stessi.

Proporre mete elevate o ideali irraggiungibili ha creato nel tossicodipendente un'autostima profondamente bassa. Per affrontare mete smisurate egli ha fatto ricorso alla droga.

Alexander descrive la dipendenza come un modo di affrontare le difficoltà. Nel loro modello di adattamento, le persone ad alto rischio di dipendenza sono quelle che hanno fallito nel loro intento di raggiungere quei livelli, generalmente riconosciuti, di indipendenza, competenza, accettazione sociale, fiducia in se stessi, che costituiscono le aspettative basilari dell'adulto.

Il tossicodipendente ha fallito nel processo di crescita personale e la dipendenza dalla droga gli fornisce una specie di identità e di senso della vita.

5. Capacità di ascolto, senza condannare e senza guardare l'orologio

Il tossicodipendente desidera essere aiutato, però allo stesso tempo è scettico e sfiduciato. Si nasconde dietro un'immagine difensiva che non permette ai suoi reali sentimenti di affiorare.

Un'esperienza forte del tossicodipendente, libero dall'effetto della droga, è il senso di colpa. Benché cerchi di negare la propria colpa, si sente schiacciato. In quel momento – privilegiato per l'accompagnamento spirituale e pastorale – egli ha bisogno di alleggerirsi da questo sentimento che lo opprime.

Produce in lui un particolare senso di colpa il constatare la permanente fedeltà da parte dei genitori – in particolare della madre – che, nonostante

il suo fatale comportamento, i suoi costanti inganni, continuano a sostenerlo e sperano nella sua riabilitazione. È questa un'esperienza che ha una duplice incidenza: o dinamizza la sua riabilitazione o la blocca di fronte alla paura di poter tornare ad ingannare la propria famiglia.

In questa situazione di giudizio globale della propria vita, il tossicodipendente che prima di drogarsi aveva un'esperienza religiosa, chiede di frequente di "confessarsi". Pur avendo alleviato la sua interiorità in varie sessioni terapeutiche, gli resta un certo



non so che di insoddisfazione che lo spinge a parlare con il sacerdote. È provato che l'espiazione è necessaria per poter vivere, dato il peso del peccato o del rimorso. Il colpevole non può vivere se non è perdonato della sua colpa. L'espiazione, che non è una possibilità umana, in quanto l'ingiustizia occorsa non può essere "riparata" da nessuna azione umana, si proietterà nel cosiddetto "caprio espiatorio" mediante il quale l'uomo si libera del male che alberga in lui. Confessare o verbalizzare il male che ha compiuto, produce al tossicodipendente un grande senso di sollievo. Essere ascoltato in un contesto di serietà profonda ha un grande valore terapeutico. Nella Comunità Terapeutica la possibilità di mettersi di fronte alla propria colpa e di confessare il cattivo operato, viene vissuta come un elemento cruciale di cura.

Si dice che i sensi di colpa non condivisi, possono essere il motivo pratico per agire in maniera autodistruttiva. Al contrario, quando si comunicano tutti i pensieri e sentimenti, la persona si trasforma in un individuo libero.

Senza pretendere di qualificare questa esperienza come religiosa in tutti i casi, essa è comunque un momento di grande immersione pastorale e di accompagnamento spirituale. Possiamo dire che è l'alfa e l'omega dell'accompagnamento spirituale del tossicodipendente, indipendentemente dalla sue convinzioni religiose.

6. In linea con il contesto di riabilitazione

Il pastore non può essere un franco tiratore. Nel contesto dei tossicodipendenti, più che in altri campi della pastorale, è necessario poter disporre dell'appoggio di altri professionisti: psicologi, terapeuti, responsabili di gruppo di Comunità Terapeutiche.

In concreto, dalla filosofia e dalle dinamiche terapeutiche di una Comunità terapeutica, il pastore può trarre molti criteri e norme di attuazione. Ricordiamo che alla base delle C.T. soggiacciono principi di filosofia umanistica, di carattere spirituale e religioso, ed alcune delle sue dinamiche sono ispirate dalle comunità di religiosi. In generale, le C.T. partono dalla convinzione che se si desidera dare ai tossicodipendenti un trattamento efficace, è necessario che apprendano nuovi valori e nuovi atteggiamenti.

D'altra parte, l'obiettivo della riabilitazione è quello di passare dalla dipendenza – schiavi della droga – alla libertà. Egli deve essere il protagonista e nessuno può sostituirlo. Si tratta di un processo vasto di riumanizzazione; ciò che in fondo si sta chiedendo è un cambiamento radicale di vita, in termini religiosi, una conversione.

La maggioranza hanno adottato come filosofia del loro programma terapeutico quella della Comunità di Daytor Village.

“Siamo qui perché non esiste nessun rifugio dove nascondersi da noi stessi. Finché una persona non si confronta negli occhi e nel cuore degli altri, fugge. Finché non permette agli altri di condividere i suoi segreti, non si libera di loro. Se ha paura di farsi conoscere dagli altri, alla fine non potrà conoscere né se stesso né gli altri. Sarà solo.

Dove potremo conoscerci meglio se non nei nostri punti comuni?

Qui, insieme, una persona può manifestarsi chiaramente non come il gigante dei suoi sogni, né il nano delle sue paure, bensì come un uomo, parte di un tutto con quanto ha di positivo per gli altri.

Su questa base possiamo radicarci e crescere, non soli, come nella morte, bensì vivi per noi stessi e per gli altri”. Richard BEAUVIAS.

Inoltre, le Comunità Teraeutiche hanno tecniche di riabilitazione che possono essere facilmente incorporate alla pastorale. Eccone alcune:

– L’aiuto e l’autoaiuto. Nelle C.T. nessuno può astenersi dal fare un’osservazione o una correzione con l’intenzione di aiutare l’altro.

– Gli incontri basati sulla comunicazione e sull’affetto. Nell’incontro è possibile che, grazie all’altro, uno impari su se stesso. Mira a smascherare i punti ciechi di ognuno.

Quando una persona adotta un atteggiamento egoistico, resta in una situazione esistenziale di solitudine “e non c’è altro dolore nella vita: stare soli”. G. MARCEL.

7. Pastorale credibile

In quanto provato dalla vita, il tossicodipendente sottopone a prova l’autenticità delle persone. Coerenza e trasparenza possono sintetizzare gli atteggiamenti richiesti al pastore. Tali atteggiamenti risvegliano nell’altro il poter avere fiducia, non avere paura di essere ingannato.

Il Cardinale Martini ha scritto di Madre Teresa di Calcutta: “Diceva semplicemente le cose che le uscivano dall’anima. Per questo la gente la

ascoltava e le credeva”. Paragonandola a Giovanni XXIII, aggiungeva: “entrambi erano semplici e spontanei. Entrambi erano capaci di farsi ascoltare da chiunque e senza bisogno di molte parole. Inoltre, dalla diversità dei loro ruoli, hanno fatto sorgere un ritratto di uomo e di donna cristiani pienamente credibili”.

8. Pastorale curativa

Il tossicodipendente è un fine manipolatore. La sua capacità di mentire e di ingannare se stesso è enorme, è come



un’arma di potere. La sua tendenza a vivere al di fuori della realtà è costante. Il pastore non deve entrare in questi giochi ma deve affrontarli con occhi obiettivi, portarli a riconciliarsi con una vita che defrauda le loro esigenze infantili. Per questo bisogna condurre il soggetto verso i dolorosi accadimenti che ancora ricorda ed aiutarlo a scoprire che la sua vita è assunta da Dio. Deve assumere la sua storia come storia di salvezza. Ciò si raggiunge quando il rapporto tra pastore e tossicodipendente è abbastanza consistente.

Istruire, non dare soluzioni ai problemi spirituali che può presentare. In generale, la persona ha utilizzato già molta energia psichica per trovare una strada. Dare una soluzione in un attimo svaluta gli sforzi realizzati dalla persona e la ferisce.

D’altra parte, le proposte di soluzione generano nella per-

sona sentimenti ed atteggiamenti di abbandono, impotenza e dipendenza. Le soluzioni sono vissute in forma di precepto, mandato e/o proibizione, il che rafforza nel tossicodipendente il super-ego e non lo sviluppo, tanto necessario per lui, del suo Io autentico.

9. Non predicare a se stessi

(2 Cor 4,5)

Tuttavia bisogna parlare di se stessi, di “ciò che noi abbiamo udito, ciò che noi abbiamo veduto con i nostri occhi, ciò che noi abbiamo contemplato e ciò che le nostre mani hanno toccato” (1 Gv 1,1). Non si possono pronunciare parole di salvezza e di cura al di fuori del contesto dell’esperienza personale della fede. Non parlare a memoria, né dalla cattedra di teologia. Essere coscienti che la nostra stessa persona ha valore di segno. I messaggi, ciò che viene detto tra le righe, suggeriscono ed indicano a colui che ascolta come deve comprendere ciò che è contenuto in quanto è espresso verbalmente. A volte parliamo di un Dio d’amore, che si rivolge alle persone. Però, nel modo con cui lo facciamo, manifestiamo un Dio che condanna e che usa, che cammina lontano dall’uomo ed umilia. Bisogna essere testimoni più che maestri. L’implicazione affettiva ed effettiva con il tossicodipendente è una necessità pastorale che rende credibile la parola del pastore. Tale implicazione molte volte impaurisce, perché è scomoda, ci rende vulnerabili, può generare dipendenza insana. Senza dubbio è necessario discernimento cristiano, ma non la fuga o la razionalizzazione difensiva per mantenere le distanze.

10. Non dare più di ciò che si ha

Possiamo parlare di Dio soltanto per approssimazione. La nostra conoscenza di Dio è sempre limitata ed approssimativa. Bisogna sopportare in silenzio e riempirlo di parole. Dobbiamo imparare a convi-

vere con il silenzio in una pastorale e in un accompagnamento spirituale ai tossicodipendenti e non fare facile ricorso alle formule dottrinali della fede. Parlare non tanto attraverso concetti, bensì “narrare storie di salvezza”.

Il tossicodipendente, stufo di parole, dà le spalle alla cultura regnante; si vede meglio riflesso in persone in carne ed ossa che in ideali e dottrine. D'altra parte, ascoltare storie risponde ad una necessità primordiale della persona e fa parte della sua natura. Forse nella cultura attuale non è di moda, ciò nonostante nel cuore dell'interesse sociale c'è una necessità di storie di vita e di morte, di sofferenza e di amore, di conflitti e di riconciliazione, di angoscia e di consolazione. Il contenuto delle storie bibliche risponde a questa necessità.

“Ed ecco si aprirono loro gli occhi” (Lc 24, 31)

Siamo al termine del nostro intervento. Abbiamo cominciato con la scena di Emmaus come modello di pastorale e di accompagnamento spirituale a persone in situazione di crisi. Voglio concludere sempre con

questa scena. Ai discepoli di Emmaus succede qualcosa di totalmente insperato in seguito all'incontro con il Signore risuscitato.

Sparisce la cecità che fino a quel momento li aveva sfigurati e che oscurava la visione della croce del Golgota, la loro vita e il loro futuro. Invece, si allarga la percezione della realtà e sparisce in loro la tristezza. Una luce totalmente nuova illumina la loro situazione. Si rendono conto di come siano stati ciechi e di come le cose fossero differenti da quanto credevano.

Nella crisi hanno ritrovato se stessi. Hanno ritrovato la propria identità nell'essere trasformati dal Signore risuscitato che li ha accompagnati nel loro cammino deluso.

La morte e la resurrezione di Gesù aprono alla persona una forma nuova di accettazione di se stessi e della propria vita. Egli ha vinto la morte e tutte le piccole morti presenti in ogni uomo. Dio accompagna i momenti critici della vita.

Il problema fondamentale dell'uomo moderno, secondo R. Guardini, consiste nella

“accettazione di se stesso”, in particolar modo per l'incapacità di integrare il lato oscuro della propria persona. L'accettazione di se stesso è del tutto differente da un cammino facile di egoismo. Il Cardinale Josef Ratzinger dice: “in nessun modo è naturale l'accettazione di se stesso”. L'autoaccettazione è possibile soltanto quando si è realmente accettati dall'altro io. Per questo le persone hanno una necessità assoluta di Dio, benché di ciò non ci si renda conto consciamente. Là dove la persona trova se stessa, là c'è anche Dio.

In Gesù Cristo, Dio accetta la nostra esistenza, il nostro modo di essere e noi stessi come incondizionatamente buoni.

Questo è un grande messaggio che il tossicodipendente deve ascoltare e questa è, in definitiva, la parola che Dio pronuncia su di lui: *“Questi è il mio figlio prediletto, nel quale mi sono compiaciuto”* (Mt 3, 17).

P. ADRIANO YUGUEROS,
O.H.
*Master in droga e AIDS,
Spagna*



Sono molto onorato di essere stato chiamato a trasmettere un messaggio a nome delle Nazioni Unite a questo prestigioso Convegno Ecclesiale sulla Droga. Desidero con l'occasione ringraziare il Pontificio Consiglio per aver voluto assicurare a questo dibattito, con il mio intervento e con la presenza di molti importanti ospiti, la necessaria dimensione internazionale.

L'intero problema droga, in ogni suo aspetto e manifestazione, va infatti interpretato ed affrontato in una prospettiva comune. E ciò non soltanto nel rispetto delle norme previste dai trattati internazionali vigenti, ma per ragioni pratiche legate al contenimento ed alla risoluzione di un fenomeno transnazionale in ogni sua componente. L'aumento del 25% della produzione di oppio in Afghanistan, denunciato il mese passato dall'UNDCP, non deve rappresentare un pericolo remoto bensì un grave segnale di allarme per tutti noi. L'oppio aggiuntivo prodotto in un paese lontano arriverà presto sulle nostre piazze, offerto ad un prezzo sempre inferiore ai nostri ragazzi.

Ma non sono soltanto le tec-

niche di contrasto alla produzione e al traffico di stupefacenti a richiedere un'azione concertata della comunità internazionale. Le strategie adottate per combattere alla radice le cause e le conseguenze dell'abuso di stupefacenti, così come le necessarie tecniche di riabilitazione dei tossicodipendenti, vanno elaborate alla luce delle esperienze comuni e con la necessaria informazione. È soltanto attraverso una visione ampia e corretta del problema ed attraverso la collaborazione dei vari settori della nostra società che un problema tanto complesso può trovare una soluzione.

Di questa difficile sfida l'UNDCP è promotore. Esso è leader delle attività antidroga del sistema delle Nazioni Unite ed ha assunto, negli ultimi anni, un importante ruolo di coordinamento dei programmi per la lotta alla droga dei vari Governi. Dall'UNDCP i Governi che lo richiedono ottengono assistenza legale, tecnica e finanziaria, facilitata dai 19 Field Offices sparsi nel mondo e dai numerosi progetti in corso nei diversi settori (la riabilitazione dei tossicodipendenti, la conversione delle colture, la

lotta al riciclaggio, ecc..).

Dei successi ottenuti nel campo della droga non si sente mai parlare, nonostante siano molti. Questo porta ad alimentare la sfiducia nella soluzione del problema, che è invece possibile se affrontata con la fiducia ed il supporto di tutti. L'impegno della Chiesa cattolica nella comune lotta alla droga, di cui questa riunione di esperti ne è chiara manifestazione, è da sempre di grande sostegno e costituisce un prezioso punto di riferimento per molti di coloro che della droga sono vittime.

Da questo supporto anche l'UNDCP ha tratto grandi vantaggi. A nome del Programma che oggi ho l'onore di dirigere, desidero per esso ringraziare la Chiesa Cattolica e rinnovare al Pontificio Consiglio la mia gratitudine per l'invito a questo Convegno, che rappresenta un ulteriore e significativo passo in favore del contrasto al grave fenomeno della droga.

Dott. PINO ARLACCHI
*Direttore Esecutivo, Programma
Internazionale di Controllo
della Droga delle Nazioni Unite a
Vienna, Austria*



Messaggio dell'Organizzazione Mondiale della Sanità

Desidero anzitutto ringraziare S.E. Mons. J. Lozano Barragán e il Pontificio Consiglio per la Pastorale degli Operatori Sanitari, per l'invito rivolto al Dott. Jorge Alberto Costa e Silva, Direttore della Divisione di Salute Mentale e Prevenzione dell'Abuso di Sostanze (MSA), che rappresenta in questa occasione.

Strategie dell'OMS nel campo della farmacodipendenza

Nel campo della farmacodipendenza, l'OMS esercita una funzione di controllo e un'altra di salute pubblica. Entrambe queste funzioni sono a carico del Programma relativo all'Abuso di Sostanze (PSA).

Per quanto riguarda la sua funzione di controllo, l'OMS studia i prodotti naturali e/o industriali, per includere una sostanza non soggetta ancora a fiscalizzazione internazionale nelle liste delle Convenzioni del 1961 e del 1971, per trasferire una sostanza da una di queste liste ad un'altra o per eliminarla del tutto. L'OMS ha esaminato oltre 400 prodotti e, in seguito alle sue raccomandazioni, le sostanze incluse nelle liste degli stupefacenti ammontano a 116. Per quanto riguarda le sostanze psicotropiche, si giunge a 105. Tali cifre mostrano che la produzione di sostanze psicoattive è costante e che, di conseguenza, è necessario esercitare una vigilanza attenta e continua sui nuovi prodotti.

L'OMS sostiene gli Stati membri nelle loro politiche di controllo affinché l'uso di queste sostanze si limiti esclusivamente a fini medici e scientifici.

Per assolvere la sua funzione di salute pubblica, l'OMS integra le sue attività nella strategia globale della Salute

per Tutti, il cui obiettivo è quello di creare le condizioni affinché tutti gli abitanti del pianeta, durante l'intero arco della loro vita, ottengano il diritto umano fondamentale di conseguire e mantenere il livello più alto possibile di salute. La strategia della Salute per Tutti è così una rivendicazione della giustizia sociale.

Per raggiungere questo obiettivo che si è prefissato per la fine del XXI secolo, l'OMS equilibrerà le richieste etiche e morali con le impostazioni analitiche della scienza e della tecnologia.

Il PSA raccoglie i principi della strategia della Salute per Tutti, includendo l'equità, l'accesso all'Attenzione Primaria alla Salute, il coordinamento intersettoriale, la solidarietà e il protagonismo della comunità.

Il PSA stimola alleanze ed associazioni intersettoriali ed internazionali per rispondere ai complessi problemi relativi all'uso di sostanze psicoattive. Con questa strategia, dirige il sostegno internazionale tecnico e finanziario verso i paesi e i gruppi più vulnerabili.

La salute e le sostanze psicoattive

Malgrado il nostro pianeta abbia assistito negli ultimi 50 anni ad impressionanti progressi nel campo della salute, l'OMS lamenta la persistenza di grandi disuguaglianze tra i paesi e al loro interno. Tali differenze influiscono seriamente su coloro che fanno uso di sostanze psicoattive quando agli effetti avversi delle loro abitudini si aggiungono gli effetti della discriminazione e della stigmatizzazione.

L'OMS ripete che il consumo di qualunque sostanza psicoattiva è potenzialmente pregiudiziale per la salute e rac-

comanda che, negli opportuni casi, si considerino le similitudini negli interventi di prevenzione, trattamento e riabilitazione, indipendentemente dalla condizione legale o illegale delle sostanze.

Il tabacco causa 3,5 milioni di morti l'anno, o 10.000 al giorno, ma se le tendenze attuali non cambieranno, si stima che per l'anno 2000 tale cifra sarà duplicata. Questo aumento si produrrà a scapito dei paesi in via di sviluppo dove osserviamo un incremento esponenziale dell'uso del tabacco tra i giovani di entrambi i sessi, il che influirà sui tassi di mortalità tra 20 o 30 anni. Nel frattempo, i paesi industrializzati hanno adottato energiche misure per ridurre l'uso di tabacco e i danni ad esso associati.

L'alcool causa almeno 75.000 morti l'anno. Inoltre rappresenta un fattore importante nel peso sociale ed economico delle malattie, a causa delle turbe e degli handicaps che, pur senza produrre la morte, colpiscono per molti anni numerose persone, come ad esempio: le psicosi, le turbe sociali, i traumi per incidenti e violenze, la perdita dell'impiego e la criminalità.

Il consumo di alcool tende a stabilizzarsi, e perfino a diminuire in molti paesi industrializzati, mentre in quelli in via di sviluppo osserviamo un incremento continuo nella produzione e nel consumo di bibite alcoliche.

L'inalazione deliberata di solventi volatili è un problema di salute pubblica che colpisce di preferenza le popolazioni povere e non protette di molti paesi, come i bambini di strada, i popoli indigeni e gli abitanti di quartieri poveri ed emarginati.

L'uso di sostanze psicoattive controllate internazionalmente, o *droghe illecite*, è in

aumento in tutte le regioni, così come le sue avverse conseguenze per la salute. Tali conseguenze si relazionano non solo con il loro effetto tossico/farmacologico, ma anche con i rischi inerenti a certe modalità di consumo, e alle condotte associate alla criminalizzazione di coloro che ne fanno uso.

Il consumo di droghe iniettabili comporta seri rischi. È stata riscontrata l'iniezione di droghe in 127 paesi, in 94 dei quali troviamo associazione tra HIV e l'uso comune di siringhe. La prima causa di morte tra i consumatori che si iniettano droghe è la "overdose" in cui intervengono diversi fattori, tra cui l'avvelenamento e le impurità. Si calcola che ogni anno muoiano 200.000 persone in seguito al consumo iniettabile, non medico e intenzionale, di sostanze psicoattive.

Le attività dell'OMS

Lavorando con i 6 Uffici Regionali dell'OMS, il PSA ha rafforzato ed ampliato la rete di collaborazione, includendo nuovi Centri di Collaborazione ed organismi del sistema delle Nazioni Unite, organizzazioni non governative e membri del Gruppo di Esperti.

Il programma "Tabacco o Salute" coordina le politiche nazionali ed internazionali, nonché i modelli di ricerca sui temi della salute relativi al tabacco. Organizza la celebrazione della *Giornata Mondiale senza Tabacco* e sta prepa-

rando una convenzione internazionale per il controllo del tabacco.

In vari Stati membri delle diverse regioni, il PSA sviluppa e prova sul terreno modelli innovativi di prevenzione primaria.

In collaborazione con l'Organizzazione Internazionale per il Lavoro, il PSA sviluppa programmi per la prevenzione dei problemi dovuti all'uso di alcool e di altre sostanze sul luogo di lavoro.

Per quanto riguarda le popolazioni più vulnerabili e meno protette, il PSA sviluppa in 20 siti di diversi paesi la metodologia e gli strumenti per lavorare con bambini di strada che hanno problemi dovuti al consumo di sostanze psicoattive. Il Progetto per i Popoli Indigeni è un'attività congiunta che stimola le iniziative di comunità indigene per la soluzione dei loro problemi in base alle loro tradizioni e alla loro spiritualità.

Un Gruppo di Lavoro conduce studi di settore per incorporare il trattamento dei problemi dovuti all'uso di sostanze psicoattive nell'attenzione primaria della salute e per stimolare il protagonismo comunitario. Il progetto "Opportunità Uguali per Tutti" promuove la riabilitazione basata sulla Comunità per tutte le persone con handicaps fisici e mentali o con svantaggi sociali dovuti al loro handicap e/o all'uso di sostanze psicoattive.

Il PSA inoltre sviluppa e coordina una rete internazionale di ricercatori per studiare le condotte a rischio tra le per-

sone che si iniettano droga. Tale lavoro aiuta a comprendere i fattori che influiscono nella diffusione dell'HIV e a identificare gli interventi più efficaci. È in atto un progetto per studiare e valutare diverse modalità di trattamento di sostituzione, particolarmente di oppioidi.

Il PSA metterà in atto quest'anno nuovi progetti, come quello dell'educazione del personale sanitario e lo studio dell'associazione tra l'uso di sostanze psicoattive e le condotte sessuali a rischio.

Il PSA prepara manuali e guide per sostenere i paesi negli studi epidemiologici e di valutazione del trattamento e della prevenzione, e altri con un obiettivo più specifico come ad esempio: Sport e uso di Sostanze Psicoattive; Legislazione sul Trattamento e la Riabilitazione; Effetti dell'uso della cannabis sulla salute; Studio OMS/UNICRI sulla cocaina.

Per concludere, desidero manifestare il vivo interesse del Dott. Costa e Silva di creare e rafforzare alleanze con le diverse confessioni religiose, ed in particolare con la Chiesa Cattolica che ha avuto l'iniziativa di invitare l'OMS ad intervenire su un problema che riguarda tutti noi.

Dr. MARIO ARGANDOÑA
YANEZ

*Programma sull'Abuso di Sostanze
Divisione di Salute Mentale
e Prevenzione della
Farmacodipendenza
Organizzazione Mondiale
della Sanità
Ginevra, Svizzera*



L'EMCDDA: campi di intersezione

1. Gli scopi dell'EMCDDA

In quanto agenzia informativa a livello Comunitario, l'EMCDDA ha come scopo quello di fornire un' "informazione obiettiva, attendibile e paragonabile a livello europeo a proposito di droga, dipendenza dalla droga e loro conseguenze". Dato che il fenomeno droga comporta molti aspetti complessi e ad esso intimamente connessi che non possono essere facilmente dissociati, il Centro ha il compito di fornire un completo quadro statistico, documentario e tecnico del problema droga agli Stati Membri ed alla Comunità, di modo che possano essere intraprese le misure atte a combatterlo. I suoi compiti si dividono in 4 categorie:

- raccolta ed analisi dei dati;
- miglioramento dei metodi di comparazione dei dati;
- cooperazione con enti ed organizzazioni europei ed internazionali e con paesi extra-comunitari.

Proprio perché è un'agenzia informativa, l'EMCDDA non porta avanti strategie politiche sulla droga, e non dà neanche una valutazione o raccomandazioni sugli approcci degli Stati membri.

2. Partners internazionali

L'EMCDDA coopera inoltre con importanti organizzazioni internazionali e coordina con esse i progetti, in modo da evitare una duplicazione degli sforzi e aumentare la sinergia nelle attività comuni. Queste organizzazioni sono:

1. il Programma per il controllo della droga delle Nazioni Unite;
2. il Gruppo Pompidou del Consiglio d'Europa;
3. l'Organizzazione Mondiale della Sanità;

4. l'Organizzazione Mondiale per le Dogane;

5. l'Unità dell'EUROPOL che si occupa di droga;

6. l'INTERPOL.

3. REITOX

Il lavoro dell'EMCDDA si estende oltre il suo "quartier generale" di Lisbona per formare una rete di 15 Punti Focali a livello nazionale, o "osservatori" nazionali, oltre al Punto Focale presso la Commissione Europea. Queste unità formano la REITOX (Rete Europea di Informazione sulla Droga e sulla Tossicodipendenza).

La REITOX è stata fondata per diventare una rete umana e computerizzata per la raccolta e lo scambio dei dati sulla droga in Europa, collegando i sistemi informativi dei 16 Punti Focali. La Commissione per i Punti Focali fornisce un panorama generale delle attività all'interno della Commissione e a livello di Unione. Ogni Punto Focale nazionale ha dei propri scopi, come ad esempio quello di fornire:

- descrizioni sulla struttura informativa esistente sulla droga nei rispettivi paesi ed il loro ruolo in quest'ambito;
- dettagli sulla rete dei partners istituzionali e non, che cooperano con loro ed una valutazione delle necessità informative di questa rete;
- lo sviluppo di definizioni linguistiche comuni ed equivalenti dei termini-chiave sulla droga;
- la stesura di rapporti nazionali, con una struttura comparativa, sulla situazione della droga.

