



DOLENTIUM HOMINUM

N. 44 — anno XV — N. 2, 2000

**RIVISTA DEL PONTIFICIO CONSIGLIO
PER LA PASTORALE DELLA SALUTE**

DIREZIONE

S.E. MONS. JAVIER LOZANO BARRAGÁN, Direttore
S.E. MONS. 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
GRIECO P. GIANFRANCO
HONINGS P. BONIFACIO
IRIGOYEN MONS. JESÚS
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
FFORDE PROF. MATTHEW
GRASSER P. BERNARD, M.I.
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

Sommario

2

4 **Telegramma del Santo Padre**

LA CHIESA CATTOLICA
E LA SFIDA DELL'HIV-AIDS, 9-11 DICEMBRE 1999

6 **Saluto e introduzione**
S.E. Mons. Javier Lozano Barragán

8 **AIDS nel mondo oggi**
Situazione attuale e sfide per il futuro
Dott. Peter Piot

12 **Presentazione del lavoro del gruppo di ricerca**
S.E. Mons. José L. Redrado

13 **Relazione sui risultati dell'indagine su**
"Realtà, problemi e proposte
delle Chiese locali sui servizi socio-sanitari
e sull'azione pastorale per le persone
con HIV-AIDS nel mondo"
Dott.ssa Fiorenza Deriu Bagnato

I SEZIONE
LA PREVENZIONE

25 **La vita come valore fondante**
On. Carlo Casini

29 **L'educazione è ai valori?**
Prof. Stanislaw Grygiel

TAVOLA ROTONDA
I LUOGHI DELL'EDUCAZIONE AI VALORI

37 **I: La famiglia**
S.E. Mons. Francisco Gil Hellin

41 **II: La scuola**
S.Em. Card. Pio Laghi

44 **III: I mezzi di comunicazione**
S.E. Mons. John P. Foley

TAVOLA ROTONDA
ESPERIENZE E PROSPETTIVE FUTURE DI INTERVENTI
E PROGRAMMI A CARATTERE PREVENTIVO
FONDATE SULL'EDUCAZIONE AI VALORI

46 **I: Italia, il CUAMM**
Dott. Giovanni Putoto

50 **II: India**
Dott. Gracious Thomas

58 **III: Spagna, la Fondazione Dimensió SIDA**
Dott. Antoni Mirabet

63 **IV: L'AIDS e la Caritas Internationalis**
Mons. Fouad T. El-Hage

72 **V: L'Africa**
Dott. J. Agness-Soumahoro

II SEZIONE
L'ACCOMPAGNAMENTO
INTERVENTI PROGRAMMATI
"ASSISTENZA ALLA PERSONA CON HIV-AIDS"

75 **I: Aspetti medico-sanitari**
Dott. Massimo Fantoni

77 **II: La trasmissione materno-fetale dell'AIDS**
Nuove possibilità di prevenzione
Dott. Massimo Fantoni
Dott. Guido Castelli Gattinara

78 **III: Aspetti psicologici**
Dott.ssa Rosa Merola

83 **IV: Aspetti etico-morali**
Dott. Antonio G. Spagnolo

87 **V: Aspetti spirituali**
P. Arnaldo Pangrazzi

INTERVENTI PROGRAMMATI
"ACCESSO ALLE CURE, ASSISTENZA SUL CAMPO,
ESPERIENZE PASTORALI DI ALCUNE CHIESE LOCALI"

89 **I: Asia - Thailandia**
Dott. Kumnuan Ungchusak

90 **II: Africa - Congo**
Dott. Kapepela Kakicha Marie

92 **III: America del Sud - Brasile**
Dott.ssa Maria Inez Linhares de Carvalho

94 **IV: America Centrale - Haiti**
Dott. Jean-Marie Caidor

95 **V: America del Nord - Stati Uniti d'America**
P. Robert Vitillo

98 **VI: Europa - Polonia**
Don Arkadiusz Nowak

100 **Conclusioni**

SEMINARIO DI STUDIO SUL TEMA
"L'IDENTITÀ DEL CAPPELLANO CATTOLICO
IN PASTORALE DELLA SALUTE E SANITÀ
ALLE SOGLIE DEL TERZO MILLENNIO",
22-23 NOVEMBRE 1999

103 **Il sacerdote ministeriale ordinato,**
Vescovo e Presbitero, nella Pastorale
della Salute, alla luce dell'Esortazione
Apostolica "Pastores Dabo Vobis"
S.E. Mons. Javier Lozano Barragán

108 **Identità del Cappellano Cattolico in Pastorale**
della Salute alle soglie del Terzo Millennio
Riflessione teologica
Rev. Don Juvenal Ilunga Muya

117 **Il Cappellano Cattolico della Pastorale**
della Salute nel Diritto Canonico
Mons. Martin Vivies

127 **Il Cappellano Cattolico in Pastorale**
della Salute alle soglie del Terzo Millennio
Problemi emergenti
P. Renato Di Menna

136 **Conclusioni**
P. Felice Ruffini

Le illustrazioni di questo numero sono tratte dal libro:
L'antica spezieria della Santa Casa di Loreto
di Colapinto, Grimaldi, Bettini
Editore Croce Azzurra, Bologna



***“Venite in disparte, in un luogo solitario,
e riposatevi un poco”***

(Mc 6, 31)

Telegramma del Santo Padre

Sua Santità Giovanni Paolo II saluta cordialmente i partecipanti dei vari Paesi convocati dal Pontificio Consiglio per la Pastorale della Salute, per studiare i temi relativi al flagello dell'HIV-AIDS.

In questa circostanza, il Santo Padre incoraggia tutti a lavorare insieme, partendo dalle proprie specifiche competenze, nella cura di coloro che patiscono questa malattia utilizzando le risorse della scienza per alleviare la loro sofferenza.

Accompagnano queste persone la solidarietà della Chiesa e la fraterna generosità di tanti uomini e donne di buona volontà, mossi dall'esempio del Buon Samaritano a soccorrere, con mezzi adeguati, questi malati facendosene carico fino al loro completo ristabilimento o al trapasso sereno.

Con questi vivi sentimenti chiede all'Onnipotente, attraverso la materna intercessione della Vergine dei dolori e della speranza, di illuminare e concedere frutti copiosi a quanti lavorano in questo campo specifico del dolore umano, mentre imparte con affetto ai presenti l'implorata Benedizione Apostolica.

Cardinal Angelo Sodano, Segretario di Stato di Sua Santità

***La Chiesa Cattolica
e la sfida
dell'HIV-AIDS***



***9-10-11 Dicembre 1999
Nova Domus
Sanctae Marthae
Città del Vaticano***

Saluto con affetto i partecipanti al convegno sull'AIDS organizzato dal Pontificio Consiglio per la Pastorale della Salute. Saluto e ringrazio tutti i relatori per la loro presenza. Essi apportano realmente un grande contributo alla causa della salute nel mondo e all'incremento della pastorale della salute.

Questo Convegno si propone di raggiungere tre obiettivi: 1. promuovere l'aiuto ai malati di HIV-AIDS; 2. orientare secondo il Magistero pontificio la problematica dell'HIV-AIDS; 3. coordinare i movimenti e i gruppi della Chiesa cattolica che lavorano nel campo dell'HIV-AIDS.

Partiremo dalla situazione attuale nel mondo dell'HIV-AIDS e dalle sue prospettive. Questo argomento sarà trattato dall'Onusida, l'organizzazione per l'HIV-AIDS delle Nazioni Unite.

In seguito, presenteremo la ricerca realizzata dal nostro Pontificio Consiglio sulla realtà, i problemi e le proposte delle Chiese locali sull'HIV-AIDS nel mondo, per poi centrare il nostro studio su tre grandi linee: prevenzione, accompagnamento e illuminazione.

Parlando della prevenzio-

ne, presenteremo la vita come valore fondante, l'educazione ai valori, i luoghi dell'educazione ai valori, la famiglia, la scuola, i mezzi di comunicazione, le esperienze e le prospettive future di interventi e programmi di carattere preventivo fondati sull'educazione ai valori; tali esperienze saranno presentate dai seguenti paesi: Italia, India, Spagna, Senegal, nonché dalla Caritas Internationalis.

Per quanto riguarda l'accompagnamento, studieremo l'assistenza alle persone affette da HIV-AIDS, prestando attenzione agli aspetti medico-sanitari, psicologici, etico-morali e spirituali; presenteremo quindi l'accesso ai programmi di cura e di assistenza nel campo; esporremo poi le esperienze pastorali di alcune Chiese locali dei cinque continenti: per l'Asia prenderemo le esperienze della Thailandia; per l'Africa quelle della Repubblica democratica del Congo; per l'America quelle del Brasile, Haiti e Stati Uniti; per l'Europa le esperienze della Polonia; infine, per l'Oceania quelle dell'Australia.

Quanto poi all'illuminazione di queste realtà da parte della Parola di Dio, rifletteremo su Teologia pastorale e

HIV-AIDS, per concludere con le linee guida per una futura e migliore azione pastorale.

Nel nostro Convegno intendiamo motivare le Chiese particolari affinché influiscano maggiormente sulle politiche sanitarie nazionali riguardo all'HIV-AIDS; ci attendiamo una presenza più significativa da parte degli operatori pastorali sanitari all'interno delle strutture socio-sanitarie pubbliche e private, con un orientamento chiaro in materia di pastorale sanitaria sull'HIV-AIDS; è nostro auspicio che il Convegno contribuisca in modo particolare alla promozione di politiche di protezione della vita, sfidando le attuali politiche preventive fondate, spesso esclusivamente, sulla diffusione del preservativo.

Desideriamo promuovere la creazione di una rete credibile di gruppi disinteressati di Organismi e Associazioni non governative impegnati nella lotta contro questa malattia; vogliamo sostenere le azioni dei Governi nazionali a questo riguardo; appoggiare le iniziative delle ONG cattoliche e non cattoliche; favorire l'acquisizione di fondi e di mezzi finanziari per la realizzazione di progetti che prevedano la facilità d'accesso ai farmaci antiretrovirali e per le infezioni circostanziali; auspichiamo iniziative dirette alla promozione dello sviluppo socio-economico dei Paesi maggiormente colpiti dall'HIV-AIDS; infine, vogliamo imparare ad usare in modo più maturo ed appropriato i mezzi di comunicazione sociale, in particolare la stampa, la TV e Internet.

È stato detto che la Chiesa non ha fatto sentire la sua voce riguardo al problema dell'AIDS e che il suo silenzio è



una prova della sua impotenza nel campo concreto di una realtà tra le più laceranti di oggi. Nulla di più falso: come risulta dalla ricerca che presenteremo in questo Convegno, il 9,4% di quanti si occupano di malati di HIV-AIDS, sono organismi ecclesiali e il 15,1% Organizzazioni non governative cattoliche. I loro mezzi, paragonati all'insieme dei mezzi impiegati, assommano soltanto al 20,6% e, in gran parte, non sono pubblici bensì privati. A tutti questi dati è ovvio che vanno aggiunte le posizioni chiare del Papa, a cui ci riferiamo qui di seguito, e le innumerevoli dichiarazioni pastorali e comunicazioni dell'episcopato di tutto il mondo raccolte in pubblicazioni recenti.

Auguriamo a questo Convegno la chiarezza nelle mete e, pertanto, la chiarezza nell'orientamento nel lavoro pastorale; tutto questo lo possiamo trovare nella dottrina del Santo Padre riguardo al problema dell'HIV-AIDS, che è stata già esposta nel Convegno precedente organizzato dal nostro Dicastero su questo stesso tema. Segnaliamo in particolare l'azione di prevenzione e, in questa, una cosa specificatamente cristiana che il Papa sottolinea in modo chiaro: bisogna far emergere la forza che deve avere al giorno d'oggi la virtù della castità.

Non c'è dubbio che nella dimensione secolaristica del nostro mondo questa soluzione appaia come un'illusione e, in alcuni casi, possa sembrare bigotta, un mero pregiudizio, in rapporto ad una terribile realtà che sembra debordare i confini della moralità; tuttavia, non c'è il minimo dubbio che per la pastorale della Chiesa cattolica, la virtù della castità costituisca attualmente il richiamo più urgente in questo ambito, che deve essere incrementato tanto in una sua presentazione opportuna e chiara, quanto nella sua realizzazione pratica.



La virtù della castità sembra, è vero, un andare contro corrente in una società pansessualistica come quella di oggi; ma è la soluzione vera al problema del contagio sessuale. Porta con sé una visione antropologica dell'amore e del sesso, e deve essere compresa in tutta la sua estensione sociale, familiare, individuale e personale. Si intende in un modo nell'esigenza della castità matrimoniale e si vive sotto altra forma nell'esistenza celibale. Senza questa visione, accettata mediante la fede, si capisce come per molti l'uso del preservativo sia una cosa pratica. Senza la fede si capisce anche come per molti sia assurdo che la Chiesa cattolica non accetti nella sua pratica di prevenzione detti preservativi.

Rispetto al trattamento dei sieropositivi, nel nostro Convegno sarà dato rilievo alle azioni dei Governi dei diversi Paesi, azioni che dobbiamo riconoscere ed animare. Bisogna intensificare l'azione di tutti coloro che si stanno preoccupando di questi malati; in tutti bisogna aumentare in modo solidale la coscienza del buon samaritano, affinché in questi malati possiamo vedere dei fratelli poveri e meno protetti che sono caduti preda di questo terribile male e verso i quali si esige un'azione preferenziale da parte di tutti, in particolare dei professionisti della salute.

Di fronte al dramma spa-

ventoso che vivono in particolare i due milioni di bambini dell'Africa subsahariana, orfani di genitori morti perché infetti da HIV-AIDS, e la maggior parte dei quali sono contagiati a loro volta da tale malattia, urge sensibilizzare tutto il mondo perché vada presto in loro aiuto. Recentemente c'è stata un'iniziativa che riteniamo opportuno favorire: l'ufficializzazione in tutto il mondo di una Giornata dei bambini affetti da HIV-AIDS; tale Giornata dovrebbe cadere il 28 dicembre, giorno in cui la Chiesa cattolica celebra la festa dei Santi Innocenti.

Il Dicastero ha fatto sua questa iniziativa e ha inviato una petizione a tale riguardo ai Vescovi presidenti delle Conferenze Episcopali del mondo. In essa chiediamo loro di presentare, se lo desiderano, questa iniziativa al popolo di Dio che peregrina nelle loro chiese particolari e di inviare, come regalo di Natale, a 6 paesi dell'Africa subsahariana, i più colpiti da questa infezione, le loro preghiere ed offerte economiche per il cibo e le medicine di questi bambini. Gli aiuti possono essere d'ogni tipo; un aiuto che molto spesso viene dimenticato, come è evidente che succeda in un mondo secolarizzato, è la preghiera, e su questa insistiamo. Sarà uno strumento del tutto particolare per combattere questa piaga che ci ha sommersi alla fine del secondo millennio e all'inizio del terzo.

La Vergine Santissima, *salus infirmorum*, vada in aiuto di tanti bambini che muoiono continuamente a causa di questo terribile male e tenere maternamente nel suo cuore tutti coloro che sono afflitti dall'HIV-AIDS.

S.E. Mons. JAVIER LOZANO
BARRAGÁN
*Arcivescovo-Vescovo emerito
di Zacatecas
Presidente del Pontificio Consiglio
per la Pastorale della Salute
Santa Sede*

AIDS nel mondo oggi

Situazione attuale e sfide per il futuro

8

Eccellenze, egregi membri del Pontificio Consiglio, distinti partecipanti, signore e signori.

Vorrei iniziare col ringraziare S.E. Mons. Javier Lozano per il suo significativo intervento.

A nome del "Joint United Nations Programme on HIV-AIDS" (UNAIDS), vorrei ringraziarvi per avermi dato l'opportunità di intervenire a questo importante Congresso sull'AIDS, che mi auguro contribuirà ad una più stretta collaborazione tra l'UNAIDS e la Chiesa cattolica ai suoi vari livelli.

Vorrei iniziare sottolineando la portata dell'epidemia HIV-AIDS nel mondo di oggi, per poi esaminare le prospettive per il prossimo futuro.

Panoramica della situazione globale dell'AIDS

La diffusione dell'HIV-AIDS ha superato di molto i nostri timori più pessimistici. Oltre 33 milioni di uomini, donne e bambini *convivono attualmente* con l'HIV-AIDS, numero questo quasi equivalente all'intera popolazione della Polonia. Metà sono giovani al di sotto dei 25 anni. Oltre 1 milione di *bambini* è sieropositivo, la maggior parte a livello perinatale, e in maggioranza vive in Africa.

Vorrei dire anzitutto che non siamo senza speranze di fronte a questa epidemia. Potrei citare paesi e comunità di ogni regione del mondo in cui le percentuali di infezione si sono stabilizzate o addirittura sono diminuite.

Tuttavia, nel complesso l'epidemia continua a crescere inflessibilmente. Ogni giorno vengono infettate circa 16.000 persone. La maggior parte delle nuove infezioni avviene nell'età compresa tra i 15 e i

24 anni e l'epidemia va colpendo un numero sempre più grande di donne. La stragrande maggioranza (circa il 95%) degli uomini, delle donne e dei bambini sieropositivi vive nei paesi *in via di sviluppo*. 9 persone su 10 in tutto il mondo non sanno di essere infetti.

Oltre 16 milioni di adulti e di bambini hanno già perso la vita a causa di questa malattia devastante, e il numero delle morti continua a salire. Quest'anno ha visto il più alto numero di morti per HIV-AIDS dall'inizio dell'epidemia, 2,6 milioni. L'AIDS uccide attualmente nel mondo molte più persone di ogni altra malattia infettiva.

L'Asia, la parte del pianeta più densamente popolata, è motivo di seria preoccupazione. Ad esempio c'è stata una rapida progressione del virus in alcuni paesi quali il Myanmar e la Cambogia, dove l'epidemia è diffusa nella popolazione generale con almeno il 4,5% di donatori di sangue maschili infetti. Forse la preoccupazione maggiore riguarda la futura evoluzione dell'epidemia nei due più grandi paesi della regione e del mondo, la Cina e l'India. Già si stima che nella sola India ci siano oltre 4 milioni di persone sieropositive, non solo nei centri urbani, ma molti anche nelle zone rurali. In Cina si ritiene che quasi mezzo milione di persone sia sieropositivo, in particolare tra i tossicodipendenti, e grande è il potenziale di diffusione del virus anche tra le altre popolazioni vulnerabili. D'altro lato, la Thailandia ha mostrato una notevole diminuzione nel numero delle nuove infezioni, ampiamente dovuta a sostenuti sforzi di prevenzione nei confronti di fattori che colpiscono tanto il rischio da HIV che la vulnerabilità.

La zona dei *Caraibi* è al se-

condo posto nelle regioni del mondo maggiormente colpite, con paesi, come Haiti, che raggiungono livelli di infezione paralleli a quelli dei paesi dell'Africa subsahariana, e percentuali di infezione che aumentano nella Repubblica Dominicana, nella Guyana e nelle Barbados. In Brasile e in Messico l'AIDS è al secondo posto tra le cause di morte, dopo la violenza tra gli uomini di oltre 45 anni, e prima degli incidenti stradali. Nell'*America Centrale* livelli sempre più alti di infezione sono stati riscontrati in zone monitorate tra le donne incinte, gli omosessuali e le popolazioni migranti. Nel Cono Sur le percentuali di infezione stanno aumentando tra le persone più vulnerabili, in particolare tra i tossicodipendenti e i loro partners.

Il picco dell'HIV nel mondo è stato registrato nel 1999 nei *nuovi stati indipendenti dell'ex Unione Sovietica*, dove la proporzione della popolazione che convive con l'HIV è raddoppiata tra il 1997 e il 1999. Nella regione che comprende queste nazioni e nel resto dell'*Europa Centrale e Orientale* il numero di sieropositivi è aumentato di oltre un terzo solo nel 1999, per raggiungere il numero di 360.000 persone circa.

Nei *paesi industrializzati* un grande progresso è stato compiuto nei primi anni dell'epidemia. Tuttavia, la prevenzione è rimasta ferma per un decennio. Quest'anno, come nei primi anni, 75.000 nuove persone sono state infettate e c'è una preoccupante evidenza che comportamenti non salutari siano nuovamente in aumento. Ma in nessun altro posto l'impatto dell'HIV-AIDS è stato così devastante come nell'*Africa subsahariana*, tanto da costituire oggi la minaccia più grande allo sviluppo.

A livello regionale sono già morti quasi 14 milioni di africani, oltre 2 milioni solo quest'anno. Quasi 4 milioni di africani sono stati infettati dal virus nel 1999, il che porta il numero totale di infezioni in Africa ad oltre 23 milioni. In non meno di 13 paesi africani, più di un decimo dell'intera popolazione adulta convive attualmente con l'HIV-AIDS. In alcuni paesi, quali Botswana, Namibia, Sudafrica, Zambia e Zimbabwe, è infetto un adulto su cinque. Si prevede che in paesi come il Botswana l'aspettativa di vita scenderà al di sotto dei livelli registrati negli anni '60 (da 61 anni alla fine degli anni '80, ai 47 anni di oggi, e ci si aspetta che scenderà drasticamente a 38 anni dal 2005 al 2010). Barlumi di speranza sono visibili in Uganda e nel Senegal. Entrambi questi paesi hanno dimostrato che sforzi tempestivi e generali di prevenzione, con la dispensazione di servizi essenziali, hanno mantenuto bassi i livelli di infezione da HIV. Questo successo è stato diretto da un'attiva leadership politica che, sin dall'inizio, ha impegnato gruppi civili della società in iniziative per tenere a freno la diffusione dell'epidemia.

Ma i milioni di persone che convivono con l'HIV-AIDS e quanti muoiono per la malattia sono solo la punta dell'iceberg: un numero molto più grande di persone è colpita dall'epidemia e deve fronteggiarne le conseguenze giorno dopo giorno. Uno dei gruppi più difficili sono gli orfani. Poiché gli adulti si ammalano e muoiono, il numero di orfa-

ni è aumentato enormemente. Per la fine del 2000, oltre 13 milioni di bambini saranno orfani a causa dell'AIDS, la maggior parte di loro in Africa, e oltre 10 milioni di questi saranno minori di 15 anni. Nel passato, la famiglia tradizionale e le strutture comunitarie si prendevano cura degli orfani, ma questo succedeva prima dell'AIDS. I loro nonni sono spesso vecchi e poveri e non possono occuparsi di loro. Essi sono parte di un nuovo e crescente fenomeno: le famiglie con a capo un bambino. Sono bambini che hanno visto i loro genitori morire, sono bambini senza speranza, con nessuno che insegni loro a provvedere a se stessi, a diventare adulti responsabili e genitori a loro volta.

L'AIDS rappresenta una delle maggiori crisi allo sviluppo del nostro tempo. È più di un'epidemia, è una catastrofe di massa dello sviluppo che colpisce molti paesi. Mentre la maggior parte delle malattie infettive uccide le persone deboli – i giovanissimi e i vecchi – l'HIV colpisce persone nel fior fiore della loro vita lavorativa e di genitore. Il fattore età mina in profondità le basi economiche e sociali delle famiglie.

Inoltre, l'AIDS minaccia intere comunità ed intere economie. Nel 1997, durante il Forum Economico di Davos, il Presidente Mandela ha avvertito che "l'AIDS uccide coloro sui quali la società fa affidamento per far crescere i raccolti, coloro che lavorano nelle miniere e nelle fattorie, dirigono le scuole e governano le nazioni e i paesi". Oggi

in molti paesi africani, l'ADIS ha già distrutto i maggiori progressi nello sviluppo registrati negli scorsi decenni. Gli economisti della Banca Mondiale ritengono prudentemente che i paesi con livelli alti di AIDS perderanno annualmente l'uno per cento di PIL di crescita.

L'AIDS colpisce quasi ogni aspetto della vita sociale ed economica.

– *I sistemi di cure sanitarie* sono tirati al limite perché trattano con un numero crescente di malati di AIDS e devono far fronte alla perdita di personale sanitario a causa di morte e malattia. Essi devono anche fronteggiare casi crescenti di tubercolosi, l'infezione più comune associata all'AIDS. In Costa d'Avorio, Zambia e Zimbabwe i pazienti sieropositivi occupano dal 50 all'80 per cento dei letti negli ospedali urbani. In media, trattare un paziente di AIDS per un anno costa quanto educare 10 studenti di scuola elementare per lo stesso periodo.