Queste caratteristiche sono simili alla rete già esistente all'interno della Chiesa cattolica ed alla struttura basata sui rapporti utilizzati in questa Conferenza. Le esperienze

dell'EMCDDA sulla "standardizzazione" dell'informazione fornite dai nostri Punti Focali REITOX e da un sistema di informazione coordinato possono essere utili, se si programma un'ulteriore sviluppo della rete delle Conferenze Episcopali.

4. Epidemiologia

L'epidemiologia moderna è una disciplina generale che si è evoluta come scienza medica ma che risente dell'influsso della sociologia, dell'antropologia, della criminologia e dell'economia. Lo scopo del nostro lavoro in campo epidemiologico è quello di dare una descrizione di un fenomeno in una popolazione partendo dalla sua natura, dalla sua estensione e dalla sua distribuzione, così come di identificare i fattori ed i processi che sono correlati a scambi straordinari, e le differenze tra gruppi o aree. I problemi incontrati sono spesso definizioni (chi è il consumatore di droga?) o sono legati alla natura illegale e nascosta del fenomeno che dev'essere descritto.

Gli obiettivi del lavoro epidemiologico dell'EMCDDA sono quelli di fornire un panorama globale della situazione nell'Unione Europea a proposito delle droghe, del loro uso, della dipendenza dalla droga e sue conseguenze; e questo panorama è obiettivo, attendibile, comparativo ed utile per quanti lavorano nella polizia e per i medici a livello europeo.

5. Attività nel campo della riduzione della domanda

Se l'epidemiologia si basa esclusivamente sulla quantità dei dati descrivendo il volume e le caratteristiche specifiche

del fenomeno droga, la riduzione della domanda si interessa maggiormente all'informazione qualitativa sulle misure prese dagli stati membri per reprimere il problema.

Dato che nel campo della droga vengono usati molti termini, non c'è una *definizione chiara* della riduzione della domanda. Letteralmente, la "riduzione della domanda" implica la diminuzione del desiderio e dell'uso di droga. In pratica, questo termine viene usato per indicare una diversità di prevenzione, assistenza, trattamento ed interventi riabilitativi, e questo mix cambia nel tempo e nei luoghi.

L'EMCDDA ha adottato un *concetto operativo* e include tutte le attività che mirano ad una diminuzione della domanda di droga a livello individuale o di gruppo nella sua raccolta di informazioni. Gli interventi che mirano ad una riduzione delle conseguenze dannose dell'uso di droga comprendono anche:

- la prevenzione dell'uso di droga;
- la prevenzione dei rischi e delle conseguenze dannose attinenti all'uso della droga;
- l'assistenza a chi fa uso di droga;
- il trattamento dell'abuso di droga;
- il periodo post-trattamento e la riabilitazione.

Secondo questa concezione, la riduzione della domanda di droga può essere vista come *complementare all'approccio verso la riduzione della fornitura di droga*, che comprende misure per ridurre la disponibilità e l'accesso a droghe illecite.

Gli interventi per la riduzione della domanda hanno uno scopo ampio e multiforme, che va dalle azioni preventive che mirano a prevenire la domanda, ad operazioni specifiche che portano a far trattenere i tossicomani dal fare uso di droga o, in modo particolare, da pratiche nocive che sono correlate all'uso di droga come, ad esempio:

- progetti basati sulla comunità;
- programmi scolastici;

- programmi rivolti ai mass-media;
- trattamento;
- prevenzione delle malattie infettive.

Il ruolo dell'EMCDDA in questo campo è di raccogliere le informazioni sugli interventi di riduzione della domanda in Europa, che è obiettivo, attendibile e comparabile, ma questo compito non è semplice, a causa delle difficoltà nel raccogliere le informazioni da fonti decentralizzate o regionali, della mancanza di accessibilità a fonti esperte nel campo della riduzione della domanda, e per le differenze nei concetti e nella terminologia tra gli stati membri. La nostra strategia si basa perciò sulla raccolta sistematica e sul miglioramento della qualità delle attività di riduzione della domanda.

Il punto centrale riguarda gli aspetti psico-sociali e la dinamica dello sviluppo dell'uso di droga. Ci sono alcune aree di intersezione, dove la Chiesa Cattolica è molto attiva e dove potrebbe esserci uno scambio di informazioni. Ne farò una descrizione sommaria nella parte seguente.

6. Campi di intersezione

Come è stato puntualizzato da alcuni partecipanti a questa conferenza, non è sufficiente focalizzarsi solamente sulla riduzione dei "fattori di rischio", fattori che spesso si possono trovare nella biografia dei consumatori di droga e che si pensa possano predisporre all'uso della droga. È ancora più importante provare a determinare ed influenzare positivamente i "fattori protettivi", esaminando le caratteristiche della maggioranza dei giovani che non usano droga. Gli esempi per le attività correlate a quest'ultimo approccio sono di promuovere le capacità che fanno capo alla vita, cambiamenti verso uno stile di vita libero dall'abuso di sostanze, l'abilità di creare uno stile di vita e la responsabilità di ogni proprio comportamento. Altresì importante è che quello della prevenzione

della droga non venga visto come un argomento isolato, ma che faccia parte di un più ampio concetto di promozione della salute e dello sviluppo di stili di vita sani (infanzia e adolescenza). Contrariamente ad alcune affermazioni che ho udito durante questa conferenza, è di cruciale importanza che la prevenzione non riguardi soltanto le droghe illegali ma che tenga conto anche di altre sostanze (tabacco, alcool, droghe medicinali). C'è un vasto consenso tra gli scienziati ed i medici sul fatto che le strategie per una prevenzione precoce ed i messaggi devono comprendere l'alcool ed il tabacco, anche per stare attenti alla credibilità dei "prevenzionisti" di fronte ad una gioventù critica ed informata.

Gli ambienti più importanti per gli interventi di prevenzione sono:

1. interventi sulla prima infanzia;
2. programmi scolastici;
3. programmi giovanili fuori dall'ambiente scolastico;
4. programmi a livello di comunità.

Gli interventi di prevenzione sulla prima infanzia partono dalla conoscenza che la famiglia ha sulla maggiore influenza sulla formazione di alcuni comportamenti, sia sulla maggiore potenzialità di instaurare uno stile di vita che favorisca la salute emotiva e fisica del bambino. È un ambiente importante, perché la prevenzione della droga dovrebbe partire molto presto e, in una prima fase, dovrebbe assistere i genitori nell'educazione dei loro figli. È un ambiente dove le Chiese possono avere un'influenza sostanziale e raggiungere le famiglie ed i loro figli in una maniera efficace, dato che gli operatori in questo campo hanno ricevuto un addestramento proprio sulla prevenzione.

I programmi giovanili fuori dall'ambiente scolastico spesso usano approcci rivolti a gruppi di coetanei, che avvengono di preferenza in organizzazioni giovanili, con dei programmi speciali da ragazzo a ragazzo e programmi condotti da giovani. Queste attività

hanno una portata vasta, coinvolgendo avvenimenti culturali, concerti rock, il teatro, le produzioni cinematografiche, le manifestazioni, ecc. La partecipazione attiva e le esperienze personali e culturali, l'avventura, le tecniche di espressione corporea e il rischio controllato sono le caratteristiche principali di questi programmi. È anche un campo dove la Chiesa – per la sua infrastruttura ed i mezzi di cui dispone – può arrivare ad una grande parte della popolazione “target” per una prevenzione efficace.

Programmi a livello comunitario: la loro caratteristica comune è un approccio globale, che coinvolga l'intera società (*scuola / centri giovanili / vicini di casa / città / parte della città*). La base logica di questa strategia è che gli individui sono più suscettibili all'influenza di persone nelle

loro immediate vicinanze. Le attività in questo campo mirano ad una maggiore comunicazione tra gli adulti ed i giovani. L'influenza delle Chiese ed il potere di sostenere e di fare da intermediario nei programmi a livello di comunità è considerevolmente forte e può essere usato per iniziare dei programmi innovativi di riduzione della domanda nei quartieri a rischio.

Ricerca sulla valutazione. Una delle nostre principali priorità nel campo della riduzione della domanda identifica alcune indicazioni per una buona prevenzione:

1. dovrebbe tendere a rafforzare i fattori protettivi;
2. l'educazione delle capacità della vita dev'essere una componente centrale;
3. comprende elementi di sostanza-specifica e di sostanza non-specifica;
4. è tempestiva, a lungo ter-

mine e continua;

5. considera importante l'influenza della famiglia e del gruppo dei coetanei;

6. i mass media devono essere abbinati alla comunicazione interpersonale.

Ulteriori informazioni sul contenuto e sulla portata delle attività per una riduzione della domanda in Europa, che potrebbero servire da esempi o ispirare le vostre strategie di prevenzione possono essere trovate nel Rapporto Annuale dell'EMCDDA sullo stato del problema droga nell'Unione Europea. I punti principali del Rapporto Annuale sono a vostra disposizione nelle undici lingue dell'Unione Europea.

Sig. GREGOR BURKHART
Amministratore incaricato
delle questioni di prevenzione
e di valutazione
all'Osservatorio Europeo
delle droghe e tossicomanie
a Lisbona, Portogallo



Vorrei farmi portavoce di tutti i partecipanti e ringraziare il Presidente del Pontificio Consiglio per la Pastorale degli Operatori Sanitari nonché i membri del suo dicastero, per averci qui riuniti. La ricchezza degli interventi e gli scambi ci hanno aperto prospettive di lavoro, e ci hanno incoraggiati nell'impegno al servizio della vita e delle persone dipendenti dalla droga.

Esprimo altresì la nostra riconoscenza al Santo Padre che ha voluto questo Colloquio affinché la Chiesa apporti il proprio contributo ai problemi sollevati dalla tossicodipendenza.

Propongo di concludere le nostre riflessioni su tre punti:

1) Come si sono svolte le nostre sessioni di lavoro?

2) Quali sono le poste in gioco?

3) Quali gli orientamenti pastorali?

1. Come si sono svolte le nostre sessioni di lavoro?

1.1 Presa di coscienza dell'ampiezza del fenomeno

La produzione e l'offerta di droga, così come la sua domanda e il suo uso, pongono innumerevoli problemi. Questa pandemia colpisce tutti i paesi. Ci troviamo di fronte alla Terza Guerra Mondiale, quella della distruzione dello spirito dell'uomo mediante l'uso di prodotti tossici. Di fronte alla forza dei narcotrafficienti, delle potenze finanziarie, delle reti di distribuzione, della banalizzazione del consumo, dei problemi di salute pubblica provocati dalla droga e dell'aumento della domanda da parte dei giovani, abbiamo misurato meglio l'ampiezza del fenomeno. Se un sentimento di impotenza ci invade di fronte ad un tale flagello,

non possiamo tuttavia rassegnarci.

1.2 Numerose testimonianze

Abbiamo ascoltato numerose testimonianze delle chiese locali impegnate nella prevenzione e nel trattamento educativo, sociale e pastorale dei tossicodipendenti. Vengono intraprese molte azioni, prova che la Chiesa non è rimasta passiva di fronte a questo fenomeno. Ma dobbiamo fare di più.

Così, per mezzo dei suoi membri, la Chiesa opera e si esprime sui problemi posti dalla droga. Da molti anni il Santo Padre Giovanni Paolo II ha avuto occasione di sviluppare idee essenziali che permettono di orientare l'azione pastorale al fine di creare le condizioni psicologiche, sociali e spirituali favorevoli allo sviluppo della persona, all'educazione, alla crescita del legame sociale e alla qualità dell'inserimento professionale. Sono delle carte vincenti per lottare contro il ricorso alla droga.

1.3 Un'esperienza ecclesiale

Nel corso di queste tre giornate, abbiamo vissuto un'esperienza ecclesiale che, nell'unità e nella diversità dei suoi membri, ha riflettuto sui problemi umani tenendo conto della loro struttura nei riguardi dell'"*Evangelium vitae*". Questo incontro ci ha permesso di acquisire una coscienza comune. Dovremo ora portare nelle nostre chiese locali il frutto degli interscambi avuti e il messaggio di speranza a partire dal quale l'uomo può costruirsi umanamente e spiritualmente.

2. Quali sono le poste in gioco?

2.1 Ricerca di sensazioni

È importante esaminare le condizioni che spingono una

persona a fare uso di prodotti psicostimolanti o psicosedativi. I primi danno l'illusione di conferire energia, mentre i secondi avrebbero virtù calmanti. Nella persona che fa uso di droga, può esserci una sofferenza che le impedisce di vivere o il non saper scegliere, una noia esistenziale. In altre, che non presentano forzatamente problemi particolari, la droga è un oggetto di curiosità. Iniziano a consumarla in modo ricreativo, ma molto presto si creano problemi psicologici e sociali. Il prodotto diventa allora una risposta per coloro che non hanno motivazioni per la loro esistenza e per altri che sono presi nella trappola dell'euforia o della rilassatezza delle tensioni interne causate dalla droga. Ma, in tutti i casi, essi diventano prigionieri delle proprie sensazioni. Non sapendo nutrirsi della vita, si consumano con un prodotto qualunque, che in molti casi diventa l'unico scopo dell'esistenza: "È la felicità". Ci si droga per restare "agganciati" a se stessi, perdendosi. In questo gesto bisogna vedere una ricerca di relazione con se stessi e con gli altri che però, in questo modo, porta al fallimento.

2.2 La ricerca della felicità, in quali termini?

L'interrogativo qui posto è quello del benessere dell'uomo. Si tratta di un interrogativo che è sempre esistito ma che viene ravvivato quando non si sa accettare e dare un senso alla propria esistenza. In questo caso si rischia, con la droga, di voler esacerbare desideri senza limiti per metterli meglio a tacere. Il desiderio umano è insaziabile al punto di negarsi quando si prende per il proprio obiettivo. Ha bisogno di essere elaborato, orientato e finalizzato per svilupparsi, arricchirsi e assicura-

re la coerenza stessa della personalità. Invece, a voler realizzare i desideri come si presentano, in modo autonomo ed impulsivo, la personalità può essere presto sopraffatta e non essere più in grado di sapere cosa desidera. Se la persona si lascia andare a desiderare in questo modo, non costruisce nulla.

Già gli antichi, e in particolare i filosofi, avevano saputo porre i problemi riguardo l'economia del desiderio. Possiamo riassumere il loro pensiero in questo modo:

– Platone critica il desiderio che è senza limite e che resta impossibile da soddisfare. Propone di utilizzarlo per ricercare la verità sulla vita umana.

– Aristotele afferma che dal momento in cui ci si abbandona ai desideri, questi prendono l'uomo interamente e l'allontanano da ogni riflessione.

– Per Epicuro bisogna evitare di soffrire per i propri desideri e sopprimere le preoccupazioni. Bisogna dunque appropriarsi di oggetti per essere immediatamente appagati. La grande preoccupazione era “negli stili e gli usi dei desideri” per cercare di sfruttare l'infinito del desiderio. Ritroviamo questa idea nelle preoccupazioni contemporanee quando alcune persone lasciano la scena dell'esistenza per vivere in un universo artificiale fatto di molteplici sensazioni.

– Il Cristianesimo

Con il cristianesimo si mette in atto un'ermeneutica del desiderio, una ricerca d'intelligenza e di interpretazione del desiderio umano. Esso fa uscire l'uomo dal pensiero tragico in cui la filosofia greca l'aveva racchiuso. Si presenta attraverso un messaggio di vita (cfr. il mistero dell'Incarnazione del Figlio di Dio) ed invita l'uomo a prendere possesso della sua umanità piuttosto che fuggirla. Tale messaggio di speranza è un progetto di vita che invita a costruire la sua esistenza come una risposta all'amore di Dio (mistero pasquale: con la Resurrezione), la morte non può essere l'ultima parola sulla vita. La vita vale la pena di essere vissuta e trasformata. Per questo

passiamo dalla metafora del cibo impiegata dagli antichi (come vivere i piaceri della vita) alla metafora della sessualità nel pensiero cristiano per esprimere la dimensione conflittuale tra il desiderio infinito (che può angosciare) e la comprensione di ciò di cui abbiamo bisogno. Il cristianesimo propone di prendere in considerazione i desideri umani, di elaborarli e di cercare in funzione di quali prospettive realizzarli, piuttosto che volerli vuotare attraverso molteplici usi.

2.3 Il cristianesimo libera il lavoro sul senso del desiderio

I desideri hanno sempre inquietato la coscienza umana al punto di fuggirli, di coltivare illusioni di felicità o di negarli e di fare come se non esistano. Lo psicanalista E. Jones introduce il termine greco “aphanisis” (atto di far sparire) per designare questo bisogno presente in alcune persone di abolire la funzione stessa del desiderio. L'idea di morte prevale così sulle funzioni vitali. La psicologia del tossicodipendente può svilupparsi in rapporto a questa problematica. Il militante di alcuni uomini politici che vorrebbero depenalizzare l'uso delle droghe e in particolare la cannabis, resta prigioniero del sintomo e non percepisce le vere poste in gioco della crisi. Ciò non farebbe altro che legalizzare l'aphanisis e la morte simbolica dell'individuo.

Il cristianesimo ha dunque aperto un'altra dimensione alla riflessione sui desideri umani. Per gli antichi, essi restavano una specie d'angoscia e si preferiva ripiegare sul cibo, mentre per il cristianesimo essi sono fonte di vita. In questa prospettiva, bisogna saper scegliere i propri desideri e sapere quale tipo d'uomo si diventa.

Lo ripetiamo, la questione non è nuova. In un periodo più recente Freud l'ha analizzata in “Disagio della civiltà”. La civilizzazione è un progresso umano che obbliga ad organizzare e a dare significato alle proprie pulsioni riguardo ad ideali strutturali. L'uomo è portato a rinunciare al suo sen-

timento infantile di potenza e ad una parte della sua sufficienza e del suo narcisismo. Ciò è necessario per essere in relazione positiva con l'altro ed essere in grado di agire e di trovare piacere nella realtà. Tutte queste operazioni comportano delle sofferenze psichiche (nel senso di uno sforzo e di un lavoro su se stessi) ma anche delle rinunce. Esse si possono compiere soltanto nei confronti di un progetto di vita, di un ideale proposto dalla società. La persona incontra una realtà oggettiva che la limita ma, allo stesso tempo, l'apre alla vita e sviluppa la sua vita interiore. Il ricorso alla droga, spiega Freud, annulla questo processo. Egli parla della droga come dell'“uso di qualcosa che infrange la preoccupazione”, l'energia della persona diventa indolenza. Non ci si preoccupa altro che del prodotto che non fa pensare a sé e alla realtà. È la ricerca di un piacere illusorio.

In effetti, svilupparsi vuol dire essere capaci di costruire i propri desideri, di differirne la realizzazione e di scegliere oggetti compatibili con il mondo. Altrimenti il piacere è ricercato nell'immediatezza per essere spensierato e anestetizzato di fronte a quelle che sembrano essere difficoltà insormontabili per vivere. Noi non siamo fatti per tutti i piaceri che ci si presentano e di cui siamo capaci di fare uso fino a distruggerci. Tuttavia è questo il messaggio che diffonde la droga.

2.4 Quali sono le conseguenze?

1 – Non si sa più occupare il proprio spazio interiore. È la crisi delle risorse, il vuoto interiore, il disturbo cognitivo, la difficoltà a concentrarsi.

2 – La negazione del corpo. Tutto è fatto per valorizzare il corpo nella mentalità di oggi. Ma questa valorizzazione maschera il disprezzo del corpo reale a beneficio di un corpo immaginario che si cerca d'altronde di vivere come tale attraverso la droga.

3 – Non sentire più nulla. La psicologia del tossicodipendente sviluppa un paradosso: l'uso degli stupefacenti è ri-

cercato per moltiplicare le sensazioni e queste sono ricercate come per diventare insensibile alla vita che è in sé.

4 – Immaturità temporale. Il tempo è ridotto all'immediato senza alcuna coscienza storica. Questo rapporto a tempo breve non sostiene più le psicologie e prepara alle condotte additive di dipendenza per rassicurarsi.

Di fronte a queste varie constatazioni, la droga non è soltanto un problema medico che si può controllare grazie a prodotti sostitutivi ma un problema antropologico ed esistenziale. Quando milioni di persone non sanno più fare appello alle proprie risorse (psicologiche), sociali (culturali) e spirituali (religione), ciò significa che nelle nostre società manca una concezione dell'esistenza a partire dalla quale costruirsi ed assumersi. Voler ridurre le difficoltà dell'esistenza ad un semplice approccio medico mostra a quale punto le nostre società regrediscono e si sentano malate di un male di vivere.

3. Quali orientamenti pastorali? Quelli educativi

1) La Chiesa deve essere al centro dell'educazione in quanto l'educazione fa parte della sua missione di umanizzazione manifestando all'uomo che egli è chiamato da Dio alla vita. Nelle nostre società, l'educazione è stata trascurata in uno spazio di trenta anni e i bambini sono stati lasciati a se stessi col pretesto di non influenzare la loro libertà e di non fare scelte al posto loro. Questo atteggiamento ha contribuito a rompere con le trasmissioni necessarie che hanno purtroppo costituito l'umanità. L'educazione inizia quando i bambini possono identificarsi con adulti ed istituzioni affidabili, che li aiutano a crescere e a diventare liberi imparando a scegliere.

2) I bambini sono rimandati a se stessi e ciò che essi sentono dagli adulti potrebbe spesso essere tradotto così: "non identificatevi con noi, non abbiamo nulla da dirvi!". La società, ridotta in termini econo-

mici, fabbrica dei consumatori che saranno in affinità con i prodotti. Ma non si desta la coscienza di una persona, non la si accompagna in tutta la sua elaborazione storica, non le si trasmette una fede e una speranza a partire dalla quale scoprire il senso della vita. L'individuo deve sbrigliarsi da solo.

3) I bambini sono alla ricerca delle parole degli adulti. L'educazione contemporanea non li aiuta a resistere alle sollecitazioni interne ed esterne. Di qui delle personalità impulsive e violente che non accedono al lavoro della sublimazione per trasformare le rappresentazioni primarie della psicologia umana in funzioni superiori. Esse non accedono neanche al pensiero simbolico né al senso della legge. Questo lavoro è possibile soltanto nella misura in cui i giovani ricevono dal mondo esterno degli ideali, dei modelli sociali coerenti e un messaggio spirituale (catechismo). Il pensiero pragmatico, al contrario, domina gli spiriti al punto che gli individui non cercano più di comprendere e di interpretare il senso di ciò che ognuno desidera. Alcuni arrivano perfino ad affermare che bisogna abituarsi a vivere con la droga e che bisogna liberalizzare e depenalizzare alcuni prodotti come la cannabis. Agire in questo modo sarebbe una colpa simbolica che contribuirebbe a chiudere i giovani e la società in questo pragmatismo della soddisfazione immediata dando ragione al pensiero dei narcotrafficanti che si banalizza.

4) La moltiplicazione delle "prevenzioni" in tutti i campi della vita è il segno del fallimento dell'educazione in generale. Bisogna educare al senso della vita e allo stesso tempo ai rischi della vita. Bisogna sapere dire di "no" ad un bambino, metterlo di fronte ai limiti dell'esistenza affinché sviluppi le sue possibilità.

5) L'azione dei cristiani contro la droga e per la vita deve essere esplicita, come cristiani, affinché la specificità del messaggio della Chiesa appaia come un progetto di vita. L'esempio delle comunità terapeutiche è senza dubbio un

modello da presentare; esso permette una liberazione, una socializzazione, un progresso personale e la scoperta di una parola di vita a partire dal Vangelo portato dalla tradizione della Chiesa.

6) Ridare fiducia alla famiglia, ai genitori associandoli alla prevenzione in quanto essi sono i primi educatori dei loro figli. Confortarli nel loro ruolo e fornire loro i mezzi per esercitarlo. La famiglia è fonte di relazione, di vita, ed anche cellula di Chiesa.

7) Rinnovare la catechesi attraverso il tema dell'accettazione della vita, una vita voluta da Dio. Insegnare ai giovani a confrontarsi con la verità della parola di Dio per riflettere sulla loro esistenza e nutrirla. I giovani in particolare hanno bisogno di scoprire le verità oggettive a partire dalle quali la vita è possibile. Sono queste verità che Gesù Cristo è venuto a rivelarci e che la sua Chiesa continua a portare attraverso la storia umana.

8) Sviluppare la spiritualità dell'Incarnazione. Il figlio di Dio ha condiviso la condizione umana per liberarci e aprirci ad accogliere l'Amore del Signore. Egli ci invita a ricevere questa parola di vita per essere nel mondo senza fuggirlo. Ma questa parola non si confonde con i modi effimeri. Essa non è stata adattata al mondo. Quando la catechesi si confonde con schemi mondani, col pretesto della pedagogia, rischiamo di disorientarci e di non fare più apparire l'originalità e la ricchezza della Parola di Dio. Questa Parola è educatrice dell'interiorità umana.

9) Imparare a ritualizzare la vita per evitare le ripetizioni, le dipendenze e le incuranze. Imparare il senso dei gesti semplici della vita quotidiana fino ai gesti più solenni attraverso la celebrazione dei momenti importanti della storia. Moltissime persone non sanno più, ad esempio, cosa vuol dire un pasto in famiglia. Altre non conoscono più il significato delle feste che si celebrano. Recentemente dei giovani hanno detto ad un sacerdote: "perché mischiate il Natale con la religione?". Per loro la natalità è semplicemente una

fiesta mondana, che valorizza l'infanzia e un'animazione commerciale per scambiarsi doni. Questa testimonianza la dice lunga sulle nostre carenze culturali. Non conoscendo il senso delle feste e dei riti che strutturano la nostra società, si inventano altre feste che non hanno senso e che si riallacciano con feste strumentali e pagane come la festa dell'albero, la festa della musica, ecc.

Conclusione

Il discorso della Chiesa a proposito della droga non può che essere antropologico e morale. La Chiesa richiama al senso dell'educazione globale della persona nel rispetto della sua dignità. Essa deve porre alle nazioni la domanda: "quale concezione dell'uomo abbiamo quando si obbligano i cittadini a collocarsi in una prospettiva di liberalizzazione della droga?". La sola visione dell'esistenza che dà la società è sanitaria ed igienista. La società promette alla gente di accompagnarla in una morte pulita e sotto controllo medico. Si vuole fare della prevenzione ed evitare la tossicodipendenza e allo stesso tempo si afferma il seguente contromessaggio: "potete drogarsi, ci sarà sempre qualcuno per curarvi, anche se ciò costa una fortuna alle collettività". La legalizzazione della droga rischia di produrre effetti inversi a quelli ricercati quando si sa che oggi si concepisce

facilmente che ciò che è legale è normale e morale. Attraverso la depenalizzazione non è il prodotto ad essere liberalizzato ma le ragioni e il comportamento che conducono a consumare questi prodotti ad essere validati senza che ci si interroghi su se stessi e sulla vita. La distinzione tra droga pesante e droga leggera è falsa nella misura in cui il ricorso e la dipendenza dai prodotti riposano sulle stesse strutture psicologiche: mancanza di sostegno, carenza d'interiorità e *self uncertain*. Sono altrettante morti annunciate in una società che accetta il sacrificio inutile dei suoi giovani là dove vengono rifiutate delle rinunce necessarie.

Come educare e curare a partire dal momento in cui la legge riconosce questo comportamento come possibile? Siamo di fronte ad una contraddizione supplementare del mondo attuale che banalizza un fenomeno e cerca poi di sapere come curarlo. I contribuenti continueranno ad accettare di pagare le tasse per fronteggiare i problemi sanitari di coloro che si perdono in tutti gli eccessi? Un conflitto sociale molto grave rischia di presentarsi di fronte ai costi enormi che rappresentano per la collettività la prevenzione e le cure da prestare, tra gli altri, ai tossicodipendenti. Possiamo sempre fare appello alla solidarietà mentre il problema essenziale è anzitutto l'educazione dei comportamenti. L'atteggiamento liberale dei politici e di chi prende le deci-

sioni prepara severe repressioni future. La compassione non è la condiscendenza. Il drogato non è una vittima: basta dargli il senso delle sue responsabilità e sanzionare quando necessario per evitare di infantilizzarlo.