– *Anche il settore educativo* è altamente colpito. Da uno studio della Banca Mondiale, in Tanzania risulta che l'AIDS ucciderà circa 15.000 insegnanti entro il 2010 e 27.000 entro il 2020. Il costo per formare gli insegnanti che li sostituiscano sarà di circa 40 milioni di dollari. In Costa d'Avorio, ogni giorno muore di AIDS un insegnante di scuola. Ne risente anche la qualità dell'educazione fornita poiché, per sostituire coloro che si ammalano e muoiono, viene impiegato personale senza esperienza.

– *L'epidemia dell'HIV-AIDS* sta portando al limite la capacità delle reti di sicurezza sociale. L'impatto sulle famiglie si verifica non appena un familiare inizia a soffrire di una malattia collegata all'HIV. Ciò risulta in una perdita di guadagni da parte del paziente, in un aumento sostanziale delle spese per medicinali, mentre altri membri della famiglia, di solito figlie e mogli, perdono la scuola o il lavoro per prendersi cura del familiare ammalato. La morte provoca non solo spese ulteriori per il funerale, ma anche



una perdita permanente di guadagni per la riduzione del lavoro nella fattoria o per rimesse più basse. In Costa d'Avorio, nelle famiglie urbane i cui membri hanno l'AIDS il reddito medio scende del 50-60%, le spese per l'educazione vengono dimezzate e il consumo del cibo scende al 41 per cento, mentre le spese per la cura dell'individuo sono più che quadruplicate. Altre conseguenze includono lo scioglimento completo, o parziale, delle famiglie: i figli sono mandati a vivere con i parenti; uno dei coniugi o un figlio emigrano in cerca di un lavoro; a volte, alla morte del marito, la vedova e i figli sono costretti ad andare a vivere nella casa di un fratello rinunciando ad ogni diritto di proprietà o eredità.

– *La produttività economica* scende drasticamente. L'AIDS colpisce anzitutto quanti sono allo stadio più produttivo della loro vita, spesso coloro che appartengono a categorie socio-economiche elevate e che hanno beneficiato per molti anni dell'investimento nella loro formazione. Quando lavoratori e managers esperti di settori quali le miniere, il petrolio e l'agricoltura si ammalano e muoiono, gli effetti disgreganti sulla produzione possono perfino eccedere i costi più facilmente misurabili dei benefici medici, dei giorni di malattia e della formazione dei sostituti. Nel settore privato, in alcuni paesi i costi relativi all'AIDS stanno erodendo il corrispettivo di un quinto di tutti i prodotti.

Cosa dobbiamo fare per rispondere alle sfide future?

Molto si sta già facendo nel mondo per rispondere alle sfide poste da questa devastante epidemia. La Chiesa cattolica è un partner essenziale negli sforzi per arginarne l'avanzata. Ma tutti noi dobbiamo fare molto di più. Non siamo soltanto uniti dal comune desiderio di fare di più, ma anche dai penosi dilemmi che questa malattia porta con sé. Proviamo angoscia e dolore quando

perdiamo membri della nostra comunità o quando non siamo in grado di rispondere ai bisogni di quanti sono infettati e colpiti dall'AIDS.

Una delle aree di essenziale importanza in cui la Chiesa fa una grande differenza è la cura di quanti convivono con l'HIV-AIDS. La Chiesa cattolica ha svolto un ruolo esemplare nel sostenere queste persone e le loro famiglie. Una forza particolare è data dal sostegno spirituale ed emotivo che essa ha offerto a



quanti devono affrontare le immense sofferenze portate da questa malattia, in particolare a coloro che sono stati respinti dalla loro famiglia e dalla loro comunità a causa della sieropositività. Nel futuro, con l'aumento del numero delle persone infette e colpite dall'epidemia, i servizi forniti attraverso la Chiesa, che già costituiscono all'incirca il 25% delle cure prestate ai pazienti di AIDS nella maggior parte dei paesi, dovranno affrontare nuove sfide per sostenere l'aumento delle domande.

La riduzione della trasmissione del virus da madre in figlio è un risultato importante nell'epidemia. Recenti ricerche hanno mostrato che un intervento antiretrovirale effettivo ed affrontabile può ridurre della metà la trasmissione dell'infezione da madre in figlio quando viene unito alla decisione di non allattare. Molti governi stanno ora guardando alla possibilità di fornire questo intervento alle donne incinte sieropositive. Anche se non si tratta ancora di una so-

luzione perfetta, lavorare nella prevenzione della trasmissione da madre in figlio contribuirà anche a creare l'infrastruttura necessaria per la cura e il trattamento, nonché un migliore accesso e qualità della consulenza volontaria e dei servizi di test richiesti perché l'intervento funzioni.

La discriminazione e il marchio associati all'HIV-AIDS rimangono l'ostacolo maggiore, che aumenta la vulnerabilità alla diffusione del virus. In un ambiente in cui sono pre-

senti discriminazione e pregiudizio, le persone sono meno inclini ad accettare la presenza di sieropositivi nella loro comunità e ad essere aperti ad iniziative di prevenzione. Il credo della Chiesa cattolica nella dignità di ogni persona e la sua promozione di una società giusta sono molto importanti per ridurre la vergogna e l'alienazione provate da quanti convivono con l'HIV-AIDS, dalle loro famiglie e da coloro che sono considerati a rischio di infezione, come le prostitute e i tossicodipendenti.

In molti paesi la Chiesa è stata la prima ad aprire le braccia ai sieropositivi e ai malati di AIDS respinti dalle loro comunità, senza tener conto della loro storia passata, del loro orientamento sessuale e del modo con cui hanno contratto l'infezione. Sua Santità Giovanni Paolo II ha affermato: "Dio vi ama tutti senza distinzione, senza limiti... Egli ama coloro che sono malati, che soffrono di AIDS. Egli ama i parenti e gli amici dei malati e quanti si occupano di loro".

Creando un ambiente sano per il dialogo – senza giudizi né pregiudizi – la comunità ecclesiale può rendere la malattia più accettabile a tutti. Parlando di HIV più apertamente e in termini di maggiore accettazione, la Chiesa può ridurre il terribile bisogno di nascondere il malato nonché il marchio e l'offesa del rifiuto. A questo riguardo, possiamo lavorare assieme ad altri partners per influenzare le politiche nazionali sui diritti umani, sulle questioni di sesso, cultura, etica e legge.

Un partner essenziale per far fronte a questa sfida si ottiene attraverso un maggiore coinvolgimento di quanti convivono con l'HIV-AIDS in tutti gli aspetti della prevenzione, della cura e della vita comunitaria. Queste persone o quanti sono direttamente colpiti dalla malattia portano un'esperienza personale per programmare e mettere in atto una risposta all'epidemia. Coloro che sono aperti sul loro stato di sieropositività possono aiutare gli altri ad apprezzare il bisogno di solidarietà tra i sieropositivi e i fortunati che sono finora sfuggiti all'infezione.

Come può l'UNAIDS lavorare con la Chiesa?

La collaborazione con la Chiesa cattolica e le sue organizzazioni avviene a livello globale, regionale e nazionale. Nel 1998 è stata creata una partnership formale tra il Segretariato dell'UNAIDS e la Caritas Internationalis per una collaborazione nei seguenti campi:

- promuovere una presa di coscienza sull'HIV-AIDS, un comportamento responsabile, la cura e la dignità di quanti sono colpiti dall'epidemia;
- rispondere alla questione dello sviluppo messa in luce dall'epidemia, mantenendo nel contempo l'essere umano al centro dello sviluppo;
- promuovere un lavoro di difesa in materia di HIV-AIDS.

Ogni organizzazione lavorerà sulla base della propria prospettiva. La Caritas Internationalis a partire dall'inse-

gnamento spirituale, morale e sociale della Chiesa cattolica; e l'UNAIDS dal punto di vista pluralistico, in quanto organismo delle Nazioni Unite.

Nel marzo 1998, in America Latina, la Conferenza Episcopale dell'Argentina ha tenuto un Simposio regionale sulla prevenzione dell'HIV-AIDS, a cui hanno partecipato rappresentanti della Chiesa cattolica da diversi paesi latinoamericani, un rappresentante del Vaticano, del Segretariato dell'UNAIDS e della Banca Mondiale. Per dare seguito al Simposio, nel marzo 1999 ha avuto luogo una seconda Conferenza che ha Contribuito ulteriormente a un dialogo più aperto e continuo sulle questioni relative all'AIDS nella regione. In Argentina, questa collaborazione è risultata in un sostegno da parte dell'UNAIDS perché i messaggi di presa di coscienza sull'HIV-AIDS fossero diffusi dalle pubblicazioni ecclesiali che raggiungono settimanalmente 150.000 parrocchiani, come pure da 35 stazioni radio della Chiesa.

L'UNAIDS collabora attivamente anche con altre denominazioni religiose per sostenere i loro sforzi diretti ad aumentare la presa di coscienza sull'HIV-AIDS e a diffondere la prevenzione, la cura e i servizi di sostegno nelle loro comunità. Tra gli esempi di questa collaborazione l'assistenza al Consiglio Mondiale delle Chiese per aiutare le loro chiese membri a portare avanti un programma di prevenzione, cura e sostegno basati sui valori; attualmente viene condotto in Zambia e in Zimbabwe un programma per creare un gruppo di formatori sull'HIV-AIDS a livello nazionale e comunitario nell'ambito della membership del Consiglio Mondiale delle Chiese in questo campo.

In Africa è stata anche istituita un'alleanza pluriconfessionale per lo scambio di informazioni, la condivisione delle risorse e la formazione. Sono stati effettuati studi su attività specifiche in materia di HIV-AIDS effettuate dalle comunità religiose di quel

continente, e un'indagine e un'analisi dell'impegno delle comunità religiose buddiste, cristiane e induiste in Asia. L'UNAIDS ha inoltre sostenuto il Primo Simposio Internazionale sull'AIDS e la Religione svoltosi a Dakar nel Senegal. In questa conferenza, i partecipanti provenienti da backgrounds religiosi diversi, tra cui l'Islam, il Cristianesimo e il Buddismo, si sono scambiati esperienze pratiche in materia di cura e sostegno e hanno discusso di prevenzione attraverso l'astinenza, la fedeltà reciproca nel matrimonio e l'uso responsabile di profilattici.

Vorrei dire, per concludere, che siamo molto uniti in questo. Tutte le tradizioni della fede stanno combattendo su come affrontare la questione dell'AIDS e in particolare su come raggiungere i giovani con il messaggio di cui ho parlato prima. A volte i nostri approcci sono identici, a volte complementari. Dobbiamo continuare a ricercare la comprensione reciproca e a rafforzare il dialogo tra le autorità ecclesiali e secolari, senza ostacolare i singoli sforzi. La nostra capacità di individuare le strade per lavorare insieme può costituire la nostra speranza più vera di ridurre le conseguenze tragiche dell'epidemia dell'AIDS. La prossima generazione di giovani, e la prossima generazione dei nostri leaders, dipende da noi per questo. Non dobbiamo fallire.

Dott. PETER PIOT
Direttore Esecutivo UNAIDS
Svizzera



Presentazione del lavoro del gruppo di ricerca

12

1. La comparsa dell'AIDS ha suscitato nella società una forte reazione di aggressione, panico e paura.

2. Immediatamente dopo, si è avuta un'esplosione di servizi e di attenzioni, tanto da parte dei professionisti quanto delle Istituzioni, un ridestarsi di testimonianze, solidarietà e professionalità. Potremmo dire che l'AIDS è diventato una malattia di moda. Di sicuro abbiamo cominciato a dare valore alla vita, che vediamo tanto fragile e mortale, così come ce la presenta questa malattia.

3. Un dato che desidero sottolineare è quello della sensibilità della Chiesa che, come sempre, in tali circostanze diventa pioniera tanto con la sua *parola* quanto con il *numero di Istituzioni e persone* dedite al servizio di quanti sono colpiti dall'AIDS.

4. Nella riunione celebrata a Ginevra nel maggio 1998 sul tema dell'AIDS, è stata accentuata l'importanza della Chiesa per quanto riguarda la definizione del suo punto di vista sui problemi etici connessi a questa malattia.

È stato detto che potrebbe essere utile l'elaborazione e la diffusione di documenti che chiariscano ad un pubblico eterogeneo – per confessione e cultura – la posizione della Chiesa e la sua risposta nell'ambito sociale, sanitario e spirituale.

Possiamo dire che molte volte il Papa ci ha illuminato con il suo Magistero parlando di questo argomento.

Molti sono i documenti che le Conferenze Episcopali e numerosi Vescovi particolari hanno scritto ai fedeli perché siano presenti – come fece

Cristo – tra i deboli, i malati e i bisognosi, e siano “protagonisti” con una presenza accogliente, sanante e salvifica.

La Chiesa chiama ad “evangelizzare la malattia”, ad integrarla, dandole significato, a “celebrare i sacramenti, fonte di grazia e a testimoniare il servizio (Diaconia) e la comunione (Koinonia), la forza terapeutica della carità”.

5. Il Pontificio Consiglio per la Pastorale della Salute – braccio destro del Santo Padre nel campo della pastorale sanitaria – non poteva restare al margine di tutta questa problematica. Desidero ricordare in questa Assemblea due tappe importanti del lavoro compiuto dal nostro Dicastero sul tema dell'AIDS.

Prima tappa

– La Conferenza Internazionale svoltasi nel novembre 1989 è stata dedicata a questo tema, con il titolo: “Vivere, perché? L'AIDS”. Coloro che seguono la nostra Rivista “*Dolentium Hominum*” troveranno nel n. 13 – oggi esaurito – gli Atti di questo importante Congresso.

– Durante questa prima tappa abbiamo visitato molte Istituzioni negli Stati Uniti, in India, in Italia, così come ospedali e centri di accoglienza per questi malati.

– Abbiamo partecipato anche ad altri incontri sul tema.

Seconda tappa

È iniziata con la programmazione del lavoro nel nostro Dicastero, i cui programmi sono segnalati nel libro “Piano di lavoro”. L'AIDS è indi-

cato sotto il titolo “malattie emergenti”.

Con l'intento di effettuare una riflessione sul tema, abbiamo costituito all'interno del Pontificio Consiglio un gruppo di lavoro il cui operato sta alla base di questo Simposio. L'iter seguito dal gruppo è iniziato con la riunione del 25 giugno 1997 a cui sono seguite quelle del:

– 14.7.1997

– 2.3.1998

– 24.3.1998

– 21.4.1998

– 14.5.1998

– 20.5.1998

– 29.5.1998

– 16.6.1998

– Luglio 1998. Sono stati inviati questionari a tutte le Conferenze Episcopali ed è stato chiesto a 9 di loro un rappresentante per far parte di un gruppo di studio più vasto.

– 18-19 dicembre 1998. Si è svolta una riunione con tutto il gruppo di studio e con i nuovi membri nominati.

Nel 1999 si sono realizzate varie riunioni:

– 23.4.1999

– 13.7.1999

– 26.10.1999

la cui finalità era quella di preparare il Simposio che stiamo celebrando e seguire da vicino – studiare e valutare – le risposte giunteci tramite il questionario. Il risultato di tutto questo iter è il presente Simposio.

A nome del Pontificio Consiglio ringrazio tutto il gruppo di lavoro e la Segreteria; tutti, ognuno al proprio livello, hanno reso possibile questo incontro che ci auguriamo costituisca un trampolino per continuare a lavorare su questo tema.

S.E. Mons. JOSÉ L. REDRADO
Segretario del Pontificio Consiglio
per la Pastorale della Salute
Santa Sede

Relazione sui risultati dell'indagine su “Realtà, problemi e proposte delle Chiese locali sui servizi socio-sanitari e sull'azione pastorale per le persone con HIV-AIDS nel mondo”

Il quadro logico del progetto

L'HIV-AIDS oggi è diventata un'epidemia globale, legata non più allo stereotipo dei comportamenti omosessuali (come per lungo tempo si è creduto fin dai suoi esordi nel 1981), in quanto a diffusione prevalentemente eterosessuale. Numerosi Istituti Internazionali di Ricerca e Organizzazioni Internazionali, di concerto con i Ministeri della Sanità di molti Paesi, sono impegnati nell'arduo tentativo di monitorare il fenomeno, sia al fine di una sua più esatta stima e di un contenimento della sua diffusione, sia nell'intento di studiare opportune strategie di intervento a fini preventivi oltre che assistenziali.

In un tale contesto la Chiesa si è interrogata sulla portata della sua azione, sia sotto l'aspetto più specificamente assistenziale, che sotto quello preventivo, educativo e di accompagnamento pastorale; sulla conoscenza delle difficoltà più pesanti che affliggono le Chiese locali in questo delicatissimo ambito della pastorale ai malati; sulle prospettive future di azione ed intervento.

Definizione degli obiettivi conoscitivi

L'indagine, a carattere esplorativo-descrittivo, si proponeva di:

A) conoscere lo stato attuale:

- dei programmi per l'assistenza socio-sanitaria delle persone sieropositive e dei malati di AIDS;

- dell'azione pastorale;

- con particolare riferimento all'azione di prevenzione, educazione, informazione della popolazione (in special modo quella giovanile) e la formazione degli operatori di settore;

B) individuare le problema-

tiche emergenti nell'attuazione di questi interventi;

C) registrare le proposte ed i suggerimenti delle Chiese locali intervistate, per l'applicazione di nuove strategie nell'approccio a tale problematica.

La rilevazione è stata effettuata su 112 Conferenze Episcopali di altrettanti Paesi, contattate attraverso le Nunziature Apostoliche, al fine di raggiungere i Vescovi ivi responsabili della Pastorale Sanitaria. Si tratta di persone che hanno una conoscenza approfondita, ma allo stesso tempo di ampio respiro, dell'oggetto della ricerca.

Al fine di assicurare un livello qualitativamente alto di attendibilità delle risposte, è stato suggerito di avvalersi di piccoli gruppi di esperti, inseriti nelle diverse aree di indagine in cui lo strumento di rilevazione risultava articolato. Il contributo dei nostri intervistati non deve essere quindi sottostimato, in quanto i “soggetti” intervistati sono legittimati da un ruolo e da una rappresentatività tale, in seno alle Chiese locali o agli Organismi internazionali, da porli a conoscenza di informazioni attendibili, qualificate e qualificanti ai fini della ricerca.

Per quanto riguarda la rilevazione, è stato predisposto un questionario cartaceo semi-strutturato, con items a risposta chiusa standardizzata o risposta multipla ed items a risposta aperta, che, a partire dal luglio scorso, è stato inviato, tramite le Nunziature Apostoliche, alle 112 Conferenze Episcopali, per essere consegnato ai Vescovi responsabili della Pastorale Sanitaria, ai fini della compilazione.

Il questionario si articola in sette aree tematiche: tessuto sociale, prospettiva etico-morale, azione pastorale, servizi socio-

sanitari, progetti e sperimentazioni, problematiche emergenti ed infine, proposte e suggerimenti. Termine ultimo fissato per la restituzione dei questionari, il 31 agosto 1999.

A quella data sono pervenuti presso questo Dicastero, debitamente compilati, 56 questionari dalle Conferenze Episcopali di Paesi appartenenti alle cinque aree continentali; da 13 Conferenze Episcopali, invece, sono giunti dei rapporti sintetici relativi agli argomenti del questionario ma soprattutto con informazioni relative alla specificità delle situazioni politiche e socio-culturali degli stessi. 6 Conferenze Episcopali hanno dichiarato di non poter rispondere per la marginalità del problema nella loro realtà sociale. Da 37 Conferenze Episcopali non è giunta alcuna risposta. Osservando la distribuzione per grandi aree geografiche dei Paesi che hanno compilato il questionario, si constata, eccetto che per il Medio Oriente ed il Nord Africa, la presenza di un numero di Paesi sufficientemente rappresentativi delle aree individuate.

È importante sottolineare che i risultati di questa indagine rimangono dei risultati non estensibili all'universo di tutti i Paesi, poiché non si è trattato di un'indagine su campione probabilistico ma su campione ragionato, tuttavia rimangono validi ed utili per le Chiese coinvolte e per il rilancio di un'azione futura e la predisposizione di linea guida più generali.

Il tessuto sociale

In questa prima sezione del questionario si è cercato di evidenziare:

- i problemi sociali più urgenti percepiti dalle Chiese lo-

cali (analfabetismo, povertà, disoccupazione, immigrazione, indebolimento vincoli familiari etc.);

- le carenze più evidenti (in ambito politico, economico, culturale etc.);

- i tipi di disagio più diffusi tra la popolazione associati a comportamenti c.d. a rischio di infezione da virus HIV-AIDS (prostituzione, tossicodipendenza, alcolismo, delinquenza minorile etc.);

- le istituzioni o gli organismi che si occupano maggiormente dei problemi sociali o medico-sanitari del Paese (pubblico, privato, organismi ecclesiali, NGO cattoliche e non);

- infine la direzione in cui la situazione sociale e medico-sanitaria va sviluppandosi (miglioramento, peggioramento o stallo).

Alcune statistiche descrittive

È stato chiesto agli intervistati di indicare le problematiche del contesto sociale percepite come più urgenti e prevalenti nel Paese di appartenenza. Tra le categorie indicate, la povertà insieme all'inadeguatezza delle politiche sociali presenta le percentuali maggiori rispetto a tutte le altre problematiche, essendo state indicate ciascuna nell'82,1% dei casi. Questa associazione di povertà e inadeguatezza di politiche sociali fa riflettere sulla situazione di tutti quei Paesi ancora in via di sviluppo in cui la povertà è un fenomeno non ancora affrontato come problema di tutta la società.

Seguono la disoccupazione con l'80,4% delle opzioni, l'allentamento dei vincoli familiari con il 76,8%, il processo di urbanizzazione con il 64,3% cui è correlato un progressivo spopolamento delle aree rurali, in particolare nei Paesi dell'Africa subsahariana. Da notare che l'analfabetismo, indicato nel 53,6% dei casi, non è tuttavia avvertito come prioritario, data la tendenza generalizzata all'aumento della popolazione scolarizzata.

Inoltre è stato chiesto agli intervistati di collocare tali

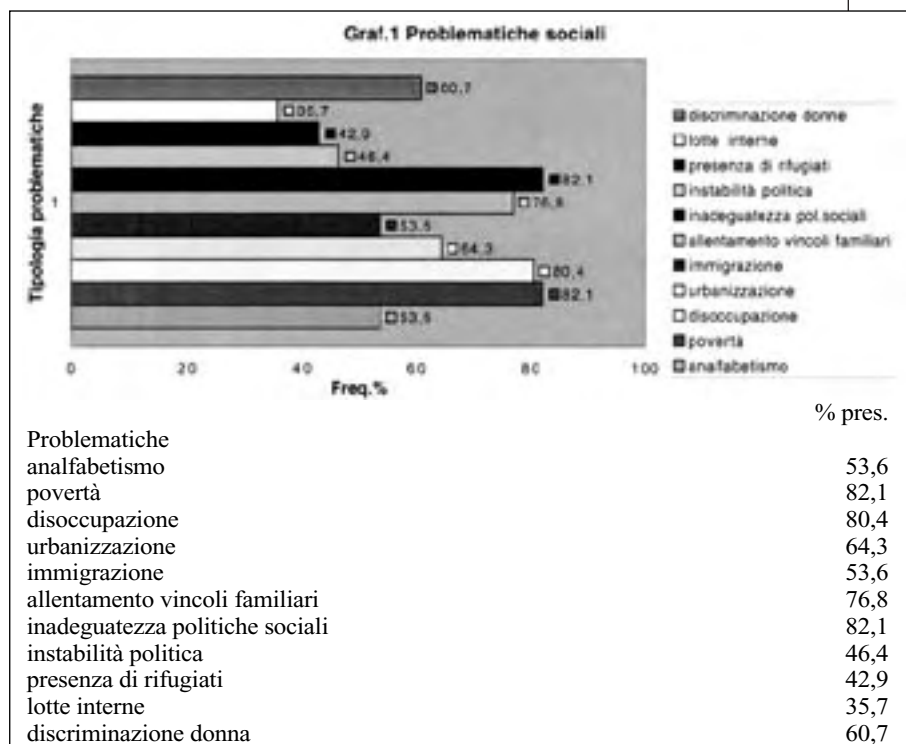
problematiche in ordine decrescente di importanza: l'ordinamento che ne è risultato è il seguente. La povertà costituisce la categoria modale sia della 1^a che della 2^a posizione, infatti presenta in corrispondenza di queste due posizioni la massima frequenza: rispettivamente è stata collocata al 1° e 2° posto con frequenze del 33,9% e del 28,6% per un totale del 62,5%. La percezione della povertà come problema prevalente risulta inoltre diffusa nella maggior parte delle Chiese intervistate, attraversando trasversalmente Paesi appartenenti ad aree geografiche e di sviluppo molto diverse tra loro.