La Chiesa deve reagire in modo profetico di fronte a questo clima di suicidio. Dobbiamo prestare attenzione a due problemi.

– La Chiesa si preoccupa dell'uomo in nome dell'Amore di Dio. Il suo messaggio è diretto ad educare il comportamento umano. Essa non può essere soddisfatta dai messaggi igienisti e sanitari che sono parziali ed immediati.

– La Chiesa deve ricordare alle nazioni che la "tossicodipendenza è il risultato di una cultura vuotata di numerosi valori umani e compromette la promozione del bene comune e pertanto dello sviluppo della persona" (Dalla disperazione alla speranza, Pontificio Consiglio per la Famiglia, Libreria Vaticana, p. 32).

Per questo il "Manuale per gli operatori pastorali di fronte ai problemi della tossicodipendenza" dovrà tradurre chiaramente le poste in gioco ma anche gli orientamenti pastorali e la pedagogia per essere "solidali per la vita". Poiché nessuno può amare Dio senza amare l'uomo. Si può ferire fortemente Dio ferendo l'uomo.

P. TONY ANATRELLA
*Psicanalista e Specialista
in Psichiatria Sociale,
Parigi*



***VI Giornata
Mondiale del Malato***



***Loreto
8-11 febbraio 1998***

A Loreto la VI Giornata Mondiale del Malato

Cronaca

78

Nell'anno dedicato, per volontà del Santo Padre, ad una speciale riflessione sullo Spirito Santo, la VI Giornata del Malato è stata celebrata all'insegna delle parole: "Lo Spirito ci fa casa di salute e di speranza".

Luogo designato per la celebrazione principale il santuario mariano di Loreto (Italia). "Loreto – come ha ricordato il Santo Padre nel Messaggio per questa Giornata, datato il 19 giugno 1997 e pubblicato il 3 luglio successivo –, ricordando il momento in cui il Verbo si è fatto carne nel grembo della Vergine Maria per opera dello Spirito Santo, invita a fissare lo sguardo sul mistero dell'Incarnazione". Perciò il Messaggio pontificio per questa VII Giornata Mondiale del Malato sviluppa il tema: "E il Verbo si fece carne, per opera dello Spirito Santo, nel grembo di Maria Vergine".

A tale motivazione ideale della scelta del luogo, il Papa ha voluto anche aggiungere un personale ricordo, scrivendo, nel medesimo Messaggio: "Nei miei ripetuti pellegrinaggi a questo primo Santuario di portata internazionale dedicato alla Vergine... ho sempre sentito la particolare vicinanza dei malati, che qui accorrono numerosi e fidenti".

Caratteristica saliente della celebrazione della VI Giornata Mondiale del Malato è stato l'impegno congiunto del Pontificio Consiglio della Pastorale per gli Operatori Sanitari, dell'Ufficio della Conferenza Episcopale Italiana (CEI) per la Sanità, dell'arcivescovo di Loreto Mons. Angelo Comastri, presidente del Comitato nazionale della CEI per il Giubileo del Duemila, di Mons. Sergio Pintor, direttore dell'Ufficio e Consulta Nazionale della CEI per la Pastorale della Sanità, della Regione Mar-

che e dei suoi vescovi, sacerdoti, religiosi e religiose e, particolarmente, dei frati Capuccini del santuario e del personale della Congregazione universale.

Questa convergente collaborazione ha reso possibile non soltanto un'ideale preparazione e celebrazione della Giornata, ma anche una sua singolare forza sensibilizzatrice presso aree sempre più vaste sia di fedeli sia di istituzioni religiose e laiche impegnate in campo sanitario.

La preparazione della Giornata

Annunciata e indetta dal Messaggio del Papa, la celebrazione della VI Giornata Mondiale del Malato, è stata subito oggetto di molteplici iniziative preparatorie. Non va dimenticato che oltre un mese prima della pubblicazione del Messaggio pontificio, Madre Teresa di Calcutta, ormai prossima alla morte, aveva inviato (22 maggio 1997), una lettera a Mons. Angelo Comastri proprio sulla Giornata Mondiale del Malato.

È stata innanzitutto cura del Pontificio Consiglio della Pastorale per gli Operatori Sanitari, nella persona del suo Presidente Mons. Javier Lozano Barragan e dei suoi più stretti collaboratori, in stretta convergenza di intenti con quanti erano impegnati al riguardo, curare una capillare diffusione sul piano internazionale del Messaggio pontificio, preparare il *Manifesto* ufficiale della Giornata e numerosi sussidi. Di grande rilievo, poi, l'apporto dato da *Radio Maria* che ha trasmesso in diretta le principali iniziative legate alla celebrazione.

Il 21 novembre 1997, a Loreto, nella Sala del Tinello, ha

avuto luogo la presentazione ufficiale alla stampa del programma della VI Giornata, con la partecipazione di Mons. A. Comastri, di Mons. Donato Bianchi, arcivescovo di Urbino e Presidente della Consulta della CEI per la Pastorale della Sanità, di p. José Luis Redrado, Segretario del Pontificio Consiglio della Pastorale per gli Operatori Sanitari, del Ministro della Sanità del governo italiano On.le Rosy Bindi e del Presidente della Regione Marche Vito D'Ambrosio.

Nei giorni 27, 28 e 29 novembre 1997 si teneva a Loreto il primo Convegno Nazionale dei Direttori degli Uffici diocesani e regionali della Pastorale per la Sanità, con il patrocinio della CEI.

In occasione della Festa della Traslazione della Santa Casa (9-10 dicembre 1997), aveva luogo a Loreto, con la partecipazione del Card. Bernardino Gantin, Decano del Sacro Collegio e Prefetto della Congregazione per i Vescovi, la consegna ai pellegrini di copia del Messaggio del Papa. Nel frattempo, il mensile lauretano *Il Messaggio della Santa Casa* informava e stimolava con sobrietà, ma forte efficacia, i suoi lettori divenendo, anche per il futuro, una preziosa fonte di informazione a perenne memoria dell'evento.

Il 15 gennaio, presso la Facoltà di Medicina di Ancona e da essa organizzato in collaborazione con l'Istituto Teologico Marchigiano, si teneva il Convegno scientifico su *Le strutture sanitarie e i diritti del malato* con l'alto patrocinio del Presidente della Repubblica italiana, della Presidenza del Consiglio dei Ministri e della Regione Marche.

Il 22 gennaio, durante l'ottavario di preghiere per l'unità dei cristiani, incontro ecume-

nico a Loreto sul tema: *L'esperienza del dolore come luogo di riconciliazione*. Erano presenti e sono intervenuti sull'argomento l'arcivescovo armeno ortodosso Mons. Datev Sarkisian, il pastore Domenico Tomasetto, Presidente della Federazione delle Chiese evangeliche in Italia, don Oreste Benzi, fondatore della comunità Giovanni XXIII e la dott.ssa Silvia Maragoni della Comunità di Sant'Egidio. Tre giorni più tardi, il 25 gennaio, sempre presso il santuario, il Convegno sul tema: *Il dominio sulla procreazione umana di fronte all'etica*, promosso dall'Associazione Medici Cattolici Italiani, con la partecipazione e l'intervento di Mons. Elio Sgreccia, Presidente della Pontificia Accademia per la Vita.

Nel periodo 23-30 gennaio le diocesi delle Marche hanno organizzato tre pellegrinaggi di fedeli malati e non malati, mentre dal 6 febbraio iniziava un triduo di preghiera conclusosi con la consacrazione e offerta della sofferenza. Ogni giornata del triduo era animata da gruppi di ammalati e di Volontariato per gli ammalati della Regione Marche.

Il 5 febbraio, nella Sala stampa vaticana, si è tenuta la presentazione della *VI Giornata Mondiale del Malato*. Vi prendevano parte il Presidente del Pontificio Consiglio della Pastorale per gli Operatori Sanitari Mons. Javier Lozano Barragan, il Segretario p. José Luis Redrado OH, il Sottosegretario p. Felice Ruffini MI, Mons. Angelo Comastri, Mons. Sergio Pintor, il Dott. Giampietro Ragagna e Marino Cesaroni, addetto stampa della Delegazione pontificia di Loreto. Coordinava la dott.ssa Lina Petri. Al termine della conferenza stampa sono state anche presentate alcune iniziative collaterali, come: la consegna a tutti gli intervenuti: del *foulard* ricordo, dell'immagine del Santo Padre con la preghiera da lui composta per la Giornata Mondiale del Malato, copia della ricordata lettera di Madre Teresa di Calcutta, una cartolina ricordo e un rosario.

Nel corso della conferenza stampa veniva presentata

l'emissione di due francobolli a cura dell'Azienda Autonoma Filatelica e Numismatica della Repubblica di San Marino e si annunciava che le Poste italiane avevano disposto un annullo speciale con riferimento all'evento.

Domenica 7 febbraio, all'Angelus, Giovanni Paolo II, ricordava ai presenti l'importanza della celebrazione della Giornata Mondiale del Malato e chiamava Loreto "celeberrima icona del mistero dell'incarnazione, sede quanto mai adatta in questo secondo anno di preparazione immediata al Grande Giubileo, dedicato allo Spirito Santo".

La celebrazione

Momenti centrali della celebrazione quelli che hanno contrassegnato le giornate dell'8, 9, 10 febbraio, culminando nella Giornata Mondiale del Malato dell'11 febbraio. Essi sono stati: Il Congresso scientifico internazionale (8 febbraio), l'Incontro dei Vescovi responsabili della Pastorale sanitaria in Europa (9 febbraio), la Giornata di Preghiera e di fraternità (10 febbraio), la celebrazione dell'11 febbraio.

Il *Congresso internazionale* (8 febbraio) sul tema: *Economia e sanità. Priorità ed equità nella distribuzione delle risorse* ha avuto luogo nel grande Auditorium Giovanni Paolo II. In mattinata sono stati illustrati gli aspetti: *sociologico* (Prof. Stefano Zamagni dell'Università di Bologna), *politico-economico* (Dott. Fernando Antezagna, dell'Organizzazione Mondiale della Sanità), *etico pastorale* (Mons. Javier Lozano Barragan, Presidente del Pontificio Consiglio della Pastorale per gli Operatori Sanitari).

Alla tavola rotonda pomeridiana, moderati dall'On.le Maria Pia Garavaglia, Commissario straordinario della Croce Rossa Italiana, sono intervenuti: l'On.le Rosy Bindi, Ministro della Sanità del governo italiano, l'On.le Leonardo Solis, Ministro della Sanità del governo albanese, il Prof. Anatolj Romanenko, accademico delle Scienze e Direttore generale

del Centro Medicina delle Radiazioni di Kiev (Ucraina) e il Prof. P. Franco Decaminada, Presidente dell'Istituto Dermatologico dell'Immacolata (Roma).

In apertura dei lavori, il Presidente del Pontificio Consiglio Mons. Javier Lozano Barragan, ha rilevato che "è assurdo pensare di mettere il lucro al centro del sistema sanitario" in quanto "la salute è un bene in sé su cui pesa un'ipoteca sociale e quindi bisogna assicurarla a tutti gli abitanti della terra, utilizzando al meglio le risorse". Il segretario generale della CEI Mons. Ennio Antonelli ha ricordato che una parte considerevole dei progetti finanziati dalla CEI per il Terzo mondo sono di carattere sanitario.

In tutti gli interventi è emersa la necessità e l'urgenza dell'affermarsi di una mentalità solidaristica alla quale la visione cristiana dell'uomo offre un sostegno insostituibile.

Ha chiuso il Congresso Mons. Sergio Pintor. In serata un grande concerto per organo del Maestro Giuseppe Di Mare sul tema: *Jeshua: dall'Attesa alla Gloria*: una riproposta in chiave poetico-musicale, con musiche di M. E. Bossi, J. S. Bach, G. Frescobaldi, D. Zipoli, F. Mendelssohn e Di Mare, della vita di Gesù. Voce recitante Gianni Alderuccio.

In giornata, la Messa domenicale del mattino, presieduta da Mons. Comastri, è stata trasmessa in diretta da Raiuno. In serata, solenne celebrazione eucaristica di Mons. Javier Lozano Barragan.

L'Incontro dei *Responsabili della Pastorale Sanitaria in Europa* (9 febbraio) aveva per tema: Il ruolo del Vescovo Responsabile della Pastorale sanitaria in relazione con il Piano delle Conferenze Episcopali e del Dicastero. Interrogativo di fondo: come rispondono le chiese in Europa alle sollecitazioni che vengono dal mondo della sanità e della salute? Quali le risorse impegnate e quali i problemi da affrontare? I lavori congressuali sono iniziati dopo una concelebrazione presieduta da mons. Franco Festorazzi, arcivescovo di Ancona. Oltre al Presi-

dente del Pontificio Consiglio che ha introdotto l'incontro, hanno parlato Mons. Georg Eder, vescovo di Salisburgo (Austria), Mons. Jacques de Vlioger, delegato del Vescovo di Bruges (Belgio), Mons. Guergui Yovcev, vescovo di Plodviv (Bulgaria), Mons. Armando Brambilla, delegato per l'assistenza religiosa agli ospedali di Roma (Italia), Mons. Rimantas Norvila, delegato della Conferenza episcopale lituana, Mons. Czeslaw Podlaski, delegato della Conferenza episcopale polacca, Mons. Frantisek Vaclav Lobkowicz, vescovo di Ostrava (Repubblica Ceca), mons. Joze Stupnikar, delegato della Conferenza episcopale slovena, Mons. Javier Osés, vescovo di Huesca (Spagna), Mons. William Dèkani, vescovo ausiliare di Eszterg-Budapest (Ungheria).

Rilevata la diversità di situazioni tra le chiese dell'Europa occidentale e quelle dell'Europa orientale, si è preso atto che le prime subiscono un'eccessiva influenza della pastorale sanitaria del passato, mentre le seconde, dopo decenni di regime comunista ed ateo devono, per molti aspetti, impostare daccapo un'idonea pastorale sanitaria, tenendo conto della scarsità di clero.

Molto toccanti, alla fine della giornata, le testimonianze rese da Mons. Giuseppe Beretta, fratello della Beata Gianna Beretta Molla, di Maria Grazia Bolzoni, amica della Serva di Dio Benedetta Bianchi Porro, di Luciano Mazzini, giovane tetraplegico che comunica soltanto con il battito delle palpebre e di don Daniele Simonazzi, guida spirituale di Paolo Caccone nel tempo della malattia (Aids) e del suo ritorno alla fede. I canti mariani di Nunzio Farsi, accompagnati alla fisarmonica da Valentino Lorenzetti, hanno animato l'Incontro.

La *Giornata di Preghiera e di fraternità* (10 febbraio) è stata celebrata nel Palazzetto dello Sport dov'erano convenuti, per iniziativa dell'UNITALSI, ammalati e giovani volontari. Tema dell'incontro: *Comunicare speranza nella preghiera e nel servizio*.

La veglia serale di preghiera sul tema: *Maria, la donna del sì* ha visto la partecipazione anche del Card. Angelo Sodano, Segretario di Stato di Sua Santità e Legato Pontificio per la VI Giornata Mondiale del Malato. Presenti, oltre al Presidente del Pontificio Consiglio, il vescovo di Livorno Mons. Alberto Ablondi, vice Presidente della CEI.

Un motivo di forte entusiasmo e di partecipata commozione la partecipazione all'incontro dei cantanti Morandi, Scialpi e della Scarlet, rimasta paralizzata dopo un grave incidente stradale.



La *Celebrazione conclusiva* (11 febbraio), memoria della B. M. Vergine di Lourdes, è stata insieme molto solenne e massimamente partecipata. 2500 gli ammalati presenti, circondati da una fitta schiera di volontari e da numerosissimi fedeli.

Alle ore 10.15, in collegamento diretto con Loreto, il Santo Padre Giovanni Paolo II, dall'Aula Paolo VI ha parlato e benedetto i partecipanti alla VI Giornata Mondiale del Malato. Centrali queste parole del messaggio: "Nell'atmosfera suggestiva del luogo sacro accogliamo la luce e la forza dello Spirito, capace di trasformare il cuore dell'uomo in una dimora di speranza. Nella casa di Maria c'è posto per tutti i suoi figli. Dove, infatti, abita Dio, ogni uomo trova accoglienza, conforto, pace, particolarmente nell'ora della prova".

Rilevava un servizio de

L'Osservatore Romano: "Loreto e il Papa; Loreto e la lunga schiera di malati e di pellegrini; Loreto e l'Aula delle udienze in Vaticano: due santuari, con tante anime in preghiera, nel giorno della festa della Madonna di Lourdes".

Seguiva la solenne *Concelebrazione* presieduta dal Legato pontificio Card. Angelo Sodano, presenti le più alte autorità religiose, civili e militari. Animava i canti dell'assemblea p. Corrado Brida.

L'omelia del card. Angelo Sodano, dopo aver ricordato il significato della Giornata Mondiale del Malato, si è soffermata sul mistero della sofferenza umana, sulla risposta al problema del dolore data da Cristo attraverso l'amore. Richiamando, quindi, un passo della Lettera apostolica *Salvifici doloris* di Giovanni Paolo II ("Insieme con Maria, madre di Cristo, che stava sotto la croce, ci fermiamo accanto a tutte le croci dell'uomo d'oggi"), il porporato ha invitato i presenti, se malati, ad affidarsi al sostegno che viene loro dalla Chiesa e, se sani, ad impegnarsi in maniera prioritaria nel servizio a chi soffre.

Insistenti applausi si ripetevano ogni qualvolta il cardinale nominava il Santo Padre.

La presenza nella basilica lauretana del Legato pontificio, di numerosi vescovi, di clero, religiosi, religiose, fedeli di ogni condizione e grado, tutti stretti intorno ai malati e impegnati nella riflessione sul significato cristiano della sofferenza, offriva un quadro commovente e quanto mai realistico della Chiesa universale che, nell'attenzione e nel servizio a chi soffre, può e deve trovare una delle più profonde ed efficaci ragioni della sua interna unità e dell'efficacia della sua testimonianza nel mondo.

Quasi prolungamento della celebrazione, il Convegno dei giorni 1, 2 e 3 maggio a Loreto, sul tema: *"Lo Spirito viene in aiuto alla nostra debolezza (Rm 8,26). Quale spiritualità della sofferenza?"*, organizzato dal Centro Volontari della sofferenza e con la partecipazione del cardinale Giacomo Biffi, arcivescovo di Bologna.

Al Nostro venerabile fratello, il Cardinale di Santa Romana Chiesa ANGELO SODANO, Segretario di Stato:

Il Signore Nostro Gesù Cristo è disceso sulla terra per portare a noi, afflitti dalle sofferenze del corpo e dell'anima, sollievo e cura e per rivelarci il valore salvifico del dolore. Questo l'ha insegnato non solo con le parole ma anche con l'esempio, assumendo i nostri dolori e le nostre sofferenze, umiliando se stesso e facendosi obbediente fino alla morte (Fil 2, 7-8).

In prospettiva dell'anno giubilare del 2000, il Pontificio Consiglio della Pastorale per gli Operatori Sanitari ha proposto che, nel 1998, questo messaggio salvifico venga celebrato e manifestato nella giornata mondiale dedicata agli ammalati. Con massima gioia l'accogliamo e stabiliamo come sede della sua celebrazione la città di Loreto, presso il celeberrimo Santuario mariano chiamato icona del mistero dell'Incarnazione. È un luogo appropriato: da secoli i fedeli vi giungono da molte regioni del mondo in pio pellegrinaggio per venerare la Madre celeste e per chiederle la salute dell'anima e del corpo. Il giorno 11 del prossimo mese di febbraio sarà dedicato a tutti i fedeli del mondo afflitti dalla malattia.

Tale giornata dovrà essere celebrata con speciale solennità. Per significare la nostra particolare presenza spirituale e il nostro intervento in detta celebrazione, e in un modo più adatto sottolineare l'importanza dell'avvenimento, con particolare fiducia del nostro animo ricorriamo a Te, Venerabile fratello, affinché realizzi questo ministero. Ti nominiamo nostro LEGATO PONTIFICIO per la giornata mondiale del malato, che si celebrerà a Loreto nella Santa Casa lauretana, in considerazione degli innumerevoli meriti che giorno dopo giorno hai acquisito nel farti carico degli affari pubblici della Chiesa senza risparmiare sforzo alcuno. Mediante queste lettere e per tuo tramite salutiamo unitamente ai sacri pastori, tutto il Clero, i religiosi e tutti i fedeli laici lì riuniti.

Rappresentando la Nostra persona, presiederai i riti liturgici e con la tua parola testimonierai il Nostro affetto filiale alla Vergine Madre di Dio ed illustrerai secondo le Nostre

intenzioni l'importanza che questo avvenimento riveste per tutti e in particolar modo per i malati, che confermerai nella fede. A tutti infine dimostrerai il Nostro affetto che li abbraccia, li consola nelle sofferenze e gli rallegra il cuore. Sii certo che accompagneremo la tua missione con le Nostre preghiere, confidando che darà ottimi risultati per tutti i presenti.

È pertanto con gioia che impartiamo la Nostra benedizione apostolica come garanzia certissima di salute e annunciatrice di grazie divine per tutti coloro che parteciperanno alla celebrazione, in particolare ti chiediamo di estenderla alla comunità lauretana.

Dal palazzo apostolico, il giorno XXIX dicembre, dell'anno 1997, vigesimo del nostro Pontificato.

GIOVANNI PAOLO II

La missione pontificia che accompagnerà il Porporato sarà composta da Sua Eccellenza Mons. Javier Lozano, Presidente del Pontificio Consiglio della Pastorale per gli Operatori Sanitari, dal Reverendo Padre José L. Redrado, O.H. e dal Reverendo Padre Felice Ruffini, M. I., rispettivamente Segretario e Sotto-Segretario del medesimo Pontificio Consiglio; dal Reverendo Mons. Timothy Broglio, consigliere di Nunziatura.



Ogni uomo, imitando Maria, può diventare cooperatore della sofferenza di Cristo e della sua redenzione

LA MEDITAZIONE DEL SANTO PADRE IN VISTA DELLA VI GIORNATA MONDIALE DEL MALATO

Giovanni Paolo II, rivolgendosi domenica 8 febbraio, ai fedeli raccolti in Piazza San Pietro per il consueto appuntamento per la preghiera mariana, ha voluto con queste parole ricordare la VI Giornata Mondiale del Malato, che si celebra l'11 febbraio.

Questa è la riflessione proposta dal Papa prima della recita dell'Angelus:

Carissimi Fratelli e Sorelle!

1. Mercoledì prossimo, 11 febbraio, si celebra la sesta *Giornata Mondiale del Malato*, posta sotto lo spirituale patrocinio della Vergine di Lourdes, la cui memoria liturgica ricorre in quel giorno. Quest'anno essa si svolgerà a Loreto, presso la Santa Casa, celeberrima icona del mistero dell'Incarnazione, sede quanto mai adatta in questo secondo anno di preparazione immediata al grande Giubileo, dedicato allo Spirito Santo.

Per questa importante circostanza, ho nominato mio Legato il Cardinale Segretario di Stato Angelo Sodano, che si recherà a Loreto insieme ai Responsabili del Pontificio Consiglio della Pastorale per gli Operatori Sanitari.

Non posso non ricordare qui i grandi meriti del Cardinale Angelini, che stava all'inizio di questo Consiglio per gli Operatori Sanitari.



2. La Giornata del Malato invita tutti a riflettere sul significato ed il valore della sofferenza, alla luce della Buona Novella di Cristo, della rivelazione cioè che Dio non è indifferente ai drammi e alle prove degli uomini ma, al contrario, li ha presi su di sé per aprirci la via della salvezza.

Nella sua esistenza terrena, Cristo si è avvicinato con particolare amore alle persone sofferenti. Egli guariva gli ammalati, consolava gli afflitti, nutriva gli affamati, liberava dalla sordità, dalla cecità, dalla lebbra, dal demonio e ridava la vita ai morti. Al culmine della sua missione, Egli andò incontro alla passione e alla morte con la consapevolezza che proprio per mezzo della Croce doveva toccare le radici del male e compiere l'opera della salvezza.

Spinto dall'amore, Cristo soffrì volontariamente e soffrì da innocente, provando così la verità dell'amore mediante la verità della sofferenza, una sofferenza che Lui, Uomo-Dio, provò con un'intensità incommensurabile. Ma proprio attraverso questo sacrificio, Egli *legò una volta per sempre la sofferenza all'amore, e così la redense*.

3. *Associata a Gesù* in questo mistero di sofferenza e di amore è, in primo luogo, *la sua Madre Maria*. Il suo dolore si unisce a quello del Figlio. Sul Calvario Ella diventa modello perfetto di partecipazione alla Croce di Cristo.

Ogni uomo è chiamato a soffrire; ogni uomo, imitando Maria, può diventare cooperatore della *sofferenza di Cristo* e quindi della sua *redenzione*. Ecco la Buona Notizia che la Chiesa non cessa di annunciare, soprattutto mediante la splendida testimonianza di tanti uomini e donne che accolgono con fede e vivono con amore le prove fisiche e spirituali della vita.

Affido tutte le persone ammalate e sofferenti alla Beata Vergine Maria, *Salus infirmorum*. Possa la sua materna intercessione ottenere a ciascuno la consolante esperienza dell'amore di Dio, che anche nella notte del dolore infonde la luce della speranza.

“Cari ammalati, oggi è la vostra giornata”

DALL'AULA PAOLO VI AL SANTUARIO DI LORETO

È stata un'udienza particolare quella di mercoledì 11 febbraio, un incontro contraddistinto dalla presenza di tanti malati e dal collegamento con Loreto, dove il Legato Pontificio, Card. Sodano, Segretario di Stato, ha presieduto la Celebrazione della Giornata Mondiale. Ai fedeli presenti nell'Aula Paolo VI e a quanti si sono riuniti presso la Santa Casa il Papa ha rivolto questa catechesi:

1. Oggi, 11 febbraio, giorno dedicato al ricordo della Madonna di Lourdes, celebriamo la *Giornata Mondiale del Malato*, giunta ormai alla sua sesta edizione. Quest'anno essa ha luogo nel santuario di Loreto, presso la Santa Chiesa, dove sono raccolti per questa singolare circostanza ammalati e volontari, fedeli e pellegrini provenienti dall'Italia e da altre Nazioni. Vorrei subito rivolgere ad essi, collegati con noi mediante la radio e la televisione, il mio affettuoso pensiero. Saluto anzitutto il mio Rappresentante alla celebrazione, il Cardinale Segretario di Stato Angelo Sodano; il Presidente del Pontificio Consiglio della Pastorale per gli Operatori Sanitari, Mons. Javier Lozano Barragán, e quanti hanno promosso ed organizzato l'odierna manifestazione. Saluto il Delegato Pontificio per il Santuario Lauretano, Mons. Angelo Comastri, ed i Presuli che hanno voluto essere presenti all'incontro di preghiera. Saluto gli operatori sanitari ed i volontari, specialmente i membri dell'UNITALSI.

Ma, in modo particolare, la mia parola si dirige con intenso affetto agli ammalati. Sono essi i veri protagonisti di questa Giornata, che suscita nel mio animo un'eco tanto viva e profonda. Giunga ad essi il mio saluto più cordiale!