La disoccupazione e l'allentamento dei vincoli familiari, sono stati collocati rispettivamente al 3° posto con una percentuale del 26,8% ed al 4° posto con una percentuale del 16,1%. Evidentemente la percezione di entrambe le problematiche è molto forte, ma si concentra maggiormente sulla disoccupazione, in quanto ad essa si associano disagi più concreti, legati al vivere quotidiano e quindi più visibili. Tuttavia l'allentamento dei vincoli familiari costituisce un serio campanello d'allarme per le ricadute sul contesto sociale che ne possono derivare (Graf. 1).

Questi dati trovano, in buona parte, riscontro nelle risposte al secondo quesito da noi posto, che tendeva ad individuare gli ambiti in cui si manifestassero le maggiori carenze. Dal grafico si evince come le maggiori carenze riguardino gli interventi sociali nell'85,7% dei casi e l'economia nel 74,9%, seguiti da carenze negli interventi educativo-culturali nel 73,2%.

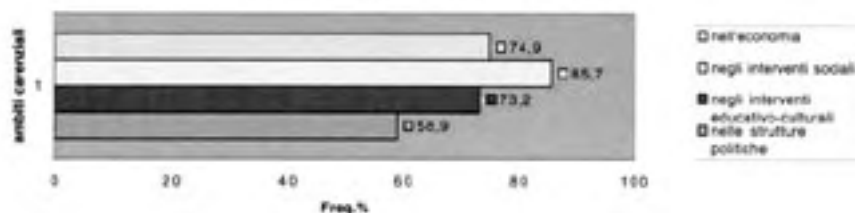
Anche in questo caso è stato chiesto agli intervistati di stabilire un ordine decrescente di importanza tra questi ambiti carenziali. La massima frequenza percentuale rilevata sulla 1^a posizione dell'ordinamento si riferisce proprio alle carenze negli interventi sociali (32,1%), dato che va a confortare quanto rilevato nel quesito precedente, in cui si rilevava una grave distrazione riferita alle politiche sociali.

Per quanto riguarda la 2^a posizione, invece, la massima frequenza percentuale rilevabile, 21,4% è riferita alle carenze economiche, che, se è vero che in questo grafico troviamo indicate in percentuale minore, sono però percepite in termini di problematicità come molto più gravi. Anche questo dato va, quindi, a confortare quanto precedentemente detto in riferimento ai problemi della povertà e della disoccupazione (Graf. 2).



Ambiti in cui si manifestano maggiormente delle carenze nelle strutture politiche	58,9
negli interventi educativo-culturali	73,2
negli interventi sociali	85,7
nell'economia	74,9

Graf.2 Ambiti in cui si manifestano le maggiori carenze



Nel quesito successivo è stato chiesto di indicare le tipologie di disagio associate a comportamenti a rischio per la contrazione del virus dell'HIV-AIDS. Come ben potevamo attenderci, la tossicodipendenza e la prostituzione hanno registrato le percentuali più alte, rispettivamente l'89,3% e l'85,7%, subito seguite a breve distanza dalla delinquenza minorile con l'83,9% e l'alcolismo con l'82,1%. Nonostante non registrino valori così elevati, tuttavia anche l'emarginazione e lo sfruttamento minorile costituiscono dei disagi profondamente radicati in molti Paesi.

Quando poi è stato chiesto, come nei precedenti quesiti, di collocare tali disagi in ordine decrescente di importanza, è emerso un dato molto interessante, sul quale si sono concentrate le indicazioni delle Chiese intervistate. Infatti la massima frequenza percentuale rilevata sulla 1ª posizione si riferisce all'alcolismo con un 23,2% di preferenze, ad indicare quanto questo fattore riesca ad influenzare il comportamento sessuale, soprattutto dei giovani, esponendoli più facilmente al rischio di contrazione del virus (Graf. 3).

La tossicodipendenza costituisce la categoria modale rispetto alla 2ª posizione con un valore percentuale del 28,6% e la prostituzione lo è rispetto alla 3ª posizione con un valore percentuale del 21,4%, rispettando l'ordine generale delle preferenze che osserviamo nel grafico.

Questi dati vengono confermati dal quesito successivo, in cui si chiedeva in quali gruppi si registrano il maggior numero di persone con HIV-AIDS: infatti i valori modali corrispondenti alla 1ª ed alla 2ª posizione corrispondono alle categorie della tossicodipendenza e della

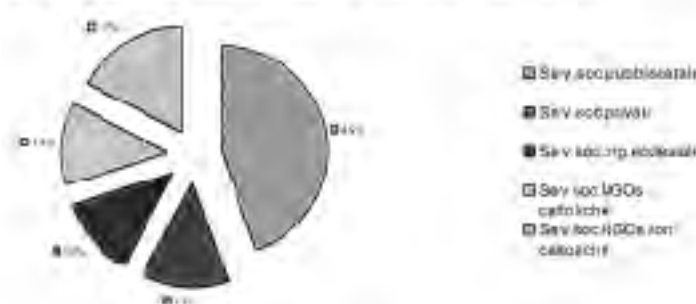
prostituzione, rispettivamente con le percentuali del 26,8% e del 19,6%. Di non minore importanza è poi, in 3ª posizione, la delinquenza minorile e lo sfruttamento dei minori, che incidono fortemente sui modelli di comportamento dei più giovani.

Facendo poi riferimento agli interventi, a carattere sociale, attivati per far fronte al disagio sociale di cui soffrono le persone che vivono con HIV-AIDS, è stato chiesto agli intervistati di indicare il contributo percentuale di alcune realtà pubbliche/statali, private, della Chiesa oppure di Organismi a carattere internazionale. Come si osserva dal grafico, il 45% dei contributi medi percentuali per interventi sociali è sostenuto dal pubblico/statale, seguito dalle NGOs non cattoliche con il 17%. Tuttavia, se si considerano complessivamente i contributi medi offerti dal sostegno di organismi ecclesiali (12%), e dalle NGOs cattoliche (13%), si raggiunge un totale del 25%, che porta la Chiesa a costituire il primo partner dello Stato in campo sociale (Graf. 4).

15

Servizi sociali pubblici/statali	44,5
Servizi sociali privati	13,2
Servizi sociali organismi ecclesiali	12,3
Servizi sociali NGOs cattoliche	12,7
Servizi sociali NGOs non cattoliche	17,3

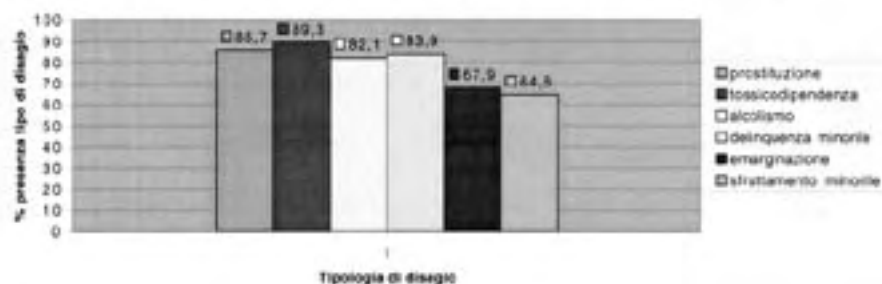
Graf.4 Contributi medi percentuali (oggetto di indagine degli interventi sociali)



Tipologie di disagio che espongono a comportamenti a rischio di infezione di HIV-AIDS

	%
prostituzione	85,7
tossicodipendenza	89,3
alcolismo	82,1
delinquenza minorile	83,9
emarginazione	67,9
sfruttamento minorile	64,6

Graf.3 Tipologie di disagio associate a comportamenti a rischio per la contrazione del virus dell'HIV-AIDS



Se poi consideriamo con lo stesso criterio gli interventi sanitari, si osserva che, in questo ambito specifico, l'impegno dello Stato si fa più intenso, raggiungendo il 60% dei contributi medi, ed ancora una volta troviamo la Chiesa come primo sostenitore, con un 19% che rappresenta un terzo dei contributi statali ed il doppio degli interventi delle NGOs non cattoliche (10%) e dei privati (11%) (Graf. 5).

Africa, ed un sensibile miglioramento si registra anche nell'Africa subsahariana.

Il quadro è molto diverso sul versante della situazione medico-sanitaria, la cui distribuzione è molto concentrata sulla modalità che esprime la percezione di un miglioramento (66,1%), che a sua volta appare molto sensibile nei Paesi dell'Europa Orientale ed Occidentale, nei Paesi dell'Asia Orientale e del Pacifico, mentre è in via di peggioramento

che, e poiché disegnano un quadro del tessuto sociale a tutti noto, offrono il riscontro empirico per affermare che le Chiese locali hanno una percezione delle problematiche e dei disagi diffusi nel contesto sociale molto vicina al dato reale; significa che la Chiesa è inserita nel tessuto connettivo della società nonostante e contro tutte le difficoltà oggettive che in alcuni casi incontra (come denunciano la Chiesa del Lesotho o di Cuba, per esempio). L'opera della Chiesa non è quindi fondata su assunti teorici ma si cala nel tessuto vivo della società e, percependone le difficoltà, opera di conseguenza.

La prospettiva etico-morale

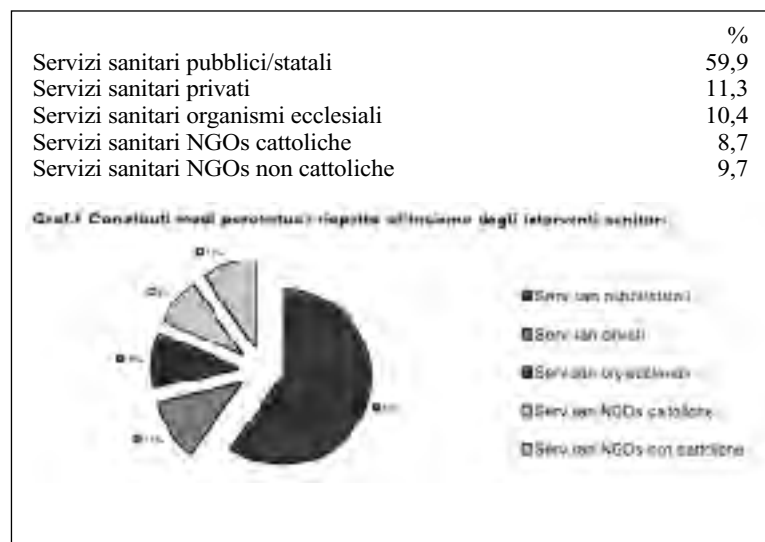
Alcune statistiche descrittive

In questa parte del questionario si è osservato il fenomeno della discriminazione sociale, di cui le persone che vivono con HIV-AIDS sono spesso oggetto, in particolare negli ambiti familiare, scolastico e sanitario.

Dal grafico si rileva che gli ambiti in cui tali forme di discriminazione ricorrono maggiormente sono anzitutto la *famiglia* e l'*ambito lavorativo*, entrambi al 91,1%. Segue l'*ambiente scolastico*, con una percentuale del 71,4% che ne evidenzia la problematicità. Quando poi alle Chiese è stato chiesto di stabilire un ordinamento decrescente di importanza, tra questi ambiti in cui si manifestano forme di discriminazione verso le persone con HIV-AIDS, è stato rilevato che la categoria modale riferita alla 1ª posizione corrisponde all'ambiente lavorativo (41,1%), mentre alla 2ª posizione corrisponde quello scolastico (25%) ed alla 3ª posizione quello familiare (32,1%). È importante sottolineare che si tratta proprio dei contesti sociali all'interno dei quali avvengono i più significativi processi di socializzazione: la famiglia, la scuola ed il gruppo dei pari, il lavoro.