2. *Loreto e gli ammalati!* Quale binomio interessante! Il noto santuario mariano evoca immediatamente il mistero dell'*Incarnazione*, in cui è stata fondamentale l'azione dello Spirito. Ed è proprio allo Spirito Santo che è dedicato il 1998, secondo anno di preparazione immediata al grande Giubileo del Duemila.

Vorrei recarmi in spirituale pellegrinaggio ai piedi della Vergine Lauretana insieme con voi che siete convenuti oggi in quest'Aula

Paolo VI per il consueto appuntamento annuale dell'11 febbraio. Ci uniamo spiritualmente agli ammalati che si trovano a Loreto, per sostare in preghiera all'interno della Santa Casa, evocatrice della mirabile condiscendenza divina, per la quale il Verbo si è fatto carne ed ha preso dimora tra gli uomini.

Nell'atmosfera suggestiva del luogo sacro accogliamo la luce e la forza dello Spirito, capace di trasformare il cuore dell'uomo in una *dimora di speranza*. Nella casa di Maria c'è posto per tutti i suoi figli. Dove infatti, abita Dio, ogni uomo trova accoglienza, conforto e pace, particolarmente nell'ora della prova. Con Maria, “Salute degli infermi”, c'è sostegno per chi vacilla, luce per chi è nel dubbio e sollievo per quanti penano nella sofferenza e nella malattia.

Loreto è casa di solidarietà e di speranza, dove si avverte quasi sensibilmente la materna sollecitudine di Maria. Confortati dall'assicurazione della sua materna protezione, ci si sente più animati a condividere le sofferenze dei fratelli, provati nel corpo e nello spirito, per versare sulle loro piaghe, sull'esempio del Buon Samaritano, l'olio della consolazione e il vino della speranza (cfr. *Messale Romano*, Prefazio Comune VIII).

Come alle nozze di Cana, la Vergine è attenta alle necessità di ogni uomo e di ogni donna ed è pronta ad intercedere per tutti presso il Figlio suo. Per questo è molto signifi-



ficativo che le Giornate Mondiali del Malato si svolgano, anno dopo anno, in santuari mariani.

3. Cari ammalati, oggi è la vostra Giornata. Penso a voi raccolti accanto alla Santa Chiesa, a voi presenti in quest'Aula, come pure a tutti gli ammalati che si sono dati appuntamento ai piedi dell'Immacolata presso la grotta di Lourdes od in altri santuari mariani del monto intero. Penso a voi, ancor più numerosi, negli ospedali, nelle vostre case, nelle stanze che sono i santuari della vostra pazienza e della vostra preghiera quotidiana.

Per voi nella Comunità ecclesiale è riservato un posto speciale. La condizione di infermità e il desiderio di recuperare la salute vi rendono testimoni privilegiati della fede e della speranza.

Affido all'intercessione di Maria le vostre

aspirazioni alla guarigione e vi esorto ad illuminarle e ad elevarle sempre con la virtù teologale della speranza, dono di Cristo. Maria vi aiuterà a dare un significato nuovo al soffrire, trasformandolo in via di salvezza, in occasione di evangelizzazione e di redenzione. E così, modellata su quella di Cristo e animata dallo Spirito Santo, la vostra esperienza di dolore e di solitudine proclamerà la forza vittoriosa della Risurrezione.

Ottena Maria per voi il dono della fiducia, che vi sostenga nel pellegrinaggio terreno. La fiducia è oggi ancor più necessaria, perché più complessa e problematica è l'esperienza della vita moderna.

E Tu, Vergine di Loreto, veglia sul cammino di tutti noi. Guidaci verso la Patria celeste, dove in eterno contempleremo con Te la gloria del Figlio tuo Gesù.

A tutti la mia affettuosa Benedizione!

Accanto al dolore con il Vangelo dell'amore

L'OMELIA DEL CARD. SODANO, LEGATO PONTIFICIO, DURANTE LA CONCELEBRAZIONE EUCARISTICA NEL SANTUARIO DELLA SANTA CASA

Il Cardinale Segretario di Stato Angelo Sodano, Legato Pontificio, ha presieduto nella mattinata di mercoledì 11 febbraio, nel Santuario della Santa Casa di Loreto, la solenne Concelebrazione Eucaristica per la VI Giornata Mondiale del Malato. Pubblichiamo qui di seguito il testo dell'omelia pronunciata dal Porporato.

“Ecco la dimora di Dio con gli uomini! Egli dimorerà tra di loro ed essi saranno suo popolo ed egli sarà il “Dio-con-loro”. E tergerà ogni lacrima dai loro occhi...” (Ap 21, 3-4).

Questo brano dell'Apocalisse, or ora proclamato, addita l'immagine della Gerusalemme celeste, nella quale non ci sarà più motivo di dolore e di pianto.

È suggestivo contemplare la patria celeste all'ombra di questa piccola “Casa”, che la tradizione ci consegna come il luogo abitato dal Figlio di Dio nella sua esistenza storica. Anche della Santa Casa si può dire, con le parole dell'Apocalisse: “Ecco la dimora di Dio con gli uomini”. Ma si tratta ovviamente di quella dimora terrena dove il pianto non dovette mancare, dove Cristo conobbe la fatica del vivere e in certo senso si “al-lenò” per la Croce. Qui Maria disse il suo

“fiat”, intuendo forse, con la sua interiore docilità allo Spirito Santo, che esso era anche un “sì” alla spada che le avrebbe trafitto l'animo (cfr. Lc 2, 35).

Il discorso cristiano sulla sofferenza trova perciò, in questo Santuario Lauretano, un'ispirazione ineguagliabile.

1. Giornata mondiale

Il tema della nostra riflessione ci è offerto dalla celebrazione della Giornata mondiale del malato istituita da Giovanni Paolo II nel 1992. La data dell'11 febbraio dà a questa giornata un'impronta spiccatamente mariana. Il Papa in effetti la scelse in riferimento alla memoria liturgica della Beata Maria Vergine di Lourdes, dunque pensando al celebre Santuario dei Pirenei dove accorrono numerosi ammalati per deporre le loro sofferenze nel cuore di Maria. A Lourdes, come a Loreto e in tanti altri santuari mariani, è sempre la stessa Madre che si fa consolatrice degli afflitti, “salus infirmorum”.

Maria svolge la sua missione ottenendo ai suoi figli innumerevoli grazie di guarigione. Ma più ancora ella si fa loro educatrice, per metterli in grado di affrontare con coraggio

e solidarietà i problemi posti dalla sofferenza. È appunto questo suo messaggio educativo che la giornata mondiale del malato vuole raccogliere e diffondere. Essa infatti fu istituita allo scopo “di sensibilizzare il Popolo di Dio e, di conseguenza, le molteplici istituzioni sanitarie cattoliche e la stessa società civile, alla necessità di assicurare la migliore assistenza agli infermi, di aiutare chi è ammalato a valorizzare, sul piano umano e soprattutto su quello soprannaturale, la sofferenza” (Giovanni Paolo II, Insegnamenti XV, 1, 1992, p. 1410).

2. La malattia oggi

E chi non vede l'urgenza di una tale riflessione sensibilizzatrice? La malattia è stata da sempre la grande spina nel fianco dell'umanità. Continua ad esserlo anche nel nostro tempo, nonostante i mirabili progressi della medicina. L'uomo avanza nella conquista dello spazio, ma fa fatica a impadronirsi di se stesso. Certo, le strutture mediche più progredite rendono le malattie fisicamente più sopportabili e più facilmente guaribili. Ma in certo senso, di fronte alla malattia, specie quando essa è grave e incurabile, l'uomo contemporaneo si sperimenta più fragile che nel passato. Il diffuso benessere, infatti, acuisce il contrasto psicologico tra la condizione di malattia e quella di buona salute. D'altra parte, per la frammentazione del tessuto comunitario, in una società dove si corre sempre di più, e si ha sempre meno tempo per gli altri, il malato si ritrova spesso affettivamente più solo. E la solitudine è certamente più amara, in colui che, per somma disgrazia, avesse smarrito anche il dono e il conforto della fede.

3. La domanda di Giobbe

Sulle labbra dell'uomo d'oggi continua ad affiorare la domanda del libro di Giobbe: perché il dolore? Perché anche l'innocente soffre? Perché soffrono anche i bambini? Quando si è messi alle strette dalla malattia, nessuna argomentazione razionale basterà mai a consolare. La risposta all'interrogativo sul dolore Dio l'ha data con la croce di Cristo!

Al tempo di Giobbe si supponeva una diretta correlazione tra la malattia e il peccato personale. Era una opinione distorta. Ma si credeva giustamente, in armonia col dettato biblico, che Dio non ha progettato per l'uomo né il dolore né la morte: questi sono en-

trati nel mondo in seguito al peccato.

Su questo messaggio dell'Antico Testamento, si innesta la pienezza della rivelazione. Cristo ci ha dato un autentico “vangelo”, ossia una “buona notizia”, anche sul tema della sofferenza. In Lui infatti Dio stesso viene incontro alla sua creatura, per debellare il dolore e la morte, ed anzi per estirparli dalla radice, vincendo il peccato nel mistero pasquale.

4. Il messaggio di Cristo

Volendo cogliere il messaggio di Cristo sulla sofferenza, conviene considerarlo in due fasi successive, come attraverso due scenari, quali emergono dalla narrazione evangelica.

Primo scenario: è quello di Gesù attorniato dalle folle, mentre annuncia l'imminenza del Regno di Dio. Egli lo fa non soltanto chiamando gli uomini alla conversione interiore – “convertitevi e credete al Vangelo” (Mc 1, 15), ma anche sollevandoli dalle sofferenze fisiche. Fa così con il paralitico, al quale rimette i peccati e poi dice: “prendi il tuo lettuccio e va' a casa tua” (Mc 2, 11). Fa così con tanti altri ammalati che ricorrono a lui.

Ma c'è un *secondo scenario*, a prima vista stridente col primo. È lo scenario che si apre con i discorsi di annuncio della passione e ha il suo vertice sul Golgota. Gesù stesso provoca questo cambiamento di orizzonte, quando, a Cesarea di Filippo, fa una sorta di bilancio del suo ministero e chiede ai discepoli: “Voi chi dite che io sia?” (Mc 8, 29 par). È una domanda cruciale. I suoi successi di taumaturgo e di guaritore gli avevano procurato l'adesione entusiastica, ma anche ambigua e superficiale, delle folle. Dai suoi discepoli, Gesù si aspetta ben altro! È venuto il momento di condurli al centro del suo mistero, con la rivelazione della Croce. Ed infatti, subito dopo la grande confessione di Pietro sulla sua identità messianica, dà l'annuncio della sua morte. I discepoli reagiscono perplessi. Pietro addirittura si ribella, meritandosi un aspro rimprovero del Maestro (ivi v. 33).

5. La via dell'amore

In realtà, lo scenario della Croce non contraddice quello delle guarigioni. A ben guardare, anzi, ne rivela la logica profonda. Le guarigioni sono manifestazioni del progetto di Dio: ricordano che Dio non vuole il dolo-

re e che esso va combattuto. Ma dalla Croce, viene indicata l'unica via valida per vincere questa difficile battaglia: la via dell'amore di Cristo crocifisso non finisce di essere il "medico", ma lo fa immedesimandosi con i sofferenti. Viene loro incontro mettendosi dalla loro parte, e chiedendo di essere in loro incontrato, servito ed amato: "Ero ammalato e mi avete visitato" (Mt 25, 36). In questo modo ci rende collaboratori, e quasi amministratori della sua energia salvifica, non attraverso i miracoli dell'onnipotenza, ma attraverso quelli dell'amore: chiedendoci cioè di vivere, nei confronti dei nostri fratelli, *quell'amore oblativo* che sa farsi attenzione, gratuità, condivisione, chiedendoci di sviluppare l'inventiva e la creatività dell'amore, mettendo a servizio dei fratelli risorse, studio, ricerca, applicazione del progresso scientifico, organizzazione di adeguati servizi. La preghiera per ottenere la guarigione si colloca all'interno di questo grande cammino dell'amore. Dio sa certo fare anche grazie straordinarie a chi lo invoca con fede, ma si serve normalmente della concreta mediazione del nostro amore.

6. Maria e il dolore

Maria ha perfettamente incarnato questo Vangelo del dolore e dell'amore. Basti contemplarla in due tipiche "icone" della narrazione evangelica.

Per la prima, penso al racconto giovanneo delle nozze di Cana, dove Maria dà il "via" ai miracoli di Gesù. Non si trattò allora di un miracolo di guarigione. Ma quei giovani sposi sarebbero andati incontro a disagio e tristezza se Maria non si fosse occupata di loro con tenerezza intuitiva tutta materna. Ella fu per loro mediatrice di grazia. E non è così che da sempre se la raffigura il popolo di Dio? Maria è la mamma! Gli ammalati che vanno da lei a Lourdes e in tanti altri santuari mariani, sanno di poter ottenere sempre qualche grazia, se non di guarigione, almeno di consolazione.

Ma a questa immagine di Maria consolatrice, i vangeli affiancano quella del dolore di Maria. Tutti e quattro gli evangelisti la ritraggono nell'icona del Golgotha. "Stabat Mater dolorosa...": Maria era ai piedi della Croce a condividere la scelta di Gesù, facendo sua, questa volta, non la potenza del figlio, ma la sua deliberata "impotenza". Sul Calvario non è più, come a Cana, l'avvocata del dolore, ma la madre dei dolori. E si fa così modello della Chiesa, come ha scritto Giovanni Paolo II nella Lettera Apostolica

Salvifici doloris: "Insieme con Maria, Madre di Cristo, che stava sotto la croce, ci fermiamo accanto a tutte le croci dell'uomo d'oggi" (n. 31).

7. La Chiesa e i malati

Maria ci conduce dunque per mano, in questa giornata mondiale del malato, a capire e attuare il disegno di Cristo. Da sempre la cura degli ammalati ha avuto uno spazio importante nella testimonianza della comunità cristiana. Certamente, non spetta alla Chiesa realizzare "politiche" sanitarie, ma è suo preciso dovere occuparsi dei malati nel quadro delle sue specifiche finalità di evangelizzazione e di servizio. Essa continua così la missione di Cristo, facendo della guarigione un segno del Regno di Dio. Cristo stesso del resto indicò, tra le espressioni del servizio apostolico, anche quella di guarire i malati, imponendo loro le mani (cfr. Mc 16, 18).

Di loro la Chiesa si prende cura in molti modi, a partire da quella specifica vicinanza di preghiera, che ha una sua espressione sacramentale nell'Unzione degli infermi.

Non meno importante è l'aiuto che offre agli ammalati spronando i suoi figli alla fattiva solidarietà e promuovendo opere sanitarie ed assistenziali in tutte le parti del mondo, specialmente nei paesi più poveri.

Nella consapevolezza di questa sua missione, la Chiesa non cessa, poi, di fare appello alla società civile, perché i problemi della malattia siano posti al centro di una cultura e di una politica della solidarietà.

La Chiesa chiede che l'uomo ammalato venga rispettato nella sua dignità e curato nella globalità delle sue dimensioni. È un'autentica "*cultura dell'amore*" quella che deve incarnarsi nello stile del personale medico e paramedico, chiamato a fare del proprio lavoro non una semplice professione, ma in un certo senso una missione.

8. L'insegnamento del Papa

Ma gli stessi sofferenti possono sentirsi non solo destinatari, bensì "protagonisti" di questa cultura dell'amore, se sanno sviluppare quella capacità prodigiosa, tipica della fede, che sa fare dello stesso dolore un ministero di salvezza, attraverso l'unione del proprio sacrificio con quello di Cristo. È questo il vertice del messaggio evangelico sul dolore.

Mi piace allora concludere, richiamando

un pensiero che è molto caro a Giovanni Paolo II, così esperto di dolore e sempre capace di parlare al cuore dei sofferenti. Egli ha scritto: “Operando la redenzione mediante la sofferenza, Cristo ha elevato insieme la sofferenza umana a livello di redenzione. Quindi anche ogni uomo, nella sua sofferenza, può diventare partecipe della sofferenza redentiva di Cristo” (*Salvifici doloris*, n. 19).

Voglia la Vergine Santa ottenere a quanti soffrono non solo di essere consolati dalla solidarietà dei fratelli, ma anche di farsi, nell'accettazione del dolore, testimoni dell'amore che salva.

9. La preghiera a Maria

A lei ci rivolgiamo oggi, pensando a tutti

gli ammalati del mondo, con le parole del Santo Padre:

“Vergine lauretana, (...) alla tua tenerezza di madre affidiamo le lacrime, i sospiri e le speranze dei malati. Sulle loro ferite scenda benefico il balsamo della consolazione e della speranza. Unito a quello di Gesù, il loro dolore si trasformi in strumento di redenzione.

“Il tuo esempio ci guidi a fare della nostra esistenza una continua lode dell'amore di Dio. Rendici attenti ai bisogni degli altri, solleciti nel portare aiuto a chi soffre, capaci di accompagnare chi è solo, costruttori di speranza dove si consumano i drammi dell'uomo. In ogni tappa gioiosa o triste del nostro cammino con affetto di madre mostraci il “tuo Figlio Gesù, o clemente, o pia, o dolce Vergine Maria”.



Essere pescatori di uomini

OMELIA DI S. E. MONS. JAVIER LOZANO, PRESIDENTE DEL
PONTIFICIO CONSIGLIO DELLA PASTORALE PER GLI OPERATORI SANITARI

Questo testo evangelico, *Lc 5, 1-11*, richiama la nostra attenzione sulla confessione di San Pietro che, gettandosi alle ginocchia di Gesù, dice: "Signore, allontanati da me che sono un peccatore". E l'atteggiamento di Gesù che risponde: "Non temere, d'ora in poi sarai pescatore di uomini".

Pietro era un esperto nella pesca, e quando nel campo in cui riteneva di essere più competente, viene superato miracolosamente da Cristo, nota subito la grande distanza che li separa e capisce di non essere altro che un peccatore, totalmente lontano dalla capacità e dalla perfezione che è il Signore. Per questo motivo cade in ginocchio adorandoLo. E da questa umiltà, che è la realtà di Simon Pietro, riceve la sua futura missione: quella di essere pescatore di uomini.

Ci siamo riuniti in questa VI Giornata Mondiale del Malato, abbiamo compiuto studi molto seri nel Congresso Internazionale di Ministri della Sanità e di Esperti sul tema "Dove va la salute", abbiamo detto cose molto interessanti. Ora, in questa celebrazione eucaristica nella Santa Casa di Loreto, Gesù ci viene incontro nell'Incarnazione del Verbo e Lui sì che ci sa dire con precisione fino a dove debba andare la salute al giorno d'oggi; anche noi cadiamo in ginocchio e lo proclamiamo Signore della Salute e della Vita.

Questa casa è stata definita dal Santo Padre Giovanni Paolo II "icona" dell'Incarnazione. Qui possiamo presagire dove va la Salute, sapendo che essa è precisamente l'Incarnazione. L'uomo giace nell'ombra della morte e il

Signore, luce che è la Vita che illumina ogni uomo che viene al mondo, viene a dare la Vita che è la Salute, e la Vita in abbondanza (cfr. *Lc 1,79; Gv 1,4-9; 8,12; 9,15*).

Come ci dice il Papa, questo è l'orizzonte della vera Salute, l'Incarnazione del Verbo è l'orizzonte di speranza per il malato; lo Spirito di Dio, particolarmente in questo anno a Lui dedicato, ci fa incontrare nel Verbo di Dio incarnato l'autentica speranza di Vita e di Salute; tutta la nostra Salute va verso di Lui.

La Vergine Maria che veneriamo in questo Santuario come la madre del Verbo fatto carne, è il modello di questa speranza che Ella vede colmata il giorno della sua Assunzione e della sua incoronazione come Regina del Cielo e della Terra. Ella è il nostro aiuto, che ci indica sino a dove va la Salute, e che da questo suo Santuario ci dà il senso e la forza di questa VI Giornata Mondiale del Malato.

Noi non diciamo a Gesù Cristo di allontanarsi da noi; riconosciamo di essere peccatori, però non gli chiediamo di allontanarsi, ma di stare in noi e con noi, perché la missione che conferì a San Pietro in qualche modo la affidi anche a noi: essere pescatori di uomini. Ci conferisca ora, secondo la nostra vocazione nella Chiesa, il compito di fare questa pesca nel mondo della malattia, nel mondo della salute; è una pesca che possiamo fare soltanto tenendo il Verbo Incarnato con noi e in noi come rimedio alla malattia e come Vita totale. Tutto ciò che abbiamo detto nel nostro Congresso, sono stati avvicinamenti a questa pienezza.

Questa è l'Eucaristia che stiamo celebrando: "*la medicina dell'immortalità*", l'hanno chiamata i Santi Padri (*S. Ignazio di Antiochia*). In questa Eucaristia celebriamo la Vita che trionfa sulla morte, la Pasqua di Cristo: "celebriamo la tua morte e proclamiamo la tua resurrezione, vieni Signore Gesù", diciamo dopo la Consacrazione. È la proclamazione inequivocabile di Cristo, cammino e meta di tutta la Salute. In Lui, in questa Eucaristia, sappiamo con pienezza dove va la Salute. Incontriamoci pienamente con Lui e affidiamogli questa nostra VI Giornata Mondiale del Malato affinché ci conceda la Salute che cerchiamo.



Care concittadine, cari concittadini,

la nostra società ha escogitato parecchi artifici per evitarci di meditare attorno alla malattia. Chi però soffre in un letto d'ospedale può ben dire che cosa significa essere malati. Chi ha la fortuna di essere risparmiato dalla malattia dimentica facilmente le sofferenze, i dolori e gli ostacoli che sconvolgono invece l'esistenza di chi ne è colpito. In questa giornata, il nostro pensiero va, con profonda simpatia e calore, a coloro per i quali la malattia è divenuta condizione di vita.

Le malattie, soprattutto quando non lasciano sperare in una pronta guarigione, ci pongono dinanzi a sfide fondamentali. Da un lato c'è l'aspirazione di debellare la malattia, dall'altra la constatazione di non poterlo fare, di dover dunque convivere e conciliarsi con essa. Chi non ne è direttamente toccato non riesce a rendersi conto di tutto questo. Tanto più importante è dunque un'autentica comunione di vita tra persone sane e persone ammalate. Sicurezza, rispetto e dialogo sono far-

maci efficaci che tutti noi siamo in grado di offrire. Questa mattina ho avuto l'occasione d'incontrare all'ospedale di Locarno alcuni pazienti, con i quali ho intrattenuto un colloquio stimolante e commovente, un'esperienza che suscita sempre in me sentimenti di commozione. Mi sono così reso conto ancora una volta di quanto la malattia sia parte integrante del destino dell'essere umano. Essa costituisce pure un'occasione unica per capire la relatività e la caducità della nostra vita. Di fronte al dolore e alla malattia, la ricerca del successo e della ricchezza appare come una vanità drammaticamente ridicola. Gli ammalati non appartengono a un mondo a parte, ma al nostro, esattamente come noi apparteniamo al loro, il messaggio centrale che ci viene dall'odierna giornata.

Care concittadine, cari concittadini,

In Svizzera disponiamo di un apparato medico fra i migliori al mondo. Ne siamo fieri e intendiamo fare tutto il possibile affinché lo rimanga anche in futuro. Ciò significa però anche che essere malati

può costare caro. In Svizzera tutti hanno diritto alle migliori cure mediche possibili. Da sempre ne siamo fermamente convinti. Nonostante l'aumento dei costi e le riforme indubbiamente necessarie nel settore della salute, non si potrà dunque mai giungere ad una medicina di classi diverse. La salute non può e non potrà mai essere una questione legata al patrimonio. In un Paese benestante come la Svizzera, cure e assistenza adeguate in caso di malattia costituiscono un diritto fondamentale.

Quest'anno la giornata del malato si svolge all'insegna del motto "I malati coinvolgono". Con la loro scala di valori, che sono valori di vita e non valori materiali, gli ammalati finiscono per cambiare il nostro modo di concepire quel che deve essere importante per noi.

A tutti coloro che assistono gli ammalati e li aiutano a ritrovare la salute esprimo la più sentita e profonda riconoscenza. E a tutti i nostri cari malati, in qualsiasi luogo si trovino, auguro di cuore forza, pazienza e fiducia.



Primo incontro dei vescovi europei incaricati della pastorale della salute da parte delle rispettive conferenze episcopali

Introduzione

È per me un grande onore poter salutare ed accogliere tutti i Vescovi e gli altri rappresentanti episcopali incaricati di promuovere la pastorale della salute nelle loro rispettive nazioni. Benvenuti a Loreto, a questa "icona" della Incarnazione. La Vergine Santissima Madre di Dio ci accompagnerà in questo Incontro e sicuramente ci mostrerà il volto benigno del Padre in Nostro Signore Gesù Cristo, cammino e meta della vera salute.

Il Pontificio Consiglio per la Pastorale degli Operatori Sanitari si rallegra per la presenza di tutti voi in questo Santuario di Loreto, in occasione della VI Giornata Mondiale del Malato. È stato nostro vivo desiderio che queste Giornate, per quanto possibile, si realizzassero consecutivamente in ogni continente, di modo che la Pastorale della Salute fosse veramente celebrata a livello mondiale in un giorno tanto importante. Negli anni passati abbiamo avuto l'opportunità di celebrare detta Giornata in Africa e in America; ora è la volta dell'Europa, e nel prossimo anno, con l'aiuto di Dio, la cele-

breremo in Asia.

Abbiamo voluto che in queste celebrazioni, oltre al posto centrale che occupa la preghiera, il Pontificio Consiglio potesse avere un dialogo con coloro che sono i nostri interlocutori naturali, i Sigg. Vescovi delle varie Conferenze Episcopali e in particolare con gli incaricati della pastorale della salute. Siamo particolarmente interessati alle loro esperienze e ad ascoltarci gli uni con gli altri per il necessario scambio di iniziative pastorali.

Il Pontificio Consiglio per la Pastorale degli Operatori Sanitari considera la salute non soltanto come assenza di malattia, bensì come un processo dinamico di equilibrio ed armonia fisica, mentale, sociale e spirituale della persona secondo le diverse tappe della vita che attraversa; in questo modo, ci uniamo alla morte e resurrezione di Cristo, in modo da non escludere la malattia dal concetto stesso di salute, ma includendola paradossalmente nella prospettiva pasquale; per questo il nostro Pontificio Consiglio della Pastorale della Salute celebra la

Giornata Mondiale del Malato. Le varie vocazioni che abbiamo ricevuto richiedono un equilibrio e un'armonia diversa in ogni tappa della vita; questo sarà la salute, e potendo adempiere la vocazione ricevuta, potremo dire che godiamo della salute di cui si ha bisogno in ogni momento. Questa non sarà del tutto piena ma chiediamo che lo sia relativamente per poter svolgere ciò che Dio ci ha affidato.

Voglia Nostro Signore concedere a tutti la Salute, per intercessione della Santissima Vergine di Loreto, e sia Ella per noi la Salute dei malati in questo primo Incontro dei Vescovi europei, incaricati di questa pastorale in seno alle rispettive Conferenze Episcopali.

Ancora una volta siate i benvenuti e possa lo Spirito Santo, di cui stiamo celebrando l'anno, illuminare il nostro Incontro.

S.E. Mons. JAVIER LOZANO
BARRAGAN
*Arcivescovo-Vescovo emerito
di Zacatecas
Presidente del Pontificio Consiglio
della Pastorale per gli
Operatori Sanitari*



Il Vescovo responsabile della Pastorale della Salute all'interno della Conferenza Episcopale

1. Destinatari

Questa riflessione è indirizzata ai vescovi che hanno ricevuto dalla Conferenza Episcopale la responsabilità di questa importante missione all'interno del Ministero Episcopale e dell'Assemblea dei Vescovi.

2. La Pastorale della Salute nelle nostre Chiese, ieri e oggi

La Pastorale della Salute è una realtà viva, ben conosciuta e sperimentata lungo tutta la storia della Chiesa universale, e le cui radici si addentrano nella vita, nell'opera e nella missione di Gesù, in quello che viene chiamato il *Ministero sanante di Cristo*.

La Chiesa, in una tradizione costante ed ininterrotta, ha praticato e continua a praticare questo servizio là dove è annunciato il Vangelo, cosciente che questa azione costituisce parte essenziale del Mistero Salvifico di Cristo. Approfondendolo e maturandolo, essa si sforza di rispondere alle sfide che si presentano nel campo della malattia, del dolore, della vita e della morte. Oggi questa pastorale è particolarmente viva nelle nostre Chiese.

3. Momento nuovo e singolare per la Pastorale della Salute

Il Vaticano II, approfondendo il mistero della Chiesa e il suo rapporto con il mondo, chiede a tutti i cristiani, membri anche della società e cittadini di questo mondo, di adoperarsi per assolvere la missione di evangelizzare, attraverso il dialogo e con spirito di servizio, imitando Dio che ha portato a completezza il dialogo con il mondo inviando il Figlio suo, la Parola definiti-

va di Dio, il Servo venuto a dare la vita per noi.

Ciò ha contribuito a dare nuovo impulso alla Pastorale della Salute, soprattutto attraverso le seguenti azioni:

A. Attraverso l'approfondimento della natura, dell'essere e della missione della Chiesa e in modo più immediato della Chiesa diocesana e del suo vescovo: "La diocesi è una porzione del Popolo di Dio, che è affidata alle cure pastorali del vescovo coadiuvato dal suo presbiterio, in modo che, aderendo al suo pastore e da lui, per mezzo del Vangelo e della SS. Eucaristia, unita nello Spirito Santo, costituisca una Chiesa particolare, nella quale è veramente presente e agisce la Chiesa di Cristo, Una, Santa, Cattolica e Apostolica" esercitando in essa "l'ufficio di insegnare, di santificare e di reggere" (CD 11).

B. L'importanza acquisita dalla Chiesa Particolare (la diocesi) e la comunione di tutte le Chiese, unite attorno al Sommo Pontefice, hanno portato alla istituzione delle Conferenze Episcopali nelle diverse Chiese locali, con obiettivi ben definiti: stimolare la comunione tra le singole Chiese o diocesi, all'interno del dinamismo della collegialità, prestare un miglior servizio da parte di tutte le Chiese diocesane, cercare una risposta più adeguata alle azioni che riguardano tutti e che reclamano un maggior bene comune, coordinare quelle azioni che superano le frontiere di ogni Chiesa particolare. Tali obiettivi hanno dato impulso anche alla Pastorale della Salute.

C. Il campo della salute e della malattia, grazie alla scienza e alla tecnica, ha conosciuto uno sviluppo spettacolare nella nostra epoca, i citta-

dini tengono sempre più in considerazione la salute e sempre più grande è l'interesse per la salute nei bilanci generali degli Stati, soprattutto in quelli dai livelli economici più alti. Questi cambiamenti interpellano e trovano eco nella Chiesa.

D. La Chiesa, sotto la direzione della Santa Sede, ha seguito con sollecitudine questi progressi, che hanno avuto alcuni momenti particolarmente decisivi, come la creazione da parte di Giovanni Paolo II del Pontificio Consiglio per la Pastorale degli Operatori Sanitari, per mezzo della "Dolentium Hominum", e l'istituzione della Giornata Mondiale del Malato.

E. Queste nuove strutture per la Pastorale della Salute hanno avuto una ripercussione molto positiva nelle Chiese di tutto il mondo, tanto nelle singole diocesi quanto nelle Conferenze Episcopali. Tutto ciò ha provocato un generoso impulso di questa pastorale in tutta la Chiesa. Possiamo dire, con semplicità ma con verità, che in questo momento troviamo una ricca esperienza di questa Pastorale nelle varie Chiese, pur essendone differenti il ritmo, l'organizzazione, le priorità e la strutturazione.

4. Obiettivi di questa riunione

In considerazione di quanto esposto, ritengo molto lodevole l'iniziativa di aver convocato i vescovi responsabili della Pastorale della Salute delle Conferenze Episcopali d'Europa.

Quale fine si prefigge questa convocazione fatta dal Pontificio Consiglio?

Penso che la Santa Sede, nel

desiderio di promuovere sempre più questa Pastorale, vero segno di una Chiesa evangelizzatrice, impegnata nella Nuova Evangelizzazione, desidero, sotto la responsabilità immediata del Pontificio Consiglio:

- conoscere, in modo diretto, il lavoro realizzato in questo campo dalle nostre rispettive chiese;
- affinché lo confrontiamo tra di noi alla luce dell'abbondante magistero della Chiesa;
- per riorientare, animare e coordinare questa pastorale con alcuni criteri comuni;
- al fine di ottenere una Pastorale della Salute sempre più autentica nei contenuti e negli obiettivi, e sempre più correlata con il Pontificio Consiglio.

5. Perché dobbiamo andare avanti?

Penso che il momento sia particolarmente privilegiato per nuovi progressi di questa pastorale nelle nostre Chiese. Ecco alcuni dei motivi che mi spingono ad affermarlo:

1. La Chiesa desidera fare sue le gioie, le speranze e le tristezze di tutti gli uomini, soprattutto di quelli più poveri ed afflitti (GS 1). Il mondo dei malati entra pertanto a pieno titolo in questo ambito dei poveri.

2. Come un segno dei tempi, la Pastorale della Salute e della Malattia sta destandosi con particolare vigore in molte Chiese, mentre cresce la coscienza del popolo cristiano che si sente sempre più solidale e responsabile di questa Pastorale.

3. Le nuove sfide che sorgono nel dinamismo del progresso, della civilizzazione e della storia, hanno ampliato e modificato notevolmente il campo dell'evangelizzazione del mondo della salute, della malattia e della vita, e ci fanno essere molto vigili perché:

- proliferano segnali preoccupanti di morte, come ad esempio l'aborto e l'eutanasia, veri attentati contro la vita umana;

- la manipolazione genetica dimentica l'etica e si lascia travolgere dalla pura logica del sapere scientifico e risulta non soltanto ambigua ma anche altamente pericolosa;

- la filosofia acritica del benessere degenera in idolatria del corpo e del piacere, generando una concezione individualistica ed edonistica della persona;

- questi modelli tanto materialistici si ripercuotono nel cosiddetto Terzo Mondo, le cui popolazioni si trasformano in vittime, a causa del nostro egoismo, della fame e delle malattie che conducono alla



morte prematura e ad una vita ingiustamente privata della dignità inalienabile che le spetta;

- queste nuove situazioni si sono trasformate in una sorta di grido profetico verso la coscienza delle nostre Chiese che risulta in una impostazione di fondo della salute, della malattia, del benessere e del senso della vita nei rispettivi piani pastorali.

Tutto ciò ha presupposto una reazione molto positiva nelle nostre Chiese che ha contribuito a riscoprire, approfondire e realizzare una Pastorale della Salute che desidera essere integrale, tenendo conto delle diverse dimensioni che deve includere oggi:

- essa vuole considerare soggetto di questa pastorale l'intera Chiesa, con tutti i suoi membri;

- si sforza di tenere presenti in modo particolare le istituzioni ecclesiali e più in concreto gli Istituti di Vita Consacrata che hanno il carisma dei malati;

- stanno sorgendo nuovi organismi per rispondere adeguatamente a questa pastorale nelle diocesi, nelle parrocchie, tra i religiosi e le religiose e nelle Conferenze Episcopali;

- si applica al campo della salute ciò che il Vaticano II e l'Esortazione Apostolica "Christi fideles laici" chiedono ai laici per il loro impegno nella Chiesa e nel mondo;

- sorgono nuove forme di attenzione e nuove presenze verso gli anziani, i malati terminali e di AIDS;

- anche la preoccupazione, nelle nostre Chiese, per i più poveri, si ripercuote positivamente in una Pastorale della Salute motivata da questa azione preferenziale per i più poveri, tra i quali includiamo il Terzo Mondo;

- si va forgiando una pastorale sanitaria che tenga conto delle strutture istituite dalla società moderna per la salute dei cittadini, nonché della mentalità e della cultura dominanti che influiscono, a volte in modo molto negativo, sulla concezione di salute, di dolore, di malattia fino alla concezione stessa della persona.

6. La Conferenza Episcopale nella Pastorale della Salute

Partiamo da LG 23. Il Concilio, dopo aver spiegato il significato e il contenuto della collegialità, invita a manifestare questo affetto e questa unione anche nelle mutue relazioni dei vescovi e delle Chiese che essi presiedono, per giungere a questa conclusione: "In modo simile le Conferenze Episcopali possono oggi portare un molteplice e fecondo contributo affinché l'affetto collegiale sia condotto a concrete applicazioni". Leggiamo anche il numero 37 di "Christus Dominus" e il primo paragrafo del numero 38.

La Pastorale della Salute, nel mondo dei malati, della malattia e della vita, è una di quelle all'interno della missione della Chiesa, che per la sua entità e trascendenza ci obbligano a cercare il bene maggiore della Chiesa. Perché? Per-

ché ha come centro la persona, riguarda la vita umana e la dignità della persona, valori che la Chiesa deve curare, difendere e promuovere con tutte le sue forze, perché la sua missione è annunciare la vita piena che Cristo ci ha portato e che include anche la vita della persona, dono di Dio.

I vescovi si devono unire per "assolvere questo compito in modo opportuno ed efficace". Di fatto, in tutte le Conferenze Episcopali esiste una Commissione o un organismo equivalente che si occupa, in nome della Conferenza Episcopale, della Pastorale della Salute. Affinché questa azione giunga a tutta la sua chiesa, ogni vescovo deve creare il corrispondente organismo diocesano dal quale risulterà una pastorale ideata, pianificata e realizzata nel migliore dei modi.

Dopo il Sinodo delle Americhe, il Presidente del Pontificio Consiglio per la Pastorale degli Operatori Sanitari, ha fatto alcune raccomandazioni di grande interesse per le chiese di quel continente, applicabili anche ai nostri paesi in quanto toccano in pieno quanto abbiamo detto. Ne riporto alcune alla lettera:

1. La Pastorale della Salute entri efficacemente nella pianificazione ordinaria di ogni diocesi (si riferiva al continente americano) e delle rispettive Conferenze Episcopali.

2. Le Conferenze Episcopali favoriscano l'unione degli ospedali cattolici, dei cappellani, dei medici, degli infermieri e dei farmacisti cattolici, in un piano nazionale od internazionale.

3. Ogni diocesi si impegni nella promozione della cultura della vita in opposizione alla cultura della morte, con programmi concreti che si fissino sull'opzione preferenziale per i poveri e nel rispetto per la vita nascente.

4. I Pastori acquisiscano coscienza della necessità di una pastorale specifica per gli anziani e della moralità delle cure palliative.

5. I sacerdoti delle parrocchie diano priorità alla pastorale della salute in tutta la sua portata.

6. Nei Seminari si insegni la pastorale della salute, insistendo sui problemi attuali di bioetica posti dall'ingegneria genetica.

Sulla base di questi orientamenti possiamo concretizzare alcune linee di lavoro della Conferenza Episcopale in relazione alla Pastorale della Salute:

– La Plenaria dei Vescovi ha la competenza e deve indicare



le linee e gli obiettivi per tutte le Chiese locali che devono essere assunti, in primo luogo, dal Dipartimento per la Salute della Conferenza Episcopale e che ogni diocesi applicherà alla propria realtà, secondo il criterio e la guida del proprio Vescovo.

– La Plenaria dei Vescovi, facendosi carico di questo progetto, dimostra che la Pastorale della Salute è opera e responsabilità di tutta la Chiesa, di tutti i Vescovi e di ogni Vescovo nella propria Chiesa particolare. La Chiesa diocesana deve impiegare tutti i mezzi a sua disposizione affinché detta pastorale penetri sempre più in tutta la comunità.

Il Dipartimento della Pastorale della Salute della Conferenza Episcopale deve trasformarsi in un servizio molto valido per la diocesi. Ciò potrà essere attuato offrendo piani di formazione, raccogliendo le varie esperienze per poter realizzare meglio questa pastora-

le nei diversi ambienti: parrocchie, ospedali, ecc., nonché favorendo la preparazione di operatori pastorali e del volontariato.

– Bisogna fare in modo che detta pastorale giunga in tutti quei luoghi in cui sono realmente in gioco gli interessi per la salute, la malattia e la vita, cioè nelle strutture di potere sociale dove si decide la politica sanitaria e negli ospedali, creando e curando dei Comitati d'Etica che possano difendere la vita e la dignità della persona.

7. Il Vescovo, responsabile della Pastorale della Salute, nel suo ruolo all'interno della Conferenza Episcopale

Si tratta di un Vescovo, nominato dal Collegio episcopale, al quale viene affidata la particolare responsabilità della Pastorale della Salute all'interno della Conferenza Episcopale. In virtù di questa responsabilità ricevuta, il Vescovo responsabile di questa pastorale deve essere:

Memoria che ricordi e ravvivi continuamente questo impegno di fronte alla Conferenza Episcopale, impegno che deve essere di ogni vescovo nella sua Chiesa e della Conferenza Episcopale in quanto tale.

Stimolo che aiuti i Vescovi a scoprire nuovi campi di questa pastorale, che presenti esperienze nuove di altri luoghi, sostenga l'approfondimento dei vescovi in questo compito e li aiuti a rivedere questa azione pastorale.

8. La Pastorale della Salute, radicata nel nucleo del Ministero Apostolico

Il Vescovo, nella sua missione episcopale, cioè di Maestro, Liturgo e Pastore, deve tenere molto presente la pastorale sanitaria.

Come Maestro: i Vescovi sono i dottori autentici e gli araldi della fede, quella che deve essere creduta (i contenuti della fede) e la fede che deve essere applicata ai costumi (LG 25).

Deve annunciare l'“Evangeliū vitae” ed illuminare i problemi più assillanti che riguardano la salute, la malattia, la morte, il valore, la grandezza e la dignità della vita umana e assicurare l'integrità morale e dottrinale dell'assistenza sanitaria cattolica.

Deve denunciare le violazioni contro la vita, la vita già concepita e ancora non nata, l'eutanasia, gli esperimenti e le manipolazioni contrarie alla dignità della persona e della vita umana.

Deve esortare quanto favorisce la vita e la morte degna, secondo gli insegnamenti della Chiesa.

Deve tenere presente che tali denunce, che generalmente non vengono fatte perché sono temi complessi e c'è il timore di diventare impopolare, sono uno dei doveri gravi del “*Munus docendi*” del vescovo.

Deve aiutare a discernere nei problemi di particolare difficoltà perché la cultura attuale prescinde, nella maggior parte dei casi, dall'etica. E deve insistere costantemente sulla disumanizzazione che tanto degrada la dignità delle persone.

Come Liturgo, “il Vescovo, insignito della pienezza del sacramento dell'Ordine, è

l'economista della grazia del supremo sacerdozio. Dirige ogni legittima celebrazione dell'Eucaristia e di tutti i Sacramenti” (LG 26).

Pertanto deve curare che si celebrino con diligenza e con l'adeguata preparazione e catechesi i Sacramenti della malattia: l'Unzione dei Malati e il Viatico, affinché il servizio religioso cattolico degli ospedali sia ben istituito, organizzato ed applicato, curando in particolare il ministero del cappellano.

Come Pastore, il Vescovo ha la responsabilità di promuovere, animare e coordinare tutta l'attività pastorale, anche quella riguardante il campo della salute e della malattia. Deve esercitare la sua autorità su tutte le forme di apostolato della sua diocesi, come richiede l'insegnamento della Chiesa (LG 20, CD 11 e diversi canoni del C.D.C.). In breve, deve coordinare i ministeri di guarigione a favore del bene comune.

Deve invitare i religiosi e le religiose ad unire le proprie forze per stimolare iniziative che favoriscano la Pastorale della Salute e ne assicurino l'identità cristiana e cattolica.

Coscienti dei profondi cam-

biamenti nel campo della salute e della vita, devono prestare attenzione alle voci della scienza, aiutati dal ministero dei teologi e dei moralisti.

9. Alcune applicazioni

– Strutturare ed organizzare bene il Dipartimento di Pastorale della Salute in ogni diocesi.

– Promuovere scuole di Pastorale della Salute per formare operatori di questa pastorale.

– Elaborare piani di formazione per i gruppi parrocchiali e per coloro che visitano i malati.

– Concretizzare bene la missione del cappellano e del servizio religioso.

– Preparare e celebrare con cura la Giornata Mondiale del Malato.

– Preparare i laici all'apostolato personale ed associato affinché si impegnino nel campo della salute.

– Non identificare la Pastorale della Salute con la Pastorale ospedaliera.

S.E. Mons. JAVIER OSÉS
*Vescovo di Huesca
responsabile della
Pastorale Sanitaria in Spagna*



I presenti si sono divisi in due gruppi allo scopo di studiare la situazione, le possibilità e i rapporti esistenti nelle varie Conferenze Episcopali riguardo alla Pastorale Sanitaria. Il questionario e le relative risposte dei gruppi di studio sono state le seguenti:

1. Situazione della Pastorale Sanitaria nella vostra Conferenza Episcopale:

- quale è l'organismo responsabile di questa pastorale?
- quali attività svolge?
- in che misura influisce nella diocesi?

2. Quali possibilità vedete per il coordinamento e il progresso di questa pastorale nella vostra Conferenza Episcopale?

- quali mezzi bisognerebbe impiegare nella vostra Conferenza Episcopale per promuovere questa pastorale?

3. Il rapporto tra le Conferenze Episcopali e il Pontificio Consiglio:

- cosa possono apportare le Conferenze Episcopali al Pontificio Consiglio?
- cosa si attendono da lui?

RISPOSTE

1. Situazione della Pastorale Sanitaria nella vostra Conferenza Episcopale:

Ungheria

Non esiste un organismo a livello di Conferenza Episcopale, ma si sta cercando di crearlo. Si lavora a livello parrocchiale e di Caritas.

Slovenia

Dopo una situazione difficile durata cinquanta anni, si sta cominciando a riflettere su questo campo. Non esiste nessun vescovo responsabile di questo settore, però c'è un de-

legato a livello nazionale che ha compiuto gli studi presso il Camillianum.

Spagna

Esiste un organismo ben strutturato a livello nazionale, con un vescovo responsabile, un coordinatore nazionale, coordinatori regionali e delegati diocesani. A livello nazionale vengono programmate tutte le attività per il triennio e si cerca di realizzarle. Tutta l'animazione a livello nazionale si ripercuote positivamente nelle diocesi e le parrocchie. Si tratta di un cammino iniziato 30 anni fa e che sta dando i suoi frutti.

Italia

La pastorale sanitaria ha avuto uno sviluppo, prima di tutto, a livello di base e territoriale: attraverso la presenza di carismi di vita consacrata specificamente nati a servizio dei malati e dei sofferenti; attraverso associazioni di operatori sanitari e di malati; attraverso organismi di servizio; attraverso strutture sanitarie cattoliche (un grande patrimonio di carità); attraverso la presenza dei cappellani di Ospedale e la loro associazione...

Solo in un secondo tempo è nata la Consulta Nazionale per la Pastorale della Sanità, presieduta da un vescovo designato dal Consiglio Permanente della Conferenza Episcopale Italiana e costituita dai rappresentanti delle Consulte di Pastorale Regionale e dai rappresentanti di Associazioni e Organismi Nazionali di pastorale sanitaria.

Recentemente è stato costituito un Ufficio Nazionale per la pastorale della sanità presso la C.E.I., con un Direttore responsabile. In maniera analoga si sta promuovendo la costituzione di un Ufficio per la pastorale sanitaria in ogni diocesi.

Esistono diversi Centri di formazione: a livello nazionale e regionale.

Belgio

La sanità presenta due settori: il pubblico e il privato.

La pastorale sanitaria è più collegata con il settore privato e integrata nella Caritas con le sue diverse iniziative.

La Caritas ha preparato uno statuto per gli operatori sanitari.

Una particolare attenzione viene posta sulla formazione.

Austria

Esiste ugualmente un duplice settore:

a) privato, con una forte partecipazione della Chiesa attraverso gli Ordini religiosi e la Caritas;

b) pubblico, con la presenza di suore, ma che attualmente sono in forte diminuzione.

Nella Conferenza Episcopale c'è un vescovo come referente della pastorale, compresa quella sanitaria.

In ogni diocesi esiste un referente per la pastorale della sanità.

A livello nazionale esiste una Associazione per la pastorale sanitaria che si prende cura degli Operatori sanitari.

Per la formazione di questi operatori esistono tre centri; e ogni anno, si organizza in Baviera un incontro per gli Operatori sanitari.

Polonia

L'organizzazione della Pastorale sanitaria comprende due settori:

a) un settore per la pastorale e l'apostolato dei malati, con un Segretario Nazionale, con un proprio vescovo referente e un proprio Delegato nazionale. Esiste un'associazione apostolica e di spiritualità a cui partecipano i malati (circa 84.000) a tre condizioni:

- accettazione della malattia

come volontà di Dio;

- viverla in comunione con Gesù Cristo;
- offerta della sofferenza per la salvezza dei peccatori.

Ai malati viene dato un diploma con una croce e si mantiene un coordinamento con un bollettino.

Ogni anno, nella festa del Patrono, il Segretariato per l'Apostolato del malato organizza un pellegrinaggio.

Attraverso la radio, ogni settimana c'è una conferenza e annualmente un corso di esercizi spirituali.

b) Un settore per gli Operatori Sanitari, con un Segretariato Nazionale, un proprio vescovo referente e un proprio Delegato nazionale.

Tale settore ha avuto un particolare sviluppo, a partire dalla celebrazione della Giornata Mondiale del Malato a Cze-stokowa, con la costituzione di diverse Associazioni e la presenza nelle diverse diocesi.

Lituania

Data la particolare situazione precedente del paese, non esiste ancora una vera e propria organizzazione di Pastorale Sanitaria. Esistono, tuttavia, numerose iniziative legate alla parrocchia e alla Caritas.

Mancano ancora i cappellani in ospedale, mentre esiste una pastorale parrocchiale.

Si realizzano anche alcune iniziative in collaborazione con il governo locale da parte della Caritas (es.: ambulatori diagnostici).

Esistono due strutture-segno: una "casa per nascere"; una "casa" per aiutare a morire bene.

2. Quali possibilità vedete per il coordinamento e il progresso di questa pastorale nella vostra Conferenza Episcopale?

Ungheria

Si avanza lentamente soprattutto con alcuni gruppi di medici cattolici e nelle parrocchie. Si è tenuto qualche corso di medicina pastorale. La Conferenza Episcopale ha scritto una lettera pastorale in cui parla delle problematiche e dei rapporti con i malati. Dal 1990

si vive in una situazione più positiva di lavoro con gruppi di laici e soprattutto nelle parrocchie.

Slovenia

Si sente la necessità di una formazione per lavorare in questo campo. Si sta iniziando. Di sicuro mancano molti mezzi.

Spagna

Così come è stata organizzata, è un mezzo più che efficace di presenza nel campo della pastorale sanitaria. Si sono fatti molti progressi. Il cammino percorso è molto grande. Ci sono molti gruppi integrati e si programma abbastanza bene. I



gruppi FERS e PROSAC svolgono una grande attività e si può dire lo stesso del settore parrocchiale, di quello della bioetica, ecc.

Italia

Sviluppo del tessuto ecclesiale nella diaconia sanitaria attraverso la costituzione degli Uffici diocesani nelle diocesi in cui ancora non esistono e attraverso la promozione di referenti zionali e parrocchiali;

- sviluppo di un maggiore coordinamento;
- valorizzazione delle Strutture Sanitarie cattoliche;
- una maggiore progettualità e programmazione.

Belgio

Impegno di maggior coordinamento attraverso l'incontro mensile dei vicari della Caritas di ogni diocesi.

Austria

– Preparazione di un documento di riflessione sul muta-

mento culturale ed etico in atto;

- avvio di un Istituto di Etica presso l'Università;
- sviluppo delle strutture pastorali;
- un maggiore sforzo ecumenico, attraverso la collaborazione con gli Evangelici nel campo del servizio sanitario.

Polonia

- Unire i due settori o Segretariati con un unico vescovo referente;
- promuovere l'Associazione dei Cappellani Ospedalieri;
- promuovere il volontariato all'interno delle professioni sanitarie;
- promuovere una maggiore formazione etica;
- costituire Centri di bioetica.

Lituania

- Organizzare la Pastorale Sanitaria a livello di Conferenze Episcopali, con la preparazione di alcuni orientamenti comuni e il coordinamento delle diverse iniziative;
- istituire dei Cappellani negli Ospedali;
- promuovere una cultura della vita, dopo il periodo di forte ideologizzazione attuata nel paese.

3. Il rapporto tra le Conferenze Episcopali e il Pontificio Consiglio:

a. Cosa possiamo apportare al Pontificio Consiglio?

- la visita *ad limina*;
- informazioni ogni due anni;
- partecipazione ai congressi;
- comunicazione: maggiore contatto con il Pontificio Consiglio giacché alcune Conferenze Episcopali sono alquanto pigre nel rispondere a ciò che viene chiesto loro.

b. Cosa ci attendiamo dal Pontificio Consiglio?

- orientamenti e programmi non solo per le Conferenze Episcopali, ma anche per i Vescovi;
- che conoscano le nostre realtà;
- che ci facciano qualche visita *in situ*.

Congresso internazionale, economia e sanità

Priorità ed equità nella distribuzione delle risorse

8 febbraio 1998

I: Aspetto sociologico

In questa nota introduttiva, intendo toccare un argomento emerso con forza nel più recente dibattito di politica sanitaria, tanto nel nostro quanto negli altri paesi avanzati: come affrontare il problema del razionamento delle cure e dei servizi sanitari. Dividerò l'argomento in due parti. Nella prima, discuterò delle ragioni strutturali che valgono a dare conto dell'aumento impressionante della percentuale della spesa sanitaria sul PIL nel corso degli ultimi decenni. Nella seconda parte, mi occuperò dei criteri di natura etica in base ai quali procedere alla definizione delle priorità nell'allocazione delle risorse sanitarie.

Sorge spontanea la domanda: ma perché si pone, oggi un problema di razionamento di cure sanitarie? La risposta è immediata. I progressi in campo medico realizzati nel più recente passato possono "fare miracoli" ma a costi tali che non è più possibile metterli a disposizione di tutti coloro che da essi potrebbero trarne beneficio. Alcune persone moriranno, altre soffriranno, non perché non disponiamo di metodi idonei per curarle, ma perché non possiamo estendere ad essere quei metodi che pure sono a nostra disposizione. Occorre dunque stabilire chi potrà essere curato e chi non: questo è il razionamento.

La crisi in cui si dibattono i sistemi sanitari dei nostri paesi ha la sua radice profonda nella seguente circostanza. Tali sistemi vennero creati allo scopo di alleviare le sofferenze e di salvare le vite dei cittadini, senza esclusione alcuna a priori: d'altro canto, lo stato delle conoscenze e soprattutto la disponibilità dei mezzi non consentivano che interventi modesti, sua pure virtualmente disponibili per tutti. Oggi, la situazione si è capovolta, il ra-

zionamento *esplicito* è divenuto inevitabile, ma non si sa come venirne fuori. È questo un paradosso tipico dell'epoca di sviluppo in cui siamo entrati.