La motivazione che si rileva con maggiore frequenza è la *paura del contagio* (85,7%)

16



Per quanto concerne la situazione sociale nel suo complesso, la percezione del fenomeno da parte degli intervistati si distribuisce piuttosto equamente tra le tre opzioni disponibili: un 37,5% risponde che è in progressivo miglioramento, un 28,6% che è in via di peggioramento ed un consistente 32,1% non avverte alcun mutamento. Il miglioramento della situazione sociale risulta più spiccato nei Paesi dell'Europa orientale, nel Medio Oriente e Nord

nei Paesi dell'Africa subsahariana come in quelli dell'America centro-settentrionale.

Le disuguaglianze nella salute sono dovute prevalentemente all'inadeguatezza delle politiche sociali oltre che sanitarie, e pertanto riscontrabili nel Paese povero come in quello ricco e sviluppato.

È importante sottolineare che questi risultati rappresentano la percezione dei Vescovi o dei gruppi di loro collaboratori rispetto a tali problemat-



collegata, soprattutto nei Paesi di area asiatica e dell'Africa subsahariana, ad un basso livello di informazione circa le modalità di trasmissione della malattia e a fenomeni di carattere più specificamente culturale. Un dato che induce alla riflessione ci è offerto dal fatto che, nel 21,4% dei casi, tale timore risulta presente nei Paesi dell'Europa Occidentale correlato con una corrispondenza quasi matematica ad un altrettanto elevato livello di pregiudizio (21,4%) nei confronti delle persone con tale malattia (Graf. 6).

trasversalmente tutti i Paesi, di ogni cultura, come abbiamo già osservato per la povertà. Tuttavia, è opportuno chiedersi a quale livello delle relazioni interfamiliari si verifica maggiormente tale fenomeno.

Ebbene, all'interno del ristretto nucleo familiare i *vincoli genitori/figli* e *tra coniugi* sembrano tenere di fronte al manifestarsi della malattia, mentre nel 64,3% dei casi è la c.d. famiglia allargata, ossia i familiari di 2° e 3° grado a manifestare forme di emarginazione e discriminazione nei confronti del

In tutte le grandi aree geografiche ed in particolare in Asia (16%), in America meridionale (21,4%) e nell'Africa subsahariana (17,9%), per far fronte al problema AIDS sono state attivate iniziative di informazione/formazione dirette principalmente all'*educazione sanitaria a fini preventivi* (67,9%) cui si unisce l'impegno educativo riguardo *l'affettività di coppia* (21,4%) ed il superamento delle barriere discriminatorie.

I soggetti promotori di queste iniziative sono nel 60,7% dei casi *agenzie governative*, seguite dalle attivissime *associazioni di volontariato* (44,6%).

b) nella scuola

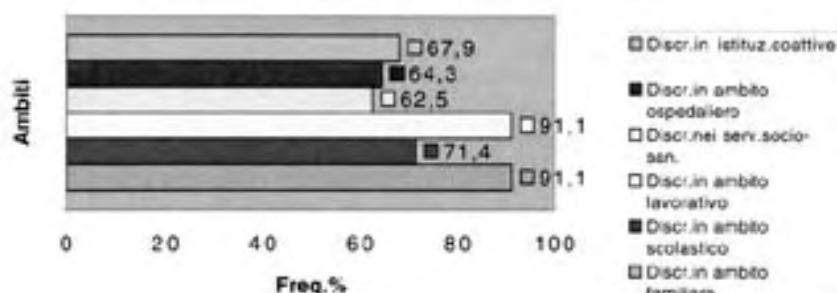
Per quanto concerne il fenomeno della *discriminazione in ambito scolastico*, l'altro importante contesto di socializzazione, si evidenzia, rispetto all'ambito familiare, una maggiore oscillazione tra le diverse aree geografiche anche perché variamente influenzata dai sistemi di politiche sociali adottate. Si evidenzia come nell'area asiatica, nel contesto scolastico, questo fenomeno sia mediamente meno diffuso rispetto agli altri Paesi, ed infatti è noto che in Paesi come l'India, ad esempio, la Chiesa si stia impegnando intensamente nel contesto scolastico, promuovendo una corretta informa-

17

Discriminazione in ambito familiare
Discriminazione in ambito scolastico
Discriminazione in ambito lavorativo
Discriminazione nei servizi socio-sanitari
Discriminazione in ambito ospedaliero
Discriminazione in istituzioni coattive

%
91,1
71,4
91,1
62,5
64,3
67,9

Graf.6 Ambiti in cui si registrano forme di discriminazione



a) in famiglia

La discriminazione familiare non sembra affatto appartenere a questa o a quella cultura, quanto invece si manifesta come fenomeno che attraversa

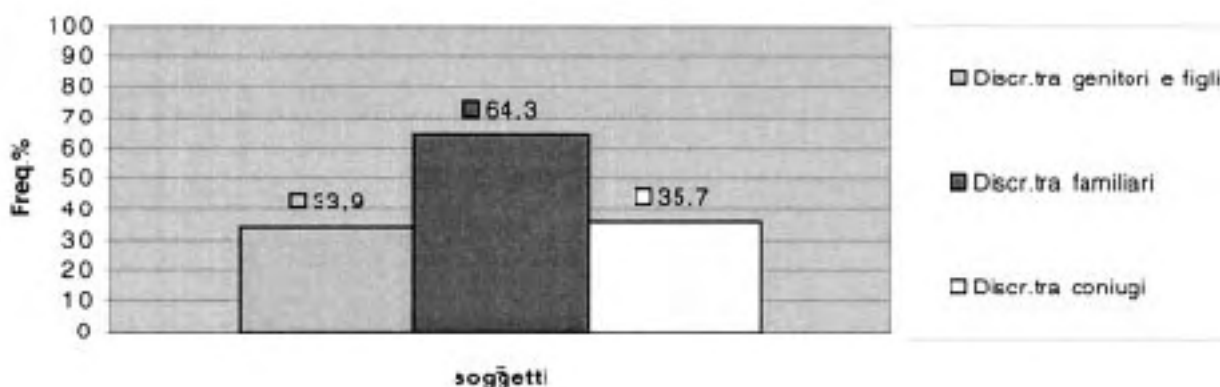
familiare sieropositivo.

Le motivazioni di queste forme di discriminazione si rintracciano anzitutto *nell'attribuzione di colpa* (71,4%) e nella *paura del contagio* (69,6%) (Graf. 7).

Discriminazione tra genitori e figli
Discriminazione tra familiari
Discriminazione tra coniugi

%
33,9
64,3
35,7

Graf.7 Soggetti tra cui si manifestano forme di discriminazione in ambito familiare



zione non solo degli studenti ma anche del corpo docente sulla malattia e sulle sue modalità di trasmissione.

In ambito scolastico i soggetti che non solo manifestano più spesso atteggiamenti discriminatori verso le persone con HIV-AIDS (69,6% dei casi) ma che sono anche stati collocati in 1ª posizione nell'ordinamento decrescente per grado di capacità discriminante sono proprio i *genitori* dei ragazzi (percentuale categoria modale: 39,3%), e questo soprattutto nei Paesi di area occidentale (Graf. 8).

b.1) iniziative delle scuole cattoliche:

La scuola cattolica, specialmente in alcuni Paesi come il Messico, l'India, la Colombia e il Libano, risulta molto impegnata su questo fronte, nonostante incontri difficoltà oggettive, dovute prevalentemente alla mancanza di risorse finanziarie ancor più che umane. Le attività delle scuole cattoliche, in questi Paesi, sono dirette principalmente alla informazione e sensibilizzazione degli studenti ad una più attenta ed approfondita conoscenza della malattia e dei suoi mezzi di

– organizzazione di incontri con genitori, studenti e movimenti cattolici, esperti esterni, a fini educativo-informativi;

– ascolto di testimonianze di persone che vivono con il AIDS;

– conversazioni educative con dibattiti, teatro, video, forum, testimonianze di malati e volontari;

– pubblicazione materiale di sensibilizzazione: opuscoli, depliant, manifesti, pacchetti multimediali per le scuole, brochure sulla prevenzione etc.;

– educazione all'autopromozione, alla scoperta e alla valorizzazione delle capacità ed attitudini individuali;

– organizzazione staff di docenti per l'educazione alla prevenzione dell'HIV-AIDS e formazione tra i giovani di clubs anti-AIDS e di gruppi di supporto tra i pari;

– educazione all'affettività di coppia, alla procreazione responsabile, promozione del sexual behaviour changing, educazione alla vita ed all'amore (Programma EVA del Cameroun);

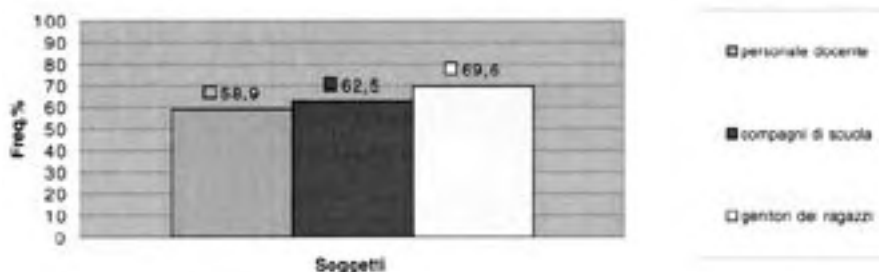
– educazione sanitaria, incontri con operatori dell'area sanitaria, con rappresentanti del mondo medico e scientifico, con rappresentanti del mondo politico.

c) nelle strutture sanitarie

Anche nelle strutture sanitarie, ed in particolare in ambito ospedaliero, si riscontrano forme di discriminazione nei confronti delle persone con HIV-AIDS, tuttavia meno frequentemente rispetto agli ambienti poc'anzi considerati, es-

Soggetti	%
Personale docente	58,9
Compagni di scuola	62,5
Genitori dei ragazzi	69,6

Graf.8 Soggetti tra cui si manifestano forme di discriminazione in ambito scolastiche



Il personale docente costituisce, invece, la parte più aperta alla comprensione ed all'accoglienza degli allievi sieropositivi. Tuttavia, le *attività di informazione/formazione nelle scuole pubbliche* sul tema dell'AIDS, risultano nel 51,8% dei casi *saltuarie* e in percentuale più diffuse nei Paesi dell'area occidentale e dell'America Latina. Tali iniziative sono dirette principalmente alla diffusione di una educazione sanitaria a carattere preventivo (42,9%) ed alla formazione dei docenti sulle forme di prevenzione (33,9%). Questo dato potrebbe spiegare l'atteggiamento particolarmente accogliente dei docenti nelle scuole, alla cui formazione in tal senso sembra si dia particolare attenzione. I soggetti che si fanno promotori di queste iniziative nelle scuole pubbliche sono numerosi: dalle Agenzie governative alle Associazioni di volontariato, gli stessi docenti e gli organismi ecclesiali laddove gli venga consentito.

trasmissione, accompagnata da un'intensa azione educativa e formativa al rispetto della vita, alla fedeltà ed all'amore coniugale, all'affettività di coppia, alla genitorialità responsabile, per uno stile di vita improntato ai valori morali cristiani.

L'educazione sanitaria costituisce ampia parte dell'azione preventiva nelle scuole cattoliche, affidata ad insegnanti preparati ed idoneamente formati a trasmettere queste importanti cognizioni ai giovani studenti.

Naturalmente non mancano Paesi in cui la Chiesa cattolica soffre di ingiuste esclusioni dalla vita sociale: a Cuba per esempio non esistono scuole cattoliche oppure – è il caso del Lesotho – le cellule AIDS della Chiesa cattolica non sono accettate nel 75% delle scuole; Paesi dove gli insegnanti ed i genitori dei ragazzi necessiterebbero di adeguata informazione e formazione sulla problematica, ma non c'è disponibilità di fondi.

Le iniziative che si rilevano con maggiore ricorrenza sono:



sendo state indicate dal 64,3% degli intervistati.

In particolare si rileva che nei Paesi occidentali, in cui la professionalità nel lavoro è accompagnata da una crescente cultura della sicurezza sul lavoro, il fenomeno si abbatte molto più sensibilmente che non nei Paesi c.d. in via di sviluppo, in cui mancano anche le condizioni minime di sicurezza sul lavoro. Ecco quindi che in aree, come quella asiatica, in cui finora si sono riscontrati livelli mediamente più bassi di presenza del fenomeno, in questo ambito subiscono un sensibile e significativo aumento.