1. Tutti i paesi economicamente avanzati sperimentano da tempo un tasso di crescita elevato della spesa nel settore sanitario, e questo, in presenza di un rallentamento della crescita complessiva, ha determinato un aumento preoccupante del rapporto tra spesa sanitaria e PIL, con tensioni crescenti sul quadro generale della compatibilità finanziaria. Insieme con le difficoltà di vario genere della finanza pubblica, ciò ha determinato l'emergere di un conflitto tuttora irrisolto tra il perseguimento degli obiettivi propri del sistema sanitario all'interno delle politiche di welfare – vale a dire l'incremento della durata e il miglioramento della qualità della vita fisica di tutti i cittadini – e un vincolo di bilancio sempre più stringente per il settore pubblico.

Per cogliere il carattere strutturale e non meramente congiunturale dell'aumento della percentuale della spesa sanitaria sul PIL dei paesi dell'OCSE, conviene fissare un attimo l'attenzione sulla circostanza, veramente notevole, che nel corso dell'ultimo quarantennio, i sistemi sanitari dei paesi occidentali hanno conosciuto mutamenti radicali, storicamente mai visti in precedenza, rispetto a tre dimensioni specifiche. In primo luogo, le nuove tecnologie hanno rivoluzionato i modi in cui le cure sanitarie possono essere praticate. È ampiamente noto che la gran parte dell'armamentario odierno per la diagnosi e per il trattamento delle malattie era sconosciuto ancora quarant'anni fa. In secondo luogo, il ruolo delle as-

sicurazioni – private e pubbliche – per la sanità si è espanso in maniera impressionante. Infine, la spesa personale per la salute si è accresciuta al di là di ogni ragionevole previsione, pur alla luce di quanto anticipato dalla celebre legge di Engel.

Si può dimostrare – ed è stato dimostrato – che vi è un nesso assai stretto tra l'espansione dell'assicurazione sanitaria e lo sviluppo di tecnologie sanitarie sempre più costose. In altri termini, è possibile mostrare l'esistenza di un preciso nesso causale tra incentivi per la ricerca scientifica – volta a sviluppare particolari tipi di nuove tecnologie – e ruolo del sistema assicurativo da un lato e, reciprocamente, tra le caratteristiche del sistema assicurativo e gli effetti di lungo periodo delle nuove tecnologie, dall'altro. In particolare, B. Weisbrod ha convincentemente argomentato che i modi in cui la qualità delle cure sanitarie, che è tecnicamente possibile offrire in ogni dato periodo di tempo, e l'ampiezza di accesso a quelle cure da parte dei cittadini si influenzano a vicenda, influenzando altresì il livello aggregato della spesa sanitaria.

Il richiamo al progresso tecnico – come variabile indipendente che causa mutamenti nella forma e nella estensione della copertura assicurativa e come variabile dipendente che risulta influenzata da incentivi che operano attraverso il sistema di assicurazioni sanitarie – pone la necessità di considerare l'influenza decisiva degli incentivi. In particolare, si può sostenere che: i) l'ammontare di risorse destinate alla ricerca in campo sanitario, dipende, in buona parte dai meccanismi che ci si aspetta verranno usati per finanziare la fornitura dei servizi sanitari nei periodi fu-

turi, allorquando i frutti del processo di ricerca diverranno commercializzabili; ii) reciprocamente, la domanda di assicurazione sanitaria dipende, in parte, dallo stato della tecnologia, il che riflette – a sua volta – la ricerca scientifica svolta nel passato; iii) se ne trae che la crescita di lungo periodo della spesa sanitaria in un dato paese è una conseguenza dell'interazione tra il processo di ricerca in campo sanitario e il sistema di assicurazione sanitaria vigente in quel paese.

Alla luce di quanto precede, si può comprendere perché la soluzione del problema economico-finanziario non può consistere in una pura e semplice riduzione della spesa sanitaria ad opera del soggetto pubblico. Tre ragioni specifiche possono essere addotte a sostegno di tale affermazione. In primo luogo, occorre osservare che nei confronti della domanda sanitaria non è possibile determinare una funzione di domanda autonoma, una funzione cioè che faccia derivare la domanda di servizi sanitari dalle sole preferenze dell'individuo e dal suo vincolo di bilancio. Come K. Arrow ha osservato oltre trent'anni fa, la relazione tra pazienti e medici (e gli altri fornitori di cure sanitarie) è resa complessa da "problemi di agenzia", a loro volta dovuti all'esistenza di informazione asimmetrica tra le parti e di specifici rapporti di fiducia.

I pazienti, in verità, si affidano ai medici per cercare di articolare la loro domanda di servizi sanitari. Addirittura, essi possono conferire parziale o completa autorità ai medici nel prendere le loro decisioni.

È questo il significato del ben noto fenomeno della *induzione della domanda*, fenomeno che è chiaramente destinato a rafforzarsi proprio a causa del ritmo incalzante delle innovazioni tecnologiche in campo sanitario. In un quadro del genere, la nozione economica di un consumatore pienamente informato e che guarda al prezzo quando decide l'ammontare desiderato di servizi sanitari da acquistare è chiaramente fuori luogo. Eppure,

quasi l'intero dibattito in corso sull'argomento assume l'esistenza di una ben definita curva di domanda dei servizi sanitari da parte del cittadino. Se ne trae che misure di contenimento della spesa sanitaria basate sulla diminuzione della domanda di servizi sanitari non potranno che sortire effetti modesti: la variabile prezzo risulta come depotenziata nel determinare livelli ottimali di consumo individuale.

In secondo luogo, non è detto, che una riduzione della spesa pubblica nel settore comporti una riduzione della spesa sanitaria complessiva, giacché la spesa che i privati dovranno sostenere per compensare le minori prestazioni



pubbliche potrebbe rivelarsi più elevata del risparmio effettuato dal bilancio pubblico, con una perdita complessiva di efficienza. Infine, la contrazione delle risorse pubbliche alla sanità può generare altre inefficienze allocative giacché la sanità è caratterizzata dalla presenza di fenomeni che impediscono al mercato lasciato a se stesso di funzionare in modo socialmente ottimale. Si pensi, al potere di monopolio di cui godono alcuni dei soggetti di offerta dei servizi sanitari; e alle esternalità positive prodotte dalle cure sanitarie (il miglioramento della salute di ogni cittadino ha ricadute positive sulla salute degli altri e quindi il livello di cure socialmente ottimale può risultare superiore a quello che il mercato spontaneamente realizzerrebbe).

La strategia da seguire non può quindi che essere una strategia complessa e criticamente avvertita, una strategia che

parta da obiettivi chiari circa la qualità ed il grado di universalità delle prestazioni e introduca il quadro delle compatibilità economiche con riferimento alla individuazione e alla selezione degli strumenti e meccanismi necessari a perseguire quegli obiettivi.

2. Nessuna società di oggi può permettersi di offrire a *tutti* i suoi cittadini *tutta* l'assistenza sanitaria dalla quale costoro potrebbero trarre beneficio. Ogni società deve quindi stabilire delle priorità: deve cioè decidere a chi e che cosa distribuire e, dunque, chi dovrà rimanere escluso dai benefici.

Taluno potrebbe essere indotto a pensare che il problema del razionamento ammetterebbe una soluzione solo che si riuscisse ad eliminare gli sprechi oppure ad aumentare la spesa sanitaria. Non c'è dubbio che quello della sanità è un settore caratterizzato da ampie sacche di inefficienza e da un livello di spesa ancora inadeguato. Ma vano sarebbe il tentativo di risolvere il problema in questione in questo modo, soprattutto perché il denaro non è certo la sola risorsa scarsa in medicina. Si pensi agli organi per trapianti: non ve ne saranno mai abbastanza!

Il razionamento esplicito è dunque inevitabile. Come regolarsi al proposito? Due sono le questioni rilevanti. Quali obiettivi deve perseguire il decisore e quali criteri devono essere adottati nello stabilire a quali persone devono essere riservati certi trattamenti? L'altra questione concerne le istituzioni e le procedure chiamate a implementare obiettivi e criteri. Dobbiamo lasciare le decisioni di razionamento al medico di base o allo specialista? Al mercato oppure a una qualche agenzia pubblica? In quel che segue fisserò l'attenzione solamente sulla prima delle due aree problematiche.

A tale riguardo, la risposta che immediatamente viene alla mente è che occorre usare le risorse scarse in modo da produrre il maggior bene. Questa pensata è alla base dell'uso dei *qalys* (*quality adjusted life year*) come unità per misurare

il valore di tipi diversi di trattamento sanitario. Come è noto, i *qalys* sono una misura del "bene" prodotto da una cura: vale a dire il beneficio da essa arrecato. La cura medica può fare due tipi di cose. Essa può prolungare la vita degli individui e può migliorare la vita di coloro che già vivono. I *qalys* combinano questi due tipi di benefici in una misura singola. Un anno di vita in salute conta per un *qalys*: gli anni di vita trascorsi in malattia, invece, vengono regolati verso il basso sulla base di un fattore volto a misurare la qualità della vita. Chiaramente, si viene così a creare lo spazio per un *trade-off* tra durata e condizioni di vita.

Una volta determinati i *qalys* associati ad un certo trattamento, questi vengono confrontati con i costi dello stesso. Gli economisti sanitari anglosassoni hanno calcolato il costo per *qalys* relativi a trattamenti diversi. Ad esempio, un trapianto di rene può costare circa 3.000 \$ per *qalys*, mentre la sostituzione di una spalla può costare circa 1.200 \$ per *qalys*: quanto a dire che il denaro speso nella sostituzione di una spalla produce più bene di quello speso nel trapianto di rene e dunque che le risorse scarse dovranno essere indirizzate al primo tipo di interventi piuttosto che al secondo.

Ma a ben considerare non poche sono le difficoltà che sorgono con una metodologia del genere. Come J. Broome, A. Williams e altri ancora hanno bene posto in evidenza, una prima ha a che vedere con la difficoltà di fissare la scala dei fattori di aggiustamento della qualità per stati diversi di salute. Se un certo stato ha un fattore di aggiustamento di 0.5, questo significa che due anni in tale stato equivalgono ad un anno in buona salute. Come si fa a decidere quale stato di salute merita questa valutazione? Chiaramente si tratta di un problema di non secondaria rilevanza ancora in attesa di una qualche soluzione.

È però sull'idea generale in base alla quale dovremmo allocare le risorse in modo da produrre il maggior bene che qui desidero soffermarmi. Sia-

mo sicuri che sia questo l'obiettivo adeguato per impiegare le risorse sanitarie a nostra disposizione?

Nell'esempio di cui sopra, dovremmo razionare i trapianti di rene più severamente delle sostituzioni di spalla, anche se i primi salvano vite umane. È moralmente accettabile negare a qualcuno chance di vita allo scopo di impegnare risorse per migliorare la qualità della vita di altre persone? Quando consideriamo trattamenti alternativi a favore di un singolo paziente, non v'è dubbio che sia giusto scegliere quello che risulterà maggiormente benefico per quel paziente. In questi casi l'uso dei *qalys* non pone problemi etici.



Ma diversa è la situazione quando si tratta di distribuire risorse tra pazienti diversi.

Un criterio diverso dai *qalys* è quello dell'equità. Si consideri il caso in cui due persone sono in attesa di un trapianto di fegato, e c'è un solo fegato a disposizione. Come regolarli? Il criterio adottato in paesi come l'Italia e l'Inghilterra è quello dell'urgenza: la posizione del paziente è definita urgente se questi morirà entro tre giorni qualora non venga sottoposto al trapianto.

Ora, se l'obiettivo da perseguire fosse quello del maggior bene, il criterio dell'urgenza non dovrebbe giocare alcun ruolo: il trapianto verrebbe praticato al paziente che presenta le maggiori chance di successo, e ciò indipendentemente dal grado di urgenza esibito. Qual è allora il razionale alla base del criterio dell'urgenza? C'è una qualche buona ragione oppure si tratta solo di mera convenienza?

Una buona ragione c'è ed essa è rappresentata da considerazioni di equità. Se il paziente con bisogno urgente non riesce ad ottenere il trapianto, questi perde la sua ultima chance di continuare a vivere. Invece, se qualcun altro, in una situazione di non urgenza, non ottiene il trapianto può sempre sperare in un'occasione successiva. Ne deriva che dando la priorità ai casi urgenti, operiamo in modo da eguagliare le chance di sopravvivenza delle persone. Operando in questo modo, aumentiamo l'equità nel sistema.

Come è agevole comprendere, l'obiettivo dell'equità è spesso in conflitto con quello del maggior bene. Si pone la domanda: è possibile riconciliare in qualche modo, bilanciandoli, i due obiettivi? La risposta non è agevole per la fondamentale ragione che l'equità non ha nulla a che vedere con la massimazione di alcunché, neppure del maggior bene. L'equità esige, infatti, che le persone siano trattate in modo eguale, *qua* persone. Come si vede, occorre investire crescenti energie intellettuali e dilatare il nostro orizzonte di senso per affrontare problemi del genere.

3. Quali le implicazioni del discorso che precede sul significato e sulla utilizzabilità pratica dei codici dentologici? Per rispondere, giova considerare, sia pure in breve, le due grandi matrici di filosofia morale entro le quali collocare la proposta dei codici etici. Da un lato, la matrice neo-contrattualista, legata ai nomi, ormai celebri, di John Rawls e di David Gauthier; dall'altro lato, la matrice che possiamo chiamare dell'evoluzionismo morale ascrivibile all'opera di F. von Hayek e che si rifà alla tradizione di pensiero dei moralisti scozzesi (tradizione cui apparteneva A. Smith).

La differenza essenziale tra le due matrici è che, mentre nella concettualizzazione neo-contrattualista la base dei valori è l'accordo imparziale di individui razionali, nell'approccio evoluzionista il fondamento dei valori etici sta nel processo attraverso il quale

questi valori vengono edificati come virtù. In altro modo, nella prospettiva neo-contrattualista, individui razionali realizzano che è nel loro interesse – quale che esso sia – trovare l'accordo su norme comuni di comportamento allo scopo di superare i problemi connessi al razionamento di cure sanitarie. Secondo l'evoluzionismo morale, invece, l'idea di base è che, data una certa comunità di persone, risultano giustificate quelle pratiche e quelle istituzioni che sostengono lo sviluppo delle virtù tipiche di quella comunità. È questo il senso dell'approccio di "etica delle virtù", proprio come aveva teorizzato A. Smith nella Sua *The Theory of Moral Sentiments* del 1759, opera nella quale egli aveva posto in risalto la necessità che la società dovesse mettere in atto un assetto istituzionale capace di favorire la diffusione tra i cittadini di comportamenti virtuosi.

È agevole cogliere le differenze tra codici deontologici formulati all'interno dell'una o dell'altra prospettiva di discorso morale. Se pensiamo ad un codice all'interno dell'orizzonte del neo-contrattualismo, esso ci apparirà come un vincolo razionale; vale a dire come un vincolo che il decisore decide di autoimporsi per conseguire un determinato scopo. Invece, nell'ottica dell'evoluzionismo, il medesimo codice si configurerà come strumento per la pratica di virtù: vale a dire come strumento che favorisce lo sviluppo di disposizione morali.

Quale la rilevanza di questa distinzione a fini pratici? Consideriamo gli elementi qualifi-

canti di un qualunque codice etico. Il primo concerne l'identificazione del patto sociale costitutivo dell'organizzazione, il patto che lega fra loro tutti i vari *stake-holders* (titolari dei diritti di proprietà, dipendenti, dirigenti, pazienti, fornitori). Il secondo elemento riguarda l'esplicitazione di tutte quelle norme (di imparzialità, di equità, di risoluzione dei contrasti, ecc.) che valgono a fissare quale comportamento deve essere mantenuto dai soggetti tutte le volte in cui l'incompletezza contrattuale lascia delle zone di grigio. Infine, il terzo elemento è rappresentato dalla individuazione di quegli incentivi che valgono ad assicurare il *self-enforcement* del codice, quanto a dire che il codice deve risultare compatibile negli incentivi.

Ora, una struttura del genere produrrà gli effetti desiderati, e quindi la pratica dei codici autoregolamentativi avrà successo, solamente se viene soddisfatta una condizione a livello, per così dire, macro; l'esistenza di un "mercato" della reputazione nel quale quest'ultima appaia come un bene a prezzo positivo. In caso contrario, potrebbe accadere che il rispetto da parte di tante singole organizzazioni del loro rispettivo codice deontologico conducesse ad un risultato perverso. Ecco perché l'accoglimento della prospettiva neo-contrattualista non basta ad assicurare il successo che ci si aspetta dalla adozione di codici etici da parte delle singole organizzazioni.

Il fatto è – generalizzando un istante – che vi sono due

categorie di regole morali; quelle che possono essere concettualizzate nella forma di capitale umano reputazionale (un soggetto sa di dover incorrere in rilevanti costi personali in caso di trasgressione della norma, dal momento che la sua reputazione verrebbe messa a dura prova dall'atto immorale) e quelle la cui esecutorietà dipende, invece, da vincoli di natura interna, vale a dire dalla costituzione morale degli agenti. Sono queste le regole morali che, mentre arrecano grande beneficio alla società, possono non apportare un vantaggio diretto a coloro che le mettono in pratica. Si tratta di tutte quelle regole che valgono a minimizzare o a neutralizzare i vari comportamenti opportunistici, dal *free-riding* allo *shirking*, che sono all'origine di processi di decadimento di una società. Tale dicotomia pone un grosso problema: mentre per produrre e far rispettare le regole morali della prima categoria è sufficiente, da un lato, un coerente sistema di leggi unitamente ad una ben oliata macchina della giustizia e dall'altro uno schema di incentivi esterni sotto forma di capitale reputazionale – il che è quanto risulta compatibile con la matrice neo-contrattualista –, per rifornire la società dell'altro tipo di infrastruttura morale è necessario intervenire sulla struttura motivazionale interna dei soggetti, vale a dire sulla loro adesione convinta a valori condivisi – il che è quanto può essere generato da un approccio di etica delle virtù.

Prof. STEFANO ZAMAGNI
Università di Bologna



II: Aspetto politico-economico della salute*

Credo che il Professor Zamagni abbia delineato molto chiaramente e in dettaglio il grande problema che si presenta oggi quando parliamo di salute e di economia o di finanziamento. Sfortunatamente, in questo mondo che oggi viene definito globalizzato, sembra che tutto si riduca a discutere i problemi sociali in termini economici e finanziari. Credo che il Prof. Zamagni abbia chiaramente spiegato ed enfatizzato un aspetto che vorrei brevemente riconsiderare, quello della natura multisettoriale della salute.

La salute, così come fu definita cinquanta anni fa da quei saggi che, in seguito all'esperienza della Seconda Guerra Mondiale, crearono l'Organizzazione Mondiale della Sanità, non è soltanto l'assenza di malattia, così come la pace non è soltanto l'assenza di guerra. Molti anni fa un autore – Girondel – ha scritto: “è scoppiata la pace”. Oggi sembra che quelli che venivano chiamati i dividendi della pace, che abbiamo pensato di utilizzare e di raccogliere nel settore sociale, si vadano diluendo in maggiore quantità nel cercare di mantenere questa pace. Pertanto, il prezzo e il costo per mantenere la pace sembrano altrettanto grandi o maggiori di quello di avere evitato un conflitto a livello mondiale.

Salute e malattia

Tre sono i punti che desidero toccare nel mio intervento. Il primo riguarda una visione generale della salute e della malattia. In questa sesta Giornata Mondiale del Malato, mi sembra appropriato ricordare cosa sia la salute perché tutti noi, in un determinato momento della vita, veniamo colpiti dalla malattia e la malattia è, in qualche

modo, legata alla salute. Pertanto, la definizione di salute in quanto tale, secondo i termini dell'OMS, potrebbe sembrare un'utopia. Salute è uno stato non solo di assenza di malattia, bensì di completo benessere, economicamente produttivo e socialmente accettabile, universale. Abbiamo parlato di universalità. È possibile questo? Le nostre società sono preparate a rendere veramente reale questa descrizione?

Parlerò poi di cosa è la salute per tutti nel ventunesimo secolo, quale è oggi la grande sfida dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, sebbene possa sembrare un sogno. È una direzione fondamentale della visione umanistica e, pertanto, coincide con la visione cristiana del destino dell'uomo. In questo senso – stavo leggendo oggi il messaggio del Santo Padre dedicato a questa Giornata – credo che coincida, come vedrete, con il documento basilare approvato la settimana scorsa dal Consiglio Esecutivo dell'Organizzazione Mondiale della Salute in relazione alle strategie della salute nel ventunesimo secolo.

Rapportando la salute alla malattia, mi è venuto in mente quanto diceva un famoso endocrinologo spagnolo, il Prof. Martin Ibanez: nello studio della medicina ci hanno insegnato a riconoscere i sintomi e i segni della malattia, ma non ci hanno insegnato a riconoscere i sintomi e i segni della salute. Qui si ricollega quello che diceva il Prof. Zamagni dello stile di vita: se potessimo riconoscere meglio i segni e i sintomi della salute, forse lo stile di vita di ognuno potrebbe modificarsi in questa funzione. Vediamo i rischi a cui è sottoposto l'ambiente; ma l'ambiente non è soltanto l'ambiente fisico e naturale, ma anche quello sociale; l'inquinamento dell'ambiente so-

ciale è tanto importante oggi, credo, quanto quello dell'ambiente fisico. In questo mondo moderno in movimento, si parla molto di inquinamento chimico, di inquinamento in termini di aggressione dell'individuo; però si parla meno dell'inquinamento sociale. La mondializzazione che oggi porta tanti vantaggi e possibilità, pone anche enormi sfide per la salute. Ne menzionerò alcune.

Inversione nella salute

Il secondo elemento che vorrei citare è di carattere generale, il costo o, vorrei dire, l'inversione nella salute. Oggi, con questo criterio molto più utilitaristico, i servizi sanitari si vanno moltiplicando e sembrano diventati un bene commerciale, come tanti altri, al punto tale che ci sono catene di alberghi, così come ci sono catene di ospedali, multinazionali, in cui il servizio viene misurato dal punto di vista dei servizi offerti ai pazienti nel loro comfort, senza che sia necessariamente rapportato alla qualità e alla tecnica medica. Con ogni possibilità la tecnologia in questi ospedali è la più moderna. Però la domanda che ci poniamo è se l'ultima tecnologia in ordine di tempo sia la migliore. Sembra quasi che sia così perché, siccome tutto è moda, se non si utilizza la tecnologia più moderna, il paziente non resta completamente soddisfatto. Credo che in questo la cosa più importante sia, e torno ad usare una parola impiegata dal Prof. Zamagni, la razionalizzazione. Chi razionalizza? Chi fa le regole del gioco? Il governo non può negare la sua responsabilità di fronte alla salute e, benché non sia il fornitore, è il legislatore definitivo secondo la costituzione di ogni paese.

Vorrei riferirmi molto brevemente ora ai fondamenti dell'OMS a livello mondiale. Sto cercando di riflettere la realtà dei 191 paesi membri di questa Organizzazione Mondiale, la maggior parte dei quali, e cioè i due terzi del mondo, sono poveri e non possono accedere a gran parte delle novità tecnologiche. Oggi si parla di telemedicina, di tutto quel meccanismo creato dalle autostrade della comunicazione; in alcuni casi, come abbiamo detto, forse l'autostrada c'è ma non ci sono veicoli per percorrerla; pertanto, è una visione un po' diversa da questo punto di vista perché i mezzi, le possibilità dell'informazione disponibile a livello di queste comunità, di questi paesi, purtroppo non sono gli stessi.

Nuova politica dell'Organizzazione Mondiale della Sanità per il secolo XXI

Perché deve esserci un rinnovamento nella politica della salute per tutti? Indichiamo uno degli aspetti più importanti che sono stati menzionati; benché in questi ultimi venti anni il mondo abbia prodotto la più grande ricchezza della storia universale, ha anche prodotto il maggior numero di poveri. C'è qui un'asimmetria, uno sfasamento che spiegheremo più tardi quando parleremo dei benefici sociali: il cambiamento demografico. Tutti sappiamo che l'aspettativa di vita è notevolmente aumentata, in particolare nei paesi industrializzati, ma anche nei paesi in via di sviluppo; oggi esistono problemi di salute, malattie croniche che prima non esistevano, per lo meno in queste proporzioni; anche nei paesi poveri hanno cominciato a fare la loro comparsa quelle che vengono chiamate malattie non trasmissibili, ma le cause sono diverse. Prima gli abitanti di questi paesi non vivevano abbastanza da arrivare a contrarre una malattia cronica; la mortalità colpiva un'età molto giovane; oggi, con l'aumento dell'aspettativa di vita, sono stati evidenziati altri problemi,

e questo fornisce un profilo epidemiologico completamente differente. L'epidemiologia è cambiata in modo tale da avere un duplice peso: non soltanto le malattie trasmissibili, ma anche quelle croniche diventano sempre più complesse e difficili.

L'ambiente sociale

Resto sempre più sorpreso nel vedere che si possono guardare sessanta, ottanta, o cento canali televisivi senza muoversi dalla propria poltrona. Ciò è buono oppure no? Credo che dobbiamo chiedercelo in molti sensi: da un lato promuoviamo un'alimentazione salutare e, soprattutto ad una certa età, l'importanza dell'alimentazione mentre, allo stesso tempo, assistiamo ad un grande movimento proporzionale che non sempre va nella stessa direzione, per non parlare del tabagismo, dell'alcoolismo, ecc.

Questo della salute per tutti non è né un tema dell'OMS né un suo documento, ma è un documento che riguarda tutto il settore sanitario del mondo, tutti coloro che sono interessati alla salute; l'OMS non ha il monopolio, l'OMS è ciò che desiderano i ministri della salute come noi; però i ministeri della salute dipendono anche dalla cooperazione con altri ministeri del governo e con la multisettorialità. Pertanto gli organismi non governativi e la chiesa svolgono un ruolo importante; in Africa ci sono paesi in cui il sessanta per cento e oltre del servizio medico è prestato dalla Chiesa cattolica, e se ciò viene fatto a livello ecumenico è molto meglio. Pertanto in una relazione su come portare avanti tutto ciò, stabilire quali politiche e priorità devono esistere riveste un'importanza fondamentale.

Ho già parlato della globalizzazione e non voglio ripetere; l'unica cosa che posso dire è che sta creando vincitori e perdenti, sfortunatamente i perdenti sono sempre gli stessi. Nella salute stiamo cercando di creare norme per lo scambio di servizi e merci che abbiano a che vedere con la

salute, che permettano di portare avanti i principi di questa politica dell'OMS, di equità, cooperazione e giustizia sociale.

Valori della nuova politica

Vorrei riferirmi brevemente anche ai valori fondamentali della nuova politica. La politica si basa essenzialmente su tre aspetti fondamentali. Primo, il diritto alla salute, come sapete; secondo, l'equità, la solidarietà, l'etica e, infine, un rapporto equo tra uomini e donne. Due parole sull'etica. Credo che tutti i valori coincidano assolutamente con il messaggio del Santo Padre e con i principi cristiani della Chiesa cattolica.

Ci sono però due aspetti che vorrei elaborare maggiormente. Il primo è quello dell'equità nella salute; noi vogliamo vedere anche in questa dimensione globale l'equità tra i popoli, equità che si riflette in qualche modo maggiormente nella cooperazione internazionale. E non voglio dire cooperazione internazionale soltanto in termini di aiuti economici, ma cooperazione internazionale in termini di informazione, conoscenza, accesso a fonti diverse che permettano a chi prende le decisioni, di prendere delle decisioni più intelligenti. Abbiamo visto in alcuni casi che a volte la cooperazione non segue necessariamente la linea delle priorità e dei benefici di certe popolazioni, pertanto la cooperazione deve riflettere anche un elemento di equità tra i paesi che dispongono di maggiori possibilità e quelli che hanno minori opzioni.

L'altro aspetto a cui desidero fare riferimento si riferisce all'etica. Abbiamo parlato di tecnologia, di servizio e di salute. L'etica, secondo la nostra visione e quella dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, deve essere presente nel corso di tutta la vita, dal suo inizio fino al termine. Per questo, tanto nell'aspetto curativo che preventivo, la salute deve essere retta dall'etica e dal rispetto della condizione umana nella sua più alta espressione.

Per quanto riguarda l'accesso ai servizi sanitari e all'aspettativa di vita, parliamo dell'aspettativa di vita non soltanto in termini quantitativi: che la gente oggi viva settanta anni non vuol dire che viva bene; ma parliamo anche di un aspetto della qualità della vita, della condizione umana in cui questa qualità di vita deve esistere secondo i mezzi di cui ogni comunità umana dispone. Ed è lo stesso per ciò che si riferisce ai servizi sanitari; l'equità di questi servizi deve essere in funzione delle necessità, e non in funzione della capacità di finanziamento di ogni individuo o della stessa comunità. Credo che sia la necessità quella che determina l'utilizzo di questi servizi sanitari e non necessariamente la domanda, come è avvenuto in molti casi e come avviene ancora oggi.

Cosa ci attendiamo da questa nuova politica? Che la salute sia al centro dello sviluppo. L'idea è che ogni volta che si parla di sviluppo, si includa anche la salute, perché l'uomo in questo nuovo concetto della politica sanitaria è il cuore dello sviluppo, per noi che lavoriamo nell'OMS e credo per tutti noi qui presenti.

Il controllo delle malattie continua ad essere naturalmente il punto centrale dell'azione dell'OMS, ma non solo il controllo come tale bensì anche una vigilanza globale di quanto sta avvenendo nel mondo per un intervento tempestivo e per azioni congiunte; non ci sono molte frontiere quando si tratta oggi di malattie.

Desidero citare due elementi per un'azione fondamentale. Il primo è quello che si riferisce all'idea che la salute sia al centro dello sviluppo; il secondo è che se non c'è un sistema sostenibile – e qui si ricollega credo il finanziamento realistico della salute – questo non sarà possibile. Desidero dire due parole: primo, che il sistema sanitario non deve creare speranze che non è possibile realizzare. Il secondo punto – e qui vengo alla parte della domanda-offerta, la privatizzazione e tutto ciò di cui si è parlato e non che starò a ripetere – è il fatto che non ci sono molti interessati al di fuori dello Stato e di alcuni organismi non governativi nella parte preventiva e di promozione della salute. Il grande elemento è il servizio della salute; abbiamo visto la privatiz-

zazione di servizi sanitari, ma tuttavia non abbiamo assistito ad una privatizzazione di qualcosa che promuova una buona attitudine di vita perché apparentemente non è redditizia; penso però che lo Stato e gli organismi quali la Chiesa e le scuole, abbiano un obbligo fondamentale molto grande per il futuro perché è qui che si definisce lo stile di vita.

Per terminare, vorrei dire che l'Organizzazione Mondiale della Sanità ed io, come individuo e cattolico praticante, pensiamo che ci sia una comunione di interessi fondamentali in quella che è la condizione dell'individuo di fronte alla salute, e di responsabilità individuale e comunitaria di fronte a questa salute; se ciò non si concretizza, penso che non soltanto non raggiungeremo la salute per tutti ma che nemmeno costruiremo un mondo con una certa tranquillità e pace che è ciò che, in definitiva, stiamo tutti cercando. Grazie.

Dott. FERNANDO ANTEZANA
*Presidente Aggiunto
dell'Organizzazione Mondiale
della Sanità*

* Questo testo è un riassunto dell'intervento dell'autore, raccolto direttamente dalla registrazione.



A. LA PROBLEMATICA

Dall'inizio degli anni '80, i governi dei paesi occidentali sono profondamente impegnati nella riduzione delle spese sanitarie, gravate ovunque da un incremento annuale superiore alla ricchezza prodotta. A questo fine adottano misure restrittive e nuove politiche sanitarie, cercando di incrementare l'incidenza della salute e della medicina negli schemi di un sistema di libero mercato. Si dice che la politica assistenziale sanitaria abbia generato inefficienza, spese immense non più sostenibili, corruzione e la piaga del burocratismo¹.

1. Contro il libero mercato

Le voci contro tali decisioni non hanno tardato a farsi sentire: si dice che trattare mercantilisticamente il mondo della malattia e della salute è assurdo, in quanto la salute verrebbe trattata come un prodotto che l'impresa dovrebbe offrire in maniera competitiva, valorizzando al massimo le risorse disponibili e riducendo i costi, così che il paziente si trasformerebbe in un semplice cliente.

Ciò non viene accettato poiché si dice che un centro sanitario non lavora per accrescere il prodotto, per incrementare l'offerta di servizi, bensì per ridurre i bisogni; si dice inoltre che in campo sanitario non esiste la saturazione del mercato, per cui ad un aumento dell'offerta può presentarsi un aumento della domanda; d'altra parte, chiamare la salute "prodotto" è offensivo per il concetto integrale di salute in quanto questa abbraccia campi che non possono chiamarsi così; oltre al campo fisico, essa integra quello psichico e spirituale; anche qualificare il malato come "cliente" è inad-

guato, in quanto si tratterebbe di un'ottica esclusivamente economica in cui falsamente ogni malattia avrebbe il proprio corso, tempo e ordini fissi; la relazione medico-paziente verrebbe abbandonata in quanto, una volta consegnato il prodotto, il paziente si lascia; molti ammalati per i quali non funzionerebbe la legge dell'offerta e della domanda verrebbero abbandonati; sarebbe il caso dei malati terminali o incurabili come i malati di AIDS, o gli anziani e gli inabili per i quali la terapia psicologica e spirituale è essenziale; verrebbero recisi inoltre i legami familiari del malato, decisivi perché sia curato; si renderebbe vuoto il concetto di volontariato; si terrebbe conto di aspettative mercantilistiche e non della salute del malato; i centri sanitari non avrebbero così come finalità il recupero del malato ma il guadagno economico².

2. A favore del libero mercato

Nonostante questa posizione di rifiuto del sistema di libero mercato applicato alla salute, la grande maggioranza delle attuali politiche sanitarie governative, almeno in Occidente, lo accettano e si basano su molte ragioni a dimostrazione del fatto che per loro il sistema alternativo, ossia quello dell'assistenza, è obsoleto e non può più essere mantenuto secondo lo sviluppo attuale dei diversi paesi. Lo propongono come un modello per il primo mondo da applicare in qualche modo, con diversi adattamenti, anche nel Terzo Mondo.

I miglioramenti che si propongono il sistema assistenziale, dicono, non devono mai colpire il nucleo basilare dell'equità e della solidarietà. Si cercano

condizioni più favorevoli per ottenere benefici combinati da un maggiore decentramento, dalla possibilità di applicare gli strumenti della gestione imprenditoriale e dalla delimitazione di mezzi e di responsabilità per le gestioni periferiche. Si esige una struttura che permetta una netta differenziazione tra i principali attori del sistema sanitario e il riconoscimento delle loro rispettive responsabilità. L'amministrazione centrale sarebbe il principale finanziatore; le aree di salute, gli acquirenti di servizi; gli ospedali, centri sanitari, medici e farmacie sarebbero i fornitori, e gli utenti sarebbero i clienti.

L'obbligo fondamentale del compratore sarebbe quello di ottenere la migliore qualità dei servizi con le risorse disponibili. Questo mercato sanitario interno produrrebbe uno stimolo competitivo tra le diverse unità incaricate di fornire i servizi.

Si creerebbe in questo modo una competenza che dovrebbe dar luogo a miglioramenti nella qualità e nel costo delle prestazioni e fornire all'utente un margine maggiore di scelta tra i fornitori; la base fondamentale per il lavoro tra fornitori e utenti sarebbe il contratto che verrebbe accettato dopo un'analisi dettagliata della sua efficienza. Entrerebbero in gioco tanto il settore pubblico quanto quello privato.

La coscienza dell'obbligo personale e il dover render conto dei risultati sarebbero degli incentivi e migliorerebbero le forme amministrative assistenziali che risultano già inadeguate per capire e gestire la complessità e il volume degli attuali servizi sanitari. La rigidità normativa dell'assistenza si trasformerebbe in servizi versatili e si eviterebbe l'egemonia perversa della bu-

roccrazia, dando al consumatore il posto che gli spetta. I fattori importanti ad entrare in gioco sono due: l'interesse economico e la libertà di scelta; il primo potrà essere diretto alla qualità del prodotto mentre il secondo alla qualità del servizio. Entrambi possono degenerare, è vero, ma possono anche essere fattori da considerare nella priorità e nell'equità nella distribuzione delle risorse sanitarie.

Le moderne tecniche di gestione imprenditoriale comportano la accelerazione delle pratiche, la definizione delle responsabilità e la delega dell'autorità. La gestione della salute deve sempre fare attenzione alla qualità del prodotto, al rispetto dei bilanci, alla riduzione dei costi, alla produttività, alla motivazione e alla retribuzione del personale, alla ricerca e allo sviluppo e così alla vitalità dell'impresa ospedaliera. Si deve risvegliare la coscienza della spesa, tanto dell'utente quanto dei fornitori; è certo che la salute non ha prezzo, ma ha un costo. Ciò che realmente caratterizza il sistema burocratico assistenziale è la cattiva assegnazione delle risorse, lo spreco delle spese. La competitività esigerebbe una formazione permanente di coloro che forniscono i servizi: è indispensabile che la tecnologia in continuo progresso si incorpori al servizio sanitario. Accelerazione delle pratiche, definizione delle responsabilità, delega dell'autorità, qualità del prodotto, rispetto dei bilanci, riduzione dei costi, produttività, motivazione e retribuzione del personale, ricerca e sviluppo, coscienza della spesa, costo della salute, tecnologia e formazione permanente, sono alcuni dei vantaggi delle forme di gestione nel realizzare le cure sanitarie nel mondo contemporaneo.

All'interno di questo sistema di libero mercato, ci si prenderebbe cura anche degli anziani, dei malati cronici, dei convalescenti e di coloro che richiedono cure palliative; si terrebbe conto del mercato dei prodotti e servizi, però non si considererebbero come soggetti di mercato le persone che ricevono dette cure.

L'assistenza sanitaria si comporta come un bene superiore, aumenta cioè ad un ritmo maggiore rispetto al reddito pro capite. Quando il costo aumenta, bisogna limitarlo. Al riguardo, vengono offerti due modi: con attuazioni dell'assistenza limitate (lunghe attese), con azioni di carattere delimitativo, che si concretizzano in prestazioni basilari ed esigendo che le altre vengano pagate. Gli utenti devono essere convinti che la sanità non ha un costo zero; con le eccezioni che la solidarietà e l'equità esigono, tutto ciò che non rientra nelle prestazioni basilari deve essere pagato; per quanto riguarda le prestazioni di base, queste, almeno simbolicamente, devono essere pagate. Ciò che non costa non si apprezza³.

È certo che la legge dell'offerta e della domanda strettamente applicata alla salute non funziona perché a maggior offerta corrisponde maggiore domanda, e inoltre esiste l'autonomia insindacabile dei professionisti della salute e l'inflazione dei costi; però i vantaggi del sistema di gestione possono essere mantenuti secondo la soluzione offerta recentemente in USA, chiamata "*managed care*", sulla base della medicina basata sull'evidenza: "*Evidence Based Medicine*". Tale procedimento vuole controllare la spesa agendo su ciascun produttore di salute nel trattamento di ogni singolo caso: la condotta professionale dei medici deve uniformarsi secondo protocolli diagnostico-terapeutici espliciti. La novità del "*Managed Care*" si manifesta attraverso l'uso economico di strumenti descrittivi dei processi assistenziali, che hanno come obiettivo quello di definire lo standard delle cure per patologia, attraverso ognuno dei suoi costituenti consegnati nel "*black book*" delle decisioni cliniche. Il suo limite è l'estrema variabilità dei comportamenti clinici dei diversi pazienti di fronte agli stessi problemi assistenziali e alle diverse posizioni soggettive dei medici.

Il processo culturale che sostiene questo protocollo è la "*Evidence based medicine*", che consiste nell'uso della co-

noscenza medica più affidabile nella pratica clinica. È stato comprovato l'esito di questo sistema sia riguardo a migliori cure, sia al volume delle stesse, il che alleggerisce notevolmente la spesa sanitaria. Esistono già manuali della "*Evidence based medicine*" e vi si può accedere attraverso Internet. In questo modo si potrà affermare che l'infrastruttura di impresa e i protocolli diagnostico-sanitari sono le linee dello sviluppo sanitario che si va imponendo oggi⁴.

3. Economia e salute nel Terzo Mondo

Per quanto riguarda l'Economia e la Salute nel Terzo Mondo, si segue per quanto possibile il modello di libero mercato.

Ricordiamo a grandi linee le due tappe economiche recenti che si sono imposte: prima si è concepito un modello in cui le linee più importanti erano la stabilizzazione dei prezzi delle materie prime, il controllo dei mercati agricoli, la formazione di quadri responsabili, la valorizzazione delle risorse naturali e lo sviluppo delle infrastrutture. Quando questo modello fallì, in gran parte a causa del debito estero, venne concepito il programma denominato degli *Aggiustamenti strutturali*, con la liberalizzazione dei prezzi, il libero scambio e il libero mercato e la privatizzazione delle imprese.

In questo contesto si pensa che la salute non possa essere gratuita e assistenziale, perché lo Stato non ha forza economica sufficiente e si pone anche sotto le leggi di libero mercato⁵.

Nel Terzo Mondo, la povertà della Salute si inquadra nella povertà economica e sociale intesa come un sistema di disoccupazione-sottoccupazione, scarsità di denaro e di beni materiali, basso livello di istruzione, abitazioni povere, mancanza di acqua e di igiene, malnutrizione, diffusione di malattie, apatia sociale e mancanza di volontà e di iniziativa per un cambiamento verso qualcosa di meglio. Nei paesi industrializzati la gente spen-

de circa US\$ 500 a persona l'anno per la propria salute; nei paesi in via di sviluppo la spesa è tra US\$ 2 e 7 l'anno. Il tasso di mortalità per parto nei paesi industrializzati, riferito ad uno stesso e determinato gruppo di età, è dell'1%, mentre nello stesso gruppo nei paesi sottosviluppati varia tra il 20 e il 45%⁶.

Nel Terzo Mondo si accentua la necessità di un sistema sanitario più fortemente basato sulla prevenzione che sulla cura delle malattie. Sono stati posti i seguenti indici per misurare lo stato di salute dei paesi: speranza di vita, tasso di mortalità infantile e giovanile, tasso globale di mortalità, indice sintetico di fecondità, tasso globale di natalità, tasso di crescita della popolazione, indice del reddito pro capite, tasso di scolarizzazione e consumo quotidiano di calorie.

Dopo aver realizzato studi statistici al riguardo, si è riscontrato che in alcuni paesi la chiave fondamentale di questi indici è la scolarizzazione della donna, e le strategie varianti sono in particolare l'acqua potabile, la preservazione dell'ambiente e le strutture sanitarie basilari. Riguardo al reddito pro capite, si è visto che la mortalità è in proporzione inversa al reddito stesso fino al suo aumento ad un livello medio; quando il reddito esce da questo livello, la mortalità aumenta.

È stato comprovato che l'acqua non potabile può contenere germi di oltre 20 malattie contagiose. Per quanto riguarda le malattie diarroiche, ogni anno l'acqua sporca causa la morte di circa 6 milioni di bambini al di sotto dei 5 anni; per quanto riguarda il paludismo, attraverso l'acqua sporca sono colpite annualmente 150 milioni di persone, un milione delle quali muore; 250 milioni sono colpiti dalla filiarosis linfatica e 30 milioni dalla oncocercosi o cecità di fiume. È interessante notare che a causa dell'insufficienza di calorie muoia molta meno gente che non per l'acqua sporca. La mortalità infantile è più alta nelle zone aride che in quelle umide, anche per la scarsità di acqua, e la speranza di vita è più ridotta. La

desertificazione disturba l'equilibrio ecologico e di conseguenza debilita i sistemi produttivi e la salute⁷.

B. PROIEZIONE TEOLOGICO- PASTORALE

1. Pastorale della salute

Di fronte all'immensa problematica dell'Economia e della Salute, di cui abbiamo menzionato soltanto alcuni aspetti nei concetti su esposti, è evidente l'esigenza di una pastorale sanitaria molto adattata ai tempi attuali, che continui la missione sanante di Ge-



sù e che sia un segno dell'amore incondizionato di Dio per tutti, in particolare per i più poveri e vulnerabili del Terzo Mondo. Il criterio principale che l'animerà non sarà certamente il lucro, ma le necessità umane di ogni singolo individuo e della comunità.

È certo che esiste una sproporzione tra la necessità di salute e i preventivi economici dei singoli Stati; bisogna però notare che la salute non è un residuo della politica sociale, ma la "conditio sine qua non". L'uomo così ha bisogno della politica della salute in vista dell'esiguità delle sue forze, il che esige che questa sia un diritto collettivo; di conseguenza, si devono correggere le di-

sposizioni legali che non tengano sufficientemente conto della uguale ripartizione di condizioni sanitarie per tutti.

Il bene della salute è essenzialmente uno dei beni la cui destinazione universale appartiene a tutti. La salute è un bene in sé, e possiamo dire che su di essa pesa un'ipoteca sociale e che pertanto bisogna assicurarla a tutti gli abitanti della terra. Per questo bisogna studiare come utilizzare le risorse facendo in modo che la salute sia patrimonio di tutti; è certo che le risorse sono limitate e quindi bisogna rispondere alla richiesta di come organizzarle affinché il bene della salute sia qualcosa a cui tutti abbiamo effettivo diritto. Il diritto individuale alla salute assume così una dimensione collettiva come forma di praticare la carità e il suo principio direttivo è la giustizia sociale intesa come la disposizione permanente della volontà che consiste nella ricerca e nella scelta di tutte le circostanze e nel porre alla portata dei membri della comunità ciò che è necessario per assolvere le proprie funzioni sociali.

La salute appare così come uno dei fattori più importanti da integrare nelle teorie di sviluppo, come terreno di ricerca di tutte le discipline scientifiche che devono avere incidenza sulla salute, e come realtà umana e morale in cui si finalizzano dette ricerche giacché, sotto questo aspetto, la salute si identifica con la stessa vita⁸.

2. Economia di mercato e salute

Per quanto riguarda l'economia di mercato e la salute, dobbiamo affermare in ogni caso che non è accettabile porre il lucro come finalità ultima e che pertanto, ad esempio, nell'ambito degli ospedali cattolici, le catene ospedaliere di azionisti non sono compatibili con la pastorale sanitaria, perché le catene sono disposte solo al lucro e al guadagno⁹.

Certamente, nell'ambito della Pastorale della Salute e degli ospedali cattolici il servizio sanitario è a carico della comunità che dà assistenza sanitaria

a coloro che sono nel bisogno. È un servizio animato dal Vangelo e guidato dalla Tradizione morale della Chiesa, si estende ai bambini, ai nascituri, alle ragazze madri, agli anziani, ai malati incurabili, ai tossicodipendenti, alle minoranze etniche, agli emigrati, ai rifugiati, alle persone con deficienze mentali e fisiche. Abbraccia la dimensione fisica, psicologica, sociale e spirituale della persona umana.

Per quanto riguarda la parte economica, un'organizzazione sanitaria cattolica dovrebbe tenere una gestione responsabile delle risorse sanitarie di cui ha disponibilità, secondo l'insegnamento sociale e morale cattolico, il che esige una equa opportunità di assunzione di personale, sicurezza, partecipazione, pagamento, organizzazione, ecc.¹⁰.

A tale riguardo dobbiamo porci esplicitamente il problema già menzionato sull'economia di mercato e la salute. Non possiamo chiudere gli occhi di fronte ad una realtà che ovunque si è imposta o sta per imporsi; inoltre non si vede perché i vantaggi che rappresenta non possano essere adottati, se essa non si prende come un sistema rigido all'interno delle strette coordinate dell'offerta e della domanda dentro la libera competenza e tenendo come unica finalità il lucro. Nella mentalità evangelica, più che di economia di mercato parliamo di *comunicazione cristiana dei beni*. Non si tratterebbe di una mera assistenza sanitaria, bensì di uno scambio tra il paziente, il medico e l'istituzione sanitaria, secondo il quale il paziente dà ciò che ha al medico e all'istituzione, e il medico e l'istituzione danno a loro volta ciò che hanno al paziente, evitando i problemi di una burocrazia corrotta ed inefficiente e una semplice posizione assistenziale sanitaria.

3. La salute, impostazione teologica

Forse aiuterà a chiarire quanto detto una piccola riflessione su cosa sia propriamente la salute.

È stata criticata la definizione conosciuta di salute dell'OMS come "*a state of complete physical, mental and social well-being, and not merely the absence of disease or infection*", specialmente perché parla di uno stato di completo benessere e si dice che questo è utopistico; tuttavia ha aperto nuovi orizzonti per capire che la salute non è soltanto assenza di malattia. Inoltre, la definizione dell'OMS si completa quando afferma che questo stato di benessere permette all'individuo di assolvere le sue funzioni sociali e produttive; e lo stesso quando si apre oltre il benessere fisico, a quello mentale e sociale.



Potremmo dire che su queste piste dell'OMS sono state tracciate altre descrizioni della salute che correggono e completano quella data, ma che non si allontanano del tutto dalla sua direzione.

In questo senso potremmo cercare di descrivere la salute come *un dinamismo di armonia interna ed esterna, del corpo e, tra il corpo, la mente, lo spirito e il contorno sociale ed ecologico che mette in grado la persona umana di realizzare il proprio compito*. Quando dico del corpo e tra di esso, mi riferisco all'armonia interna di ogni componente e allo stesso tempo all'armonia tra loro stessi.

Rispetto al corpo, si trove-

rebbe qui il benessere fisico e l'assenza di malattia; rispetto alla mente, si tratterebbe del benessere psichico e anche dell'assenza di malattia, l'armonia significherebbe l'autocoscienza trasparente della persona; quando si parla dello spirito, si tratterebbe dell'armonia con i fini totali della persona umana, la propria trascendenza. Qui si spiegherebbe ciò che si dice circa l'assolvimento del proprio compito, cioè dei fini propri di ciascuno. Riguardo all'armonia con il contorno sociale ed ecologico, si tratterebbe della relazione con gli altri e con il proprio mondo che si fa cosmo in ogni persona, cioè che riceve un proprio ordine mediante il lavoro realizzato.

In una visione cristiana della salute riveste un'importanza decisiva ciò che è relativo ai fini della salute, alla teleologia della salute. Soggettivamente, ognuno riceve questi fini secondo la propria vocazione che gli richiede di realizzare il proprio io in donazione agli altri e in unione piena con Dio; oggettivamente, questi fini significano l'unione con Cristo morto e risuscitato mediante lo Spirito Santo e, così, in Cristo trovare il proprio cammino verso il Padre (RO 5,5; 6,4; 8,9-14; GeV 14,5).

Da questa prospettiva la salute non si oppone alla morte ma la comprende come una pienezza che sfocia nella resurrezione. Di conseguenza, la salute è un camminare verso la pienezza in ogni epoca della vita: fanciullezza, gioventù, maturità, senilità, sulla base delle proprie incombenze, secondo la missione ricevuta che si deve disimpegnare in ognuno di questi momenti. La salute integrale quindi si intenderà in funzione di ogni epoca della vita, significherà una situazione fisica distinta, una coscienza sempre più piena di questo, un'identificazione con ogni tappa vitale e una donazione agli altri nel proprio ambiente, che esige che ciascuno aiuti a vivere in salute gli altri.

Da questa prospettiva si intende l'obbligo di procurare la salute agli altri integrata con la propria, giacché le due non sono separate. E per quanto ri-

guarda il problema economico rappresentato dalla salute, esso comporta l'obbligo anche di usare le risorse economiche nel modo migliore affinché la salute sia quella che si esige in ogni tappa della vita. Così si intende che tutto quanto esposto in relazione alla salute all'interno di un sistema di libera impresa non va obiettato, sempre che la finalità sia la salute integrale, e naturalmente non il lucro, in quanto questo apparirebbe come una finalità assurda nel concetto integrale di salute.

Un'altra conseguenza sarebbe che la salute integrale cristiana di cui abbiamo parlato, non escluda la malattia, ma la includa e la temperi o la estingua secondo la tappa della vita che si attraversa. In questo senso, salute e salvezza sono usati come sinonimi. Il senso secolare di salute riservato soltanto alla salute del corpo, o alla salute psichica, è un senso parziale che si deve integrare nella visione cristiana completa della salute.

Abbiamo enunciato il tema come Economia e Salute: priorità e equità nella distribuzione

delle risorse. In una prospettiva cristiana piena, l'economia rappresenta una parte importante della salute, ha una destinazione collettiva, non teme di inquadrarsi all'interno del sistema della libera impresa, sempre che non sia mercantile, e le priorità della sua distribuzione saranno sempre d'accordo con le diverse tappe della vita dell'uomo e d'accordo anche con la vocazione e la missione ricevuta da ognuno.

Lo Spirito Santo, di cui stiamo celebrando l'anno, per intercessione della Madonna di Loreto, continui a presentare questo Santuario come la casa della salute e della speranza. Questa VI Giornata Mondiale del Malato serva anche a ridimensionare gli impegni della salute per tutti usando le risorse economiche nel modo migliore, liberi da ogni egoismo e privilegiando sempre i più poveri e bisognosi.

S.E. Mons. JAVIER LOZANO
BARRAGAN

*Arcivescovo-Vescovo emerito
di Zacatecas
Presidente del Pontificio Consiglio
della Pastorale
per gli Operatori Sanitari*

Note

¹ TONELLI-GIANINI, L'evoluzione naturale dei sistemi sanitari, in *Panorama della sanità* 49/97, 44.

² Card. F. ANGELINI, Problematiche etiche e deontologiche, *Policlinico A. Gemelli*, 2-3 giugno 1995.

³ Cfr. ABRIL MARTORELL FERNANDO, Informe Abril Martorell, *Labor hospitalaria* (223) 1992, 42-56.

⁴ Cfr. TONELLI-GIANINI, L'evoluzione naturale dei sistemi sanitari, in *Panorama della Sanità* 48/97, 44-45.

⁵ Cfr. DI MENNA RENATO, La salute dei poveri e l'aggiustamento strutturale del terzo mondo, in *Dolentium Hominum* 18/91, 38-40.

⁶ MIGLIETTA GUIDO, il Diritto alla Salute, in *Documentazione* 3/97, 24-35.

⁷ DI MENNA RENATO, Sanità e salute in Africa, in *Dolentium Hominum* 23/93, 48-56.

⁸ Cfr. JOBLIN JOSEPH, Distribution des ressources économiques et santé, in *Dolentium Hominum*, 37/98.

⁹ Cf. WUERL DONALD W., Caracter no lucrativo del apostolado católico de la salud en USA, in *Dolentium Hominum* 36/97, 44.

¹⁰ Cfr. NCCB, Direttive etiche e religiose per i servizi sanitari cattolici, in *Medicina e morale*, 2/96, 341-385.



***IV Assemblea
Plenaria
del Pontificio Consiglio
della Pastorale per gli
Operatori Sanitari***



***9-11 Marzo 1998
Domus Nova
“Santa Marta”
Città del Vaticano***

Signori Cardinali, Confratelli nell'Episcopato,

Membri e Consultori del nostro Dicastero,

È per me un grande onore poter salutare tutti i membri ed alcuni consultori di questo Pontificio Consiglio per la Pastorale degli Operatori Sanitari, in occasione della sua IV Assemblea Plenaria, la prima che celebro come Presidente.