La ricorrenza del rifiuto, da parte di operatori sanitari, nelle strutture ospedaliere e nei servizi socio-sanitari, di fronte ad una malato di HIV-AIDS si osserva solo "qualche volta" (in media nel 41,1% dei casi), e questo dato è anche sostenuto dal fatto che nel 50% dei casi, all'interno delle strutture sanitarie, si svolgono regolarmente attività di formazione e/o informazione per il personale sanitario a fini preventivi. Nell'80,4% dei casi si è a conoscenza di operatori sanitari sieropositivi e nella maggioranza dei casi le strutture sanitarie, pur considerando questo fatto un problema, lo affrontano per risolverlo insieme all'operatore, mantenendolo nel suo posto di lavoro (64,3%). Tuttavia queste persone diventano oggetto di un ostracismo sotterraneo da parte dell'entourage di servizio o di équipe, nonostante gli sforzi della struttura amministrativa.

Il dovere di riservatezza viene osservato sempre nel 37,5% dei casi e spesso nel 30,4%, per cui è lecito dedurre che sia piuttosto diffuso il rispetto di un importante diritto della persona. Per quanto riguarda l'effettiva osservanza di tale dovere non stupisce che proprio negli Stati Uniti, in cui è dominante una cultura individualistica, tale dovere sia più rigidamente osservato, a prescindere da qualunque evento concomitante; mentre in altri Paesi, con una dimensione religiosa predominante, come per esempio l'America Latina e l'Europa Orientale, la

rigida applicazione di questo principio può venir meno in presenza di fattori contingenti. Si lascia quindi uno spazio alla valutazione della persona che affronta di volta in volta il caso.

Proprio in riferimento a queste situazioni, che pongono non lievi problemi etici e morali, sono state approntate iniziative a tutela del coniuge/partner ignaro. Tra queste la più diffusa risulta essere, nel 76,8% dei casi, il counselling per la rivelazione della sieropositività al coniuge/partner ignaro, affiancato dal supporto psicologico. Nelle strutture pubbliche, nel 51,8% dei casi, si suggerisce in via prioritaria l'uso dei condoms a scopo preventivo.

Alla delicata domanda riguardante la conoscenza di sperimentazioni, non controllate, di nuovi farmaci, il 76,8% delle Chiese locali intervistate ha risposto negativamente e il 23,2% positivamente. Questo 23,2% riguarda principalmente l'utilizzo di bambini (14,7%) e di malati terminali (8,8%) a tali scopi. Seguono nell'ordine le donne, i detenuti ed i malati mentali.

A sostegno delle donne sieropositive in gravidanza sono impegnati sia il servizio pubblico sia quello di ispirazione cattolica.

Servizi pubblici:

– di informazione e sostegno psicologico a favore di tali donne, risultano essere sufficienti e si concentrano prioritariamente sul benessere della mamma (55,4%) e poi su quello del bambino (35,7%). Tuttavia il servizio pubblico sembra indirizzato ad accompagnare la donna al compimento della gravidanza (26,8%) piuttosto che alla sua interruzione (19,6%). Questo dato ci viene confermato dalla dichiarazione di molte Chiese locali, che hanno registrato negli ultimi anni una inversione di tendenza, anche se lieve, da parte dei Governi nazionali riguardo una maggiore sensibilità e rispetto per la vita.

Servizi di ispirazione cattolica:

– in questo ambito la Chiesa



cattolica risulta ancora poco presente, tuttavia laddove opera si concentra in via prioritaria sul benessere del bambino (46,4%) e poi su quello della mamma (42,9%), naturalmente allo scopo di accompagnare la gravidanza fino al suo compimento.

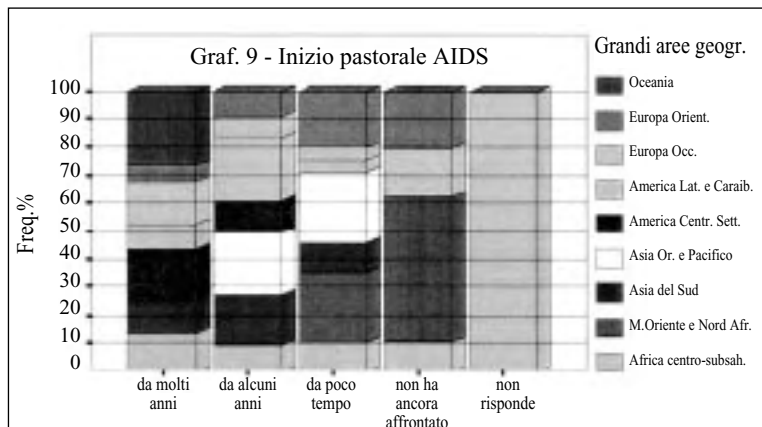
Azione pastorale

Alcune statistiche descrittive

La pastorale sanitaria delle Chiese locali intervistate ha cominciato ad occuparsi del problema dell'HIV-AIDS, nel 42,9% dei casi, già da diversi anni, anche se non sempre in modo sistematico e programmatico. Il grafico illustra la distribuzione, per grandi aree geografiche, degli anni dai quali la Chiesa ha iniziato ad occuparsi della pastorale di accompagnamento per i malati di HIV-AIDS. Naturalmente le Chiese che per prime hanno avviato tale pastorale sono quelle che risiedono nei Paesi che per primi hanno visto insorgere questo virus: gli Stati Uniti e l'Europa Occidentale. Via via che ci spostiamo in epoche più recenti troviamo, dapprima l'Africa, in cui la diffusione del virus ha assunto ritmi talmente sostenuti da indurre le Chiese a prendere immediata coscienza del problema ed attivare una serie di interventi, soprattutto a carattere educativo-culturale per far penetrare il concetto di AIDS come malattia e non come condanna; poi incontriamo alcuni Paesi del Medio Oriente e del Nord Africa in cui anco-

ra si stenta a prendere piena coscienza del problema, ma in cui la Chiesa si scontra anche con tanti problemi di convivenza con i governi islamici (Graf. 9).

si riferisce, oltre che ai malati, agli orfani sempre più numerosi e che, dalle stime attuali, risultano in continuo crescendo: un problema di cui per lungo tempo sentiremo ancora



chire sulla sessualità e sulla famiglia, opuscoli informativi per le scuole

– informative per religiosi e religiose

– simposi nazionali ed internazionali con la partecipazione di rappresentanti delle Istituzioni dello Stato, delle NGOs e della popolazione

– educazione alla vita familiare, alla fedeltà coniugale, alla maternità e paternità responsabile

– seminari per operatori sanitari

– sviluppo dell'autoconsapevolezza

C. Cura e assistenza sanitaria

– impiego di cappellani e volontari, di personale medico cattolico

– servizi di counselling pre e post-test e supporto alla cura domiciliare di base

– individuazione e diagnosi della sieropositività

– partecipazione a progetti con altre agenzie della cooperazione

– sostegno a progetti nazionali di lotta contro l'AIDS-MST-TUB

– sostegno ad associazioni caritative (Caritas)

– promozione e sostegno di gruppi di mutuo aiuto

– creazione di case di accoglienza per malati di AIDS

– centri di riabilitazione

– progetti di assistenza dei malati di AIDS e dei loro familiari dal punto di vista sanitario, umano, psicologico e spirituale (Progetto Buon Samaritano – Messico)

D. Presa in carico ed accompagnamento pastorale

– presa in carico psico-sociale e sanitaria delle persone con AIDS

– presa in carico degli orfani, delle vedove e dei vedovi

– accompagnamento persone con AIDS nelle istituzioni di detenzione coattiva

– sostegno attività dirette alla reintegrazione sociale delle persone HIV+

– case per bambini e le loro mamme HIV+ (Argentina)

– case per uomini e donne HIV+ in stato di abbandono

– case comunità,

20

Circa l'80% delle Chiese intervistate non ha indicato un organismo ufficiale della propria Chiesa locale cui faccia capo la responsabilità del *lavoro pastorale sul tema AIDS*. Il 50% delle opzioni si è concentrato sulla voce "Commissione salute", alla quale si fa riferire la pastorale più specifica in tema di AIDS.

Il 66,1% delle Chiese locali intervistate ha dichiarato di aver fissato un *programma di azione* di fronte all'emergenza AIDS. In alcuni casi (p.e. la Costa d'Avorio) la Chiesa locale funge da Coordinatrice nazionale di tutti i servizi e delle azioni intraprese nell'ambito dell'HIV-AIDS, agendo quale cinghia di trasmissione tra le Diocesi, le parrocchie, le strutture socio-sanitarie, i Movimenti e le realtà associative del territorio. Tale impegno appare concentrarsi naturalmente nelle aree in cui l'epidemia tende a diffondersi con maggiore rapidità (Africa subsahariana: 17,9%; Asia: 16%). I punti essenziali dell'azione delle Chiese locali si possono così riassumere:

A. *formazione*

B. *prevenzione*

C. *cura e assistenza sanitaria*

D. *presa in carico ed accompagnamento pastorale*

anche se la presa in carico e l'accompagnamento spirituale degli ammalati e delle loro famiglie assumono un accento particolare. La presa in carico

parlare e per il quale occorre predisporre idonei programmi d'azione.

A. formazione

– formazione operatori sanitari (medici, paramedici etc.) e volontari

– informazione/formazione religiosi/e ed agenti pastorali (religiosi e laici)

– formazione educatori per la Pianificazione Familiare Naturale, animatori

– formazione dei giovani per la creazione di gruppi di educatori tra i pari

B. prevenzione

– educazione alla prevenzione e sensibilizzazione delle popolazioni

– educazione sanitaria preventiva

– educazione dei giovani e degli adulti all'amore responsabile ed al rispetto del corpo

– documenti ufficiali, bro-



Allo scopo di realizzare tali azioni programmate sono stati richiesti contributi economici nel 48,2% dei casi ad Organismi diversi tra cui:

- MISEREOR
- C.R.S (Catholic Relief Service)
- MEMISA
- CARITAS INTERNATIONALIS (CAFOD)
- CHIESE ESTERE
- OMS
- BANCA MONDIALE
- UNICEF
- UNESCO
- UNDP (United Nations Development Programme)
- AGENZIE DONATRICI ESTERE
- ORGANISMI NAZIONALI
- GOVERNI E MINISTRI SANITÀ

con esiti prevalentemente positivi (42,9%).

Anche a livello diocesano appare sussistere una azione programmata e sistematica di pastorale sul tema, come dichiarato nel 57,1% dei rispondenti, tuttavia con uno scarto molto più sottile rispetto alle Chiese che dichiarano di non averla ancora definita. Punti essenziali di tale azione programmata sono:

- A. prevenzione
- B. formazione
- C. assistenza.

L'azione pastorale a livello diocesano ricalca il modello definito dalle Chiese locali, anche se con una maggiore attenzione alle esigenze concrete del territorio e della popolazione.

Esistono diversi interventi diretti alla presa in carico sanitaria e psico-sociale delle persone con HIV-AIDS e degli orfani che diventano sempre più numerosi. Tuttavia, nonostante il progressivo aumento del numero degli orfani costituisca un problema urgente, pochi sono ancora gli sforzi in questa direzione. L'attenzione risulta infatti concentrarsi prevalentemente sull'assistenza ai malati e sulla prevenzione. Si segnalano alcune importanti attività, promosse e sostenute dalle Chiese locali, che stanno producendo risultati confortanti come: l'Ambulatorio Provi-



dencia Outpatient Clinic di Rio de Janeiro, il Programma EVA in Cameroun ed il programma pastorale del Buon Samaritano in Messico, la Open Hearth House in Irlanda. Attività attraversano tutto il contesto socio-sanitario, adottando strategie di approccio multidimensionale ai problemi delle persone che vivono con HIV-AIDS.

L'obiettivo che, attualmente, le *Diocesi* pongono come prioritario rispetto al problema AIDS, risulta essere l'educazione all'amore ed alla castità per i giovani (67,9%), l'aiuto ai malati ed alle loro famiglie (66,1%) e l'educazione sessuale (58,9%) .

Formazione dei candidati al sacerdozio riguardo la Pastorale per i malati di HIV-AIDS

Si sta lentamente inserendo l'insegnamento di questo particolare approccio pastorale o nell'ambito del Corso di Morale Speciale o nel Corso di Educazione alla vita, o nell'unità sul Counselling Pastorale durante gli studi di Teologia Pastorale, o nel corso di Medicina Pastorale, nel corso di Educazione Pastorale, nei corsi di formazione per cappellani o comunque nell'ambito della formazione dei giovani candidati al sacerdozio.