Poco più di un anno fa, esattamente il 20 agosto 1996, Sua Santità Giovanni Paolo II Si degnava di nominarmi Presidente di questo Dicastero, in cui mi sono insediato il 9 gennaio 1997. Credo che questa Plenaria, che si tiene dopo un anno e due mesi di mio lavoro in questo Dicastero, sarà molto importante per lo sviluppo del nostro ufficio e per la sua attività futura.

Essa è stata concepita in maniera pratica ed operativa; ci siamo permessi di distogliere i nostri membri e alcuni dei nostri consultori dalle loro occupazioni quotidiane, affinché ci aiutassero a ridisegnare il quadro organizzativo ed operativo del nostro Dicastero.

Questo Pontificio Consiglio è entrato nel suo tredicesimo anno di esistenza. Numerose sono le attività che ha realizzato: ora, sulla base delle nuove circostanze, è giunto il momento per un altro tipo di organizzazione più rispondente alle esigenze attuali. Quanto proporremo si avvale già di un anno di pratica; è nostro desiderio ora che quanto fatto venga confermato e migliorato. Si tratta in definitiva di preparare una nuova pianificazione del Dicastero.

Di fatto, la nostra Assemblea è stata strutturata sulla base delle esigenze di questa pianificazione, sia per quanto riguarda i temi che verranno trattati, sia per la metodologia che verrà impiegata. Menzionerò prima brevemente i temi e poi vi esporrò la metodologia.

1. I temi

Alla luce dei suoi tredici anni di esperienza, il nostro Dicastero ha già una sua storia. Per proiettarci nel futuro è necessario rinsaldare le nostre radici. Per questo motivo il primo tema si riferisce a: *“Undici anni del Pontificio Consiglio”*. Undici e non dodici in quanto il dodicesimo, come ho già accennato, è stato di pratica e appartiene all'epoca iniziata col periodo in cui ho assunto la presidenza. Questo primo tema sarà svolto da una persona che ha vissuto in prima persona questi undici anni e che è pertanto molto qualificata, il Segretario del Dicastero, P. José L. Redrado.

Vorrei esprimere qui il mio vivo ringraziamento al mio predecessore, il Cardinale Fiorenzo Angelini, che ha organizzato il nostro Dicastero in questi undici anni e al quale dobbiamo tanto. Il Signore nostro Dio e la Vergine Maria, *“Salus Infirmorum”*, lo ricompensino per il bene che ha fatto alla Chiesa attraverso il nostro Dicastero.

Dopo aver scorso la storia del Consiglio, ci addentreremo nella pianificazione. Il primo tema sarà *il modello a cui dobbiamo giungere*; tale modello ci viene offerto dai documenti che sono la base costituenti del nostro ufficio, cioè i documenti pontifici ed altri che tracciano l'ideale cui il nostro Dicastero deve assomigliare, il *“perché”* è stato creato. Tale tema, *“Punto di partenza del Pontificio Consiglio”*, sarà trattato da Mons. Mpendawatu, nostro ufficiale con una competenza specifica in materia.

Gli ideali restano sempre

l'orizzonte verso il quale si orienta il nostro Dicastero attraverso fini operativi concreti che faciliteranno un accesso ed un avvicinamento a detto obiettivo; rispondono alla domanda pratica, *dove va in concreto il nostro Dicastero?* Questo è il tema che si annuncia come *“Finalità del Pontificio Consiglio”* e che avrò il piacere di svolgere io stesso.

Una volta stabilita la finalità, bisognerà discutere *sull'operatività del Consiglio nei suoi confronti*; poiché si tratta di un Pontificio Consiglio, è ovvio che detta operatività sarà all'interno della Chiesa e pertanto si orienterà secondo i suoi tre ministeri classici: *la Parola, la Santificazione e la Comunione*.

I temi che vi si riferiscono sono i seguenti: *“L'operatività del Dicastero nel ministero della Parola”*, che sarà introdotto dal Segretario, P. José L. Redrado; *“Operatività nel ministero della Santificazione”*, a carico di un altro ufficiale, P. Krzysztof Nykiel, e infine *“Operatività nel ministero della Comunione”*, che sarà svolto dal P. Felice Ruffini, Sotto-Segretario.

2. Metodologia

Tutti questi interventi sono soltanto delle introduzioni, in quanto il lavoro vero e proprio dell'Assemblea sarà svolto dai presenti, *il cui impegno sarà di pianificare il nostro Dicastero*. Naturalmente abbiamo già effettuato una pianificazione, che abbiamo sperimentato per un anno intero con buoni risultati, ma tutto è stato *“ad experimentum”*. Sarà l'Assemblea a darle uno statuto affinché si possa passare da questa prima tappa di sperimentazione a qualcosa di più consistente e definitivo. Non si tratterà quindi solamente di approvare

o meno, bensì di migliorare quanto si sta già facendo, di correggerlo e di suggerire nuove piste per il futuro.

Abbiamo inviato in precedenza a tutti i membri e consultori la bozza della nostra pianificazione, affinché potessero studiarla. Vi abbiamo formulato domande che saranno le stesse che porremo in questa sede e che corrispondono a ciascuna delle parti della nostra Plenaria. La prima parte riguarda la finalità del nostro Dicastero, la seconda si riferisce all'operatività lungo la linea della Parola, la terza alle azioni da realizzare secondo la linea della Santificazione ed infine la quarta è su ciò che dobbiamo fare nella linea della Comunione. Ognuno dei punti specificati nella parte relativa all'operatività sono altrettanti programmi da svolgere. Si tratta in totale di 37 programmi distribuiti nel seguente modo: 9 programmi per la Parola, 5 per la Santificazione e 23 per la Comunione. E' evidente che non è un numero chiuso, ma esso potrà aumentare o diminuire, secondo il giudizio dei membri dell'Assemblea, in vista di una sua maggiore efficacia.

Conseguentemente, la parte più importante della Plenaria sarà il dialogo, l'interscambio tra i membri. Per questo motivo è stato dato particolare risalto ai gruppi di studio e alle riunioni plenarie.

Già da questa mattina iniziamo con i gruppi di lavoro per

arricchire il modello che ci viene offerto come obiettivo per il Dicastero; questa sera in altri gruppi di lavoro si studierà come raggiungere la finalità concreta auspicata, quindi nella riunione generale verrà riassunto il pensiero dell'Assemblea riguardo ai punti chiave, in quanto da essi dipende tutta la futura azione del nostro Ufficio.

La giornata di oggi, martedì 10 marzo, sarà interamente dedicata all'operatività del Dicastero, ci saranno soltanto le introduzioni che ho già riferito e i gruppi di lavoro. I temi formano un'unità: l'operatività del Dicastero. I programmi sono talmente abbondanti che non permettono anche lo svolgimento della plenaria.

La plenaria che corrisponde all'operatività del Dicastero si terrà invece mercoledì 11 marzo; sarà un poco allargata perché dovrà affrontare tre argomenti: l'operatività nell'area della Parola, della Santificazione e della Comunione.

L'Assemblea sarà quindi articolata fondamentalmente in due parti: la prima, modello e finalità, il primo giorno; la seconda, operatività, il secondo giorno; per terminare con le conclusioni il terzo giorno.

Le conclusioni a cui giungeremo dovranno essere come degli imperativi per il futuro del nostro Dicastero; di qui la grande importanza della presenza continua e dell'impegno di tutti e di ognuno dei presenti.

Come indicato nel programma dell'Assemblea, l'Udienza con il Santo Padre ci verrà notificata dalla Prefettura della Casa Pontificia al momento debito. Non sappiamo ancora se sarà mercoledì, giorno in cui termineremo i lavori, o un altro giorno; in questo caso dovremo necessariamente adattare i nostri orari.

Ogni giorno inizieremo, come quest'oggi, con una celebrazione eucaristica, punto centrale del Dicastero per la pastorale sanitaria ed espressione celebrativa di tutto ciò che realizziamo.

Ora in particolare che ci troviamo nell'anno dello Spirito Santo in preparazione all'anno giubilare del 2000, affidiamo la nostra Assemblea allo Spirito che ci illuminerà e ci condurrà affinché il nostro Dicastero possa realizzare la missione pontificia che gli è stata affidata, cioè quella di promuovere, orientare e coordinare la pastorale sanitaria in tutta la Chiesa Cattolica.

Poniamo i nostri lavori sotto la protezione della Santissima Vergine "Salus Infirmorum". Ella interceda per noi per una nuova tappa del nostro Dicastero, più efficace ed organizzata in favore di tutta la Chiesa.

S.E. Mons. JAVIER LOZANO
BARRAGAN
Arcivescovo-Vescovo emerito
di Zacatecas
Presidente del Pontificio Consiglio
della Pastorale
per gli Operatori Sanitari



Cristo soffre nei nostri fratelli malati

*INDIRIZZO DI SALUTO DI MONS. JAVIER LOZANO BARRAGAN, PRESIDENTE
DEL PONTIFICIO CONSIGLIO PER LA PASTORALE DEGLI OPERATORI SANITARI*

Beatissimo Padre,

per tre giorni il Pontificio Consiglio per la Pastorale degli Operatori Sanitari sarà riunito in assemblea plenaria, assieme ai suoi membri e ad alcuni consultori, per riflettere e dialogare sul modello, la finalità e l'operatività del Dicastero, al fine di rispondere in maniera più efficace alla missione affidatagli da Vostra Santità, di essere un aiuto nel Suo prezioso ministero petrino nel campo specifico della pastorale della salute.

La nostra attenzione sarà rivolta alla parola di Dio sul vangelo della malattia e della salute, alla presenza santificatrice del Signore nella pastorale sanitaria, in particolare attraverso i sacramenti della salute, e alla necessaria comunione di istanze ed iniziative nel campo degli operatori sanitari.

A partire dalla parola di Dio prenderemo in esame programmi che mirino ad una profon-

da meditazione sul senso della sofferenza e sull'innovazione degli insegnamenti nelle Facoltà di Medicina. Inoltre, ci adopereremo per promuovere le pubblicazioni del Pontificio Consiglio, la redazione di un manuale per la pastorale per i tossicodipendenti, diverse conferenze, congressi, ricerche, documentazione e centri di insegnamento di pastorale sanitaria.

Nell'ambito della santificazione nel campo della pastorale della salute, studieremo programmi sul battesimo d'urgenza, l'unzione dei malati, la Giornata mondiale del malato, la preghiera dei malati e l'Apostolato della preghiera.

Per ciò che si riferisce alla comunione di istanze ed iniziative nel campo della pastorale sanitaria, considereremo le associazioni cattoliche mondiali di medici, infermieri e farmacisti, di cappellani cattolici, religiose infermiere, ospedali cattolici, vescovi incaricati della pastorale sanitaria, il diritto universale alla salute, le malattie emergenti, le associazioni di malati, la comunicazione cristiana dei beni nel campo sanitario, i sussidi economici da parte del Pontificio Consiglio, lo scambio di personale sanitario, il volontariato sanitario cristiano, i centri di bioetica, l'informatizzazione del Dicastero, l'assemblea plenaria, i viaggi pastorali, le visite "ad Limina", l'attenzione continua ai diversi continenti, le relazioni interdicasteriali, i rapporti con le nunziature, i programmi amministrativi e il personale del Dicastero.

Rivolgiamo il nostro sguardo a Cristo che soffre nei nostri fratelli malati, consci che la sua sofferenza è fonte e causa di gioia nella pienezza vitale della salute che lo stesso Cristo ci offre nella sua morte e resurrezione, che sono sempre presenti nella sua Chiesa.

In questo anno dedicato allo Spirito Santo in preparazione al grande Giubileo dell'Incarnazione, attraverso la preziosa intercessione di nostra Madre la Santissima Vergine Maria "Salus infirmorum", supplichiamo in particolare le luci del Paraclito.

Nel nostro primo giorno di lavoro, pieni di rispetto e di venerazione imploriamo la benedizione di Vostra Santità e ascoltiamo con avidità la parola del Suo magistero, che sempre ci guida.



Le ideologie totalitarie che hanno degradato l'uomo ad oggetto trovano preoccupanti riscontri in certe manipolazioni sulla vita

IL DISCORSO DEL PAPA AI PARTECIPANTI ALLA PLENARIA DEL PONTIFICIO CONSIGLIO DELLA PASTORALE PER GLI OPERATORI SANITARI, 9 MARZO

La tutela della dignità della persona risponde al compito che Gesù ha trasmesso alla sua Chiesa: servire la vita!

1. Sono lieto di questo incontro che si svolge in occasione della quarta Assemblea Plenaria del Pontificio Consiglio della Pastorale per gli Operatori Sanitari. Saluto il vostro Presidente, Mons. Javier Lozano Barragàn, e lo ringrazio per le cordiali parole con cui ha espresso, insieme con i comuni sentimenti di affetto, la vitalità e l'impegno del vostro giovane Dicastero.

Saluto pure tutti voi, carissimi Membri, Officiali e Consultori del Pontificio Consiglio, che siete intervenuti a questa Udienza. Attraverso di voi il mio pensiero si estende con grato apprezzamento a tutti i sacerdoti, i religiosi, i medici, gli scienziati, i ricercatori, e quanti con sensibilità umana ed ecclesiale, sono impegnati secondo le rispettive competenze nel complesso mondo della salute.

2. Impegnative sono le tematiche che intendete affrontare nel corso di queste giornate di studio, nelle quali dedicherete un attento esame ai problemi ed alle sfide che il vasto ambito sanitario pone sul piano della pastorale della salute.

Questi primi tredici anni di attività hanno visto l'alacre e dinamico impegno del Dicastero in un settore delicato e spesso travagliato ed hanno confermato la necessità e l'urgenza del servizio ecclesiale che esso svolge. Guardo con gratitudine alle molteplici realizzazioni che, per la vostra costante premura, si sono potute attuare a sostegno dell'ammirevole disponibilità, qualche volta eroica, di medici, di suore, cappellani a servizio dei malati. La pastorale sanitaria, nata dalla carità della Chiesa e testimoniata in modo eminente da molti Santi, tra cui un posto di rilievo occupano san Giovanni di Dio e san Camillo de Lellis, ha conosciuto nei secoli una straordinaria fioritura grazie all'opera di Ordini ed Istituti religiosi dediti al servizio dei malati. Essa è oggi coordinata e promossa dall'Organismo di cui, a diverso titolo, fate parte. L'ho istituito io stesso nel 1985, affidandolo all'in-

traprendenza del Cardinale Fiorenzo Angelini, la cui intensa attività desidero ancora ricordare con apprezzamento e gratitudine.

3. Nel raccogliere e continuare questa preziosa eredità, voi vi siete fatti carico, con senso di responsabilità e di amore, dei compiti che il Documento istitutivo assegna al Dicastero. Voi seguite, pertanto, con sollecitudine le difficili problematiche della salute, aiutando coloro che si pongono al servizio di malati e di sofferenti, affinché la loro opera risponda sempre meglio alle esigenze emergenti in questo delicato campo. Vi preoccupate, in particolare, di offrire la vostra collaborazione alle Chiese locali per far sì che agli operatori sanitari sia assicurata un'adeguata assistenza spirituale insieme con la possibilità di una seria conoscenza della dottrina della Chiesa cir-



ca gli aspetti morali della malattia ed il significato del dolore umano. Il vostro Dicastero segue, inoltre, con attenzione i problemi teorici e pratici della medicina, nonché gli sviluppi in campo legislativo della normativa sanitaria, nell'intento di salvaguardare in ogni situazione il rispetto per la dignità della persona.

Purtroppo la benefica azione di protezione e di difesa della salute trova ostacoli non solo nei molteplici fattori patogeni, antichi e recenti, che insidiano la vita sulla terra, ma qualche volta anche nella mentalità e nel comportamento degli uomini. La prepotenza, la violenza, la guerra, la droga, i sequestri di persona, l'emarginazione degli immigrati, l'aborto, l'eutanasia, sono attentati alla vita che dipendono dall'iniziativa umana. Le ideologie totalitarie, che hanno degradato l'uomo ad oggetto, calpestando ed eludendo i diritti umani fondamentali, trovano preoccupanti riscontri in certe strumentalizzazioni delle potenzialità biotecnologiche, che manipolano la vita in nome di un'ambizione smisurata di dominio che deforma aspirazioni e speranze, moltiplicando inquietudini e sofferenze.

4. "Sono venuto perché abbiano la vita e l'abbiano in abbondanza" (Gv 10, 10): la Chiesa, che custodisce e diffonde il messaggio della salvezza, considera suo programma questa vivida e stimolante affermazione di Gesù. Nella difesa della salute dell'uomo, che è vostro programma, trova eco questa missione.

Il concetto di salute non può limitarsi a significare soltanto l'assenza di malattia o di momentanee disfunzioni organiche. La salute investe il benessere di tutta la persona, il suo stato biofisico, psichico e spirituale. In qualche modo, quindi, essa abbraccia anche il suo adattamento all'ambiente in cui vive ed opera.

"Sono venuto perché abbiano la vita e l'abbiano in abbondanza" (Gv 10, 10). Gli obiettivi che voi perseguite – come, ad esempio, la tutela della dignità della persona nella sua vita fisica e spirituale; la promozione di studi e ricerche in campo sanitario; la stimolazione di adeguate politiche sanitarie; l'animazione della pastorale ospedaliera – sono il riflesso sul piano operativo del compito che Gesù ha trasmesso alla sua Chiesa: servire la vita! Non posso che incoraggiarvi nell'adeguamento di questo impegno.

5. L'Incarnazione del Verbo ha sanato ogni nostra debolezza e nobilitato la natura umana, elevandola a dignità soprannaturale e facendo del popolo dei redenti, grazie all'azione dello Spirito Santo, un solo corpo e un solo spirito. Proprio per questo ogni atto di assistenza

all'uomo malato, sia in strutture sanitarie d'avanguardia, sia in quelle semplici di Paesi in via di sviluppo, se fatto con spirito di fede e con delicatezza fraterna, diventa in un senso molto vero un atto di religione.

La cura degli infermi, se svolta in un contesto di rispetto della persona, non si limita alla terapia medica o all'intervento chirurgico, ma mira a guarire integralmente l'uomo, restituendolo all'armonia di un interiore equilibrio, al gusto della vita, alla gioia dell'amore e della comunione.

A questo mirano, nel complesso e variegato mondo della sanità anche le attività del vostro Dicastero, in collaborazione con gli analoghi centri pastorali delle Chiese locali, che coordinano il servizio dei cappellani e delle suore ospedaliere, insieme con la generosa disponibilità del volontariato. Il fine comune è il rispetto della vita di ogni persona che, pur se menomata nelle sue funzioni e nella sua integrità organica, conserva intatta, l'umana dignità che le è propria.

6. Auspicio di cuore che nel lavoro dei prossimi giorni giungiate a formulare opportuni programmi operativi. E' questa la strada per realizzare le finalità istitutive del Pontificio Consiglio, che non mancherà di svolgere un suo specifico ruolo nel tempo di preparazione al "*Grande Giubileo dell'Anno Duemila*". I fedeli saranno così aiutati a prendere coscienza che "*nella sofferenza si nasconde una particolare forza che avvicina interiormente l'uomo a Cristo*" (Lett. ap. *Salvifici doloris*, 26). La sofferenza dell'essere umano, così trasformata nel *mistero della sofferenza del Redentore*, diventa "*l'insostituibile mediatrice ed autrice dei beni*, indispensabili per la salvezza del mondo" (*ibid.*, 27).

Continuate ad offrire alle Conferenze Episcopali Nazionali e a tutti gli Organismi impegnati nella pastorale sanitaria il vostro intelligente servizio, e lo Spirito Santo "che, con la sua forza e mediante l'intima connessione delle membra, produce e stimola la carità tra i fedeli" (Cost. dogm. *Lumen gentium*, 7), continuerà a manifestarsi alla Chiesa, all'inizio del suo terzo millennio, quale "*agente principale della nuova evangelizzazione*" (Lett. ap. *Tertio Millennio adveniente*, 45).

Affidando questi voti alla Vergine Santissima, che dopo l'Annuncio dell'Angelo concretizzò la sua immediata disponibilità con un servizio alla vita verso la cugina Elisabetta, prossima alla maternità, vi imparto di cuore la mia affettuosa Benedizione, che estendo volentieri a quanti con voi collaborano per rendere sempre più efficiente ed umano il servizio alle persone provate dalla malattia.

Proposte della IV Assemblea Plenaria per la programmazione attuale del Pontificio Consiglio della Pastorale per gli Operatori Sanitari*

I Membri, i Consultori e gli Esperti del Pontificio Consiglio per la Pastorale degli Operatori Sanitari, riuniti in Vaticano dal 9 all'11 marzo 1998, in occasione della celebrazione della IV Assemblea Plenaria del Dicastero

- raccogliendo e continuando la ricca eredità dei suoi primi anni di attività;

- considerando le finalità e i compiti assegnati al Dicastero dal **Motu Proprio Dolentium Hominum** (n. 6) e dalla **Costituzione Apostolica Pastor Bonus** (n. 152 e 153);

- convinti che

- nella difesa della salute trova eco la missione della Chiesa di annunciare il Vangelo della Vita, della Sofferenza e della Salvezza;

- lo squilibrio, il malessere e la malattia che affliggono l'uomo moderno, configurano una nozione di salute diversa, più integrale e comprensiva e allo stesso tempo presuppongono una diagnosi antropologica che giunga al paziente e che scopra la radice del male al di là dei meccanismi e dell'immagine fisica e psichica;

- il concetto di salute non può limitarsi soltanto all'assenza di malattie o di disfunzioni organiche momentanee, bensì riguarda il benessere di tutta la persona, il suo stato biologico, psichico e spirituale e comprende anche il suo adattamento all'ambiente in cui vive e lavora perché possa svolgere la missione che le è stata affidata;

- il servizio alla vita, *compito che Gesù ha trasmesso alla Chiesa*, comprende la tutela della dignità della persona nella sua vita fisica e spirituale; la promozione di studi e ricerche nel campo sanitario; l'implemento di politiche sanitarie adeguate; l'animazione della pastorale della salute;

- l'assistenza all'uomo ma-

lato, grazie all'Incarnazione del Verbo che ha sanato la nostra debilità e reso nobile la natura umana, se realizzata con spirito di fede e con fraterna premura è assistenza allo stesso Cristo;

- l'attenzione ai malati tende a sanare l'uomo integralmente, restituendogli l'armonia di un equilibrio interiore, il gusto per la vita, l'allegria dell'amore e della comunione;

- coscienti di svolgere un ruolo specifico durante il tempo di preparazione al *Grande Giubileo dell'Anno Duemila*

RACCOMANDANO

le seguenti proposte per la *programmazione attuale* del Dicastero.

Nel campo del ministero della Parola:

1. Dare il senso della vita e della sofferenza, dare il senso della natura, dell'ecologia, della sua "creaturalità", della prevenzione della salute e dei diritti dei malati.

2. Riunire le Facoltà cattoliche di medicina, esercitare la propria influenza sulle facoltà laiche, insistere sulla formazione cristiana dei medici, promuovere la creazione di Dipartimenti di Bioetica, promuovere nei seminari la formazione nel campo della pastorale della salute.

3. Attualizzare e migliorare le pubblicazioni del Dicastero.

4. Collaborare ai programmi dell'Organizzazione Mondiale della Sanità con un atteggiamento critico rispetto a ciò che si oppone alla vita.

5. Ultimare il manuale per la pastorale per i tossicodipendenti.

6. Elaborare una guida metodologica su come procedere nella pastorale sanitaria in una società secolarizzata.

7. Proseguire le Conferenze, le ricerche, le ponenze e gli studi che vengono richiesti al Pontificio Consiglio.

8. Migliorare la Conferenza annuale internazionale.

9. Fornire documentazione appropriata ai ricercatori nel nostro ramo.

10. Stimolare i diversi centri di pastorale sanitaria.

Nel Ministero della Santificazione:

1. Celebrare i Battesimi d'urgenza negli ospedali, tanto di bambini quanto di adulti, nel contesto della comunità parrocchiale.

2. Dare orientamenti sul modo con cui ricevere altri sacramenti nell'ambito sanitario.

3. Promuovere un modo corretto di ricevere il sacramento dell'Unzione degli Infermi, e preghiere e benedizioni per i malati da parte dei laici.

4. Elaborare una guida o manuale di pastorale sanitaria, in particolare riguardante l'amministrazione dei sacramenti su menzionati.

5. Intensificare la celebrazione della Giornata Mondiale del Malato.

6. Promuovere la preghiera tanto dei malati quanto degli operatori sanitari; preparare l'"Intenzione" per l'Apostolato della Preghiera annualmente richiesta al Pontificio Consiglio.

Nel ministero della Comunione:

1. Intensificare il coordinamento e l'orientamento dei medici, degli infermieri, delle infermiere e dei farmacisti cattolici.

2. Promuovere l'unione dei cappellani cattolici dei centri sanitari.

3. Promuovere l'unione degli ospedali cattolici.

4. Promuovere l'unione dei Vescovi incaricati della pastorale sanitaria nelle varie Conferenze Episcopali.

5. Promuovere l'unione delle religiose che si dedicano alla pastorale sanitaria.

6. Sostenere l'unione di ostetriche e ginecologi cattolici.

7. Collaborare ad ampliare la coscienza del diritto universale alla salute o alla tutela della salute.

8. Promuovere la comunicazione cristiana dei beni nell'ambito economico dei centri sanitari cattolici.

9. Servire da ponte tra le Chiese che non dispongono di mezzi economici sanitari e quelle che invece ne hanno.

10. Coordinare le diverse

offerte di personale sanitario che si presentano.

11. Promuovere il volontariato cristiano sanitario nelle stesse famiglie; promuovere le associazioni di famiglie di malati.

12. Dare impulso alle associazioni apostoliche dei malati.

13. Entrare in contatto con i vari centri di Bioetica; promuoverli tra le Conferenze Episcopali; animarli allo studio della Bioetica come scienza e alla sua divulgazione.

14. Aggiornare l'"Index" distinguendo tra ospedali cattolici e ospedali che hanno cappellani o religiose, ma che non sono cattolici.

15. Informatizzare maggiormente il Dicastero; aggiornare continuamente il suo sito Internet.

16. Intensificare le comunicazioni del Dicastero attraverso la Radio Vaticana.

17. Promuovere la celebrazione locale in ogni Chiesa particolare della Giornata Mondiale del Malato.

18. Entrare in contatto personale con le Chiese locali per una maggiore efficacia del Dicastero nel campo della pastorale sanitaria.

19. Insistere affinché le Conferenze Episcopali visitino il nostro ufficio durante le loro "Visite ad limina".

20. Avere un Osservatorio permanente della pastorale della salute su ogni continente.

21. Partecipare alle riunioni interdicasteriali per un maggiore coordinamento interno del nostro lavoro.

22. Intensificare la comunicazione con le Nunziature Apostoliche nel campo della pastorale sanitaria.

23. Continuare il lavoro degli Osservatori sulle malattie emergenti.

24. Modernizzare e rendere più efficiente l'amministrazione e la segreteria del Dicastero.

25. Cercare maggiore personale adeguato per rispondere in modo più efficace alle sfide che si pongono a questo Dicastero.

Città del Vaticano, 18 Marzo 1998

S.E. Mons. JAVIER LOZANO B.
P. JOSÉ L. REDRADO, O.H.

* Queste sono, in sintesi, le proposte della IV Assemblea Plenaria. Il Pontificio Consiglio ha preso in considerazione questi temi per l'organizzazione interna del lavoro e ha pubblicato un libro intitolato "Piano di lavoro".