L'insegnamento e la formazione si avvalgono di cassette audio-video, la cui visione viene fatta seguire da commenti individuali; di testimonianze di persone con esperienza di tale approccio; di sessioni illustrative ed esplica-

tive delle MST e dell'HIV-AIDS; di conferenze; di esperienze dirette di pastorale sociale.

Si cerca poi di sviluppare le capacità di counselling; di incoraggiare il contatto con i pazienti e di incentivare i collegamenti tra i seminaristi e gli operatori sanitari di settore.

I servizi e gli interventi socio-sanitari

Occorre anzitutto precisare che, circa il numero degli ospedali cattolici dotati di aree specialistiche in AIDS ed il numero dei centri cattolici non ospedalieri che assistono malati di AIDS, non sarà possibile offrire dati affidabili e significativi, dato l'esiguo numero di Paesi che sono stati in grado di censirli.

È invece possibile rilevare che si presentano con una distribuzione piuttosto omogenea le tipologie dei centri di recupero cattolici non ospedalieri, attestandosi sia i centri medico-sanitari, che socio-assistenziali, socio-educativi e di sostegno sociale, in media al 35%. Tuttavia i centri socio-assistenziali sono quelli in corrispondenza dei quali si registra la massima frequenza, il 42,9%, che ci conferma la direzione dell'impegno prevalente della Chiesa di fronte al problema AIDS. L'assistenza si accompagna tuttavia ad una serrata azione educativa e formativa diretta alla persona, olisticamente intesa. Educazione ed assistenza i due grandi capisaldi della risposta che la Chiesa dà all'AIDS con la sua azione.

Sia i centri cattolici ospedalieri che quelli non ospedalieri si concentrano nelle aree urbane, anche se non mancano di essere presenti in molte aree rurali o dell'entroterra, spesso molto pericolose e dove la Chiesa costituisce l'unico riferimento e sostegno possibile per la popolazione abbandonata a se stessa.

In relazione alla valutazione della *capacità di rispondere alle esigenze* dei pazienti da parte di questi centri, i rispondenti o non sono stati in grado di rispondere (32,1%) oppure

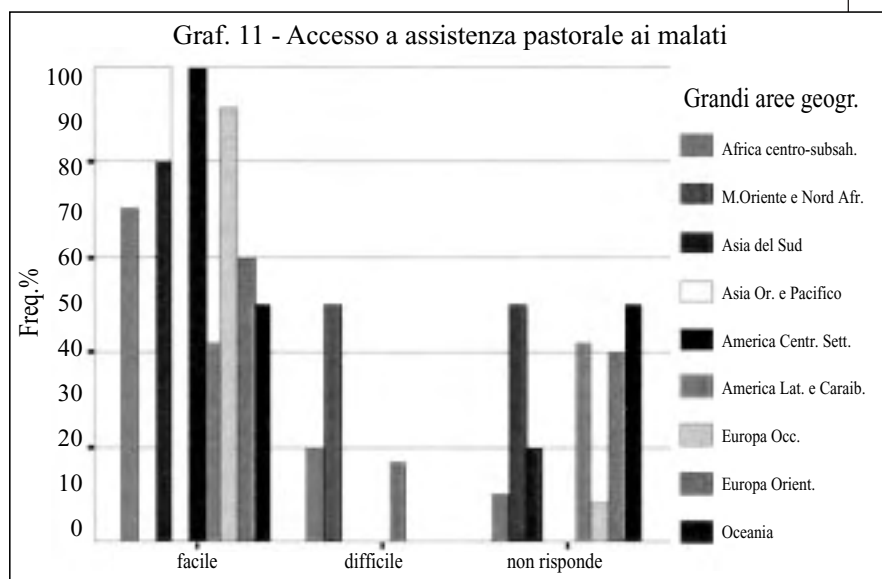
l'hanno definita *discreta*, ed infatti l'accesso dei pazienti e dei malati terminali per il ricovero negli stessi e nei centri non ospedalieri risulta piuttosto facile (39,3%-37,5%). Tuttavia, l'accesso dei malati terminali a strutture per il ricovero e per cure specifiche risulta decisamente più difficile.

Per quanto concerne i servizi a carattere medico-sanitario si è cercato di registrare il grado di accessibilità ad alcuni tra gli esami maggiormente traccianti del sistema dei servizi sanitari disponibile nei Paesi dei nostri intervistati.

Innanzitutto va dichiarato che in questi items sono stati rilevati molti "non risponde", probabilmente per la specificità della questione toccata. Tuttavia, dall'esame della distribuzione per grandi aree geografiche delle opinioni espresse sul grado di accessibilità al *test anti-HIV* si osserva che ormai l'accesso a questo tipo di test per l'individuazione della sieropositività è piuttosto diffuso ed alla portata anche dei Paesi più poveri, come quelli asiatici; tuttavia in Africa, dove potrebbe costituire un mezzo importante per il monitoraggio del fenomeno, risulta ancora di difficile accesso (Graf. 10).

cientemente sistematicizzato nei Paesi dell'America Latina e dei Caraibi (Graf. 11).

cor più impossibile e irraggiungibile per i Paesi in via di sviluppo.



Per gli *esami immunologici* si rileva una certa difficoltà di accesso, soprattutto nei Paesi ancora in via di sviluppo come l'Asia e l'Africa.

Per gli *inibitori delle proteasi*, accanto ad un accesso generalizzato ad essi nei Paesi più ricchi come gli Stati Uniti, si registra una impossibilità di accesso a tali cure nei Paesi più poveri, che non dispongono delle risorse economiche per fronteggiare la spesa deri-

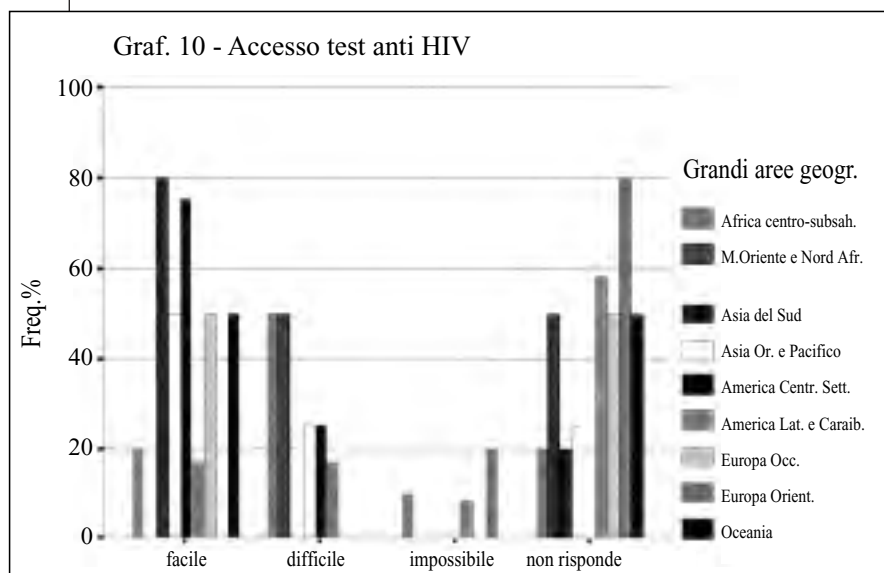
Questo quadro evidenzia come il *livello dei servizi* rispetto al fabbisogno risulti, nel 55,4% dei casi, ancora *insufficiente*, in particolare nell'Africa subsahariana ed in Asia, nonostante l'impiego di figure professionali quali: medici, infermieri, assistenti sociali, assistenti spirituali, personale volontario e religiosi. Meno diffuse le figure professionali dello psicologo, del tecnico di laboratorio e del consulente legale.

Nel 64,3% dei casi si rileva che l'aggiornamento degli operatori sanitari si effettua almeno ogni 12 mesi, assicurando così un livello medio di professionalità che nel 50% dei casi è stato definito "buono".

I progetti e le sperimentazioni

Al fine di migliorare la risposta ai bisogni delle persone con HIV-AIDS nei settori di intervento individuati da questa ricerca, sono attualmente in corso, nel 76,6% dei Paesi, progetti e sperimentazioni a carattere prevalentemente nazionale (64,3%), sempre più spesso sostenuti da realtà a carattere internazionale (32,1%).

Di seguito i più significativi:
– creazione di Istituti di Igiene sociale e di malattie in-



Per quanto concerne l'*assistenza pastorale*, le opinioni sembrano convergere verso un quasi pieno accordo circa l'elevato grado di accessibilità a questo tipo di sostegno, al contrario non ancora suffi-

vante dall'acquisto di questo pacchetto farmacologico.

Infine, per quanto concerne la *prevenzione farmacologica materno-fetale* si osserva che è largamente adottata negli Stati Uniti, mentre rimane an-

fettive; di centri medico-sociali; programmi di rafforzamento delle capacità diagnostiche;

- in Germania, Belgio, Stati Uniti e Australia: studi farmacologici, studi sulle mutazioni del virus per la creazione di un vaccino;

- programmi ecumenici di lotta contro l'AIDS; cellule di riflessione sull'AIDS; formazione di volontari per l'assistenza domiciliare di base ai malati;

- in Argentina: apertura di case per madri sieropositive con il proprio bambino;

- in Perù: progetto "Casa Hogar" per figli di genitori sieropositivi;

- nel Burundi: progetto "Nuove esperienze" di Brijumbura; creazione del Centro Nyamugari di Gitega; il progetto nazionale "Famiglie per vincere il AIDS"; creazione Associazione sieropositivi e malati di AIDS; programma nazionale di assistenza agli orfani;

- in Uganda: CRS-CAFOD-CARITAS per un progetto di assistenza medico-sanitaria e di sostegno agli orfani; UNAIDS per la prevenzione della trasmissione materno-fetale; fondi della Banca Mondiale;

- in Guinea: progetto per la creazione di 3 Centri medico-sanitari e di sostegno sociale nelle Diocesi del Paese; progetto per la creazione di una cellula di riflessione ed azione della Chiesa cattolica nella lotta contro l'AIDS;

- in Costa d'Avorio: Piano nazionale AIDS della Chiesa cattolica per il triennio 1995-1997 e Piano triennale SIDA della Chiesa Cattolica 1998-2001;

- in India: conferenze e workshops sul tema; collaborazioni tra il Catholic Institutes, NGOs e Diocesi; pubblicazione di 2 libri: libro di testo per le scuole su AIDS e libro sull'assistenza pastorale;

- In Polonia: progetti di collaborazione con Ministero della Sanità e grosse NGOs, creazione di un telefono di fiducia gratuito dedicato all'AIDS ad opera dell'Associazione Volontari contro l'AIDS; sostegno alla vita fa-

miliare, produzione di materiali informativi destinati ai sacerdoti;

- in Brasile: progetti di lotta alla povertà ed all'indigenza; progetti a favore di bambini, adolescenti e giovani a rischio; progetti per omosessuali; progetti diretti al miglioramento della qualità della vita delle persone con HIV-AIDS; Providencia Clinic di Rio de Janeiro.

Attualmente si assiste alla crescente *collaborazione tra gli organismi pubblici/governativi e le NGO cattoliche* (71,4%), anche se non sempre in misura soddisfacente (solo nel 30,4% dei casi). Alcune tra le collaborazioni più significative si sono orientate al finanziamento, da parte degli Organismi pubblico/governativi, di progetti di formazione di volontari, di preparazione al counselling, di acquisto di farmaci per le infezioni opportunistiche, per aiuti alimentari, per la sorveglianza dell'infezione da HIV nelle donne in gravidanza, per la creazione di Comitati scientifici ed etici, per seminari di studio ed azioni ecumeniche contro l'AIDS.

La *collaborazione tra organismi pubblici/governativi e le NGOs non cattoliche* è ancor più intensa (78,6%) ma anche in questo caso non sempre si rivela soddisfacente (33,9%). Le esperienze più significative riguardano la realizzazione di micro-progetti, l'organizzazione di seminari informativi e dibattiti, aiuti alimentari e non, aiuti in medicinali per le infezioni opportunistiche, la distribuzione gratuita di condoms, programmi per la somministrazione di metadone e contro lo scambio di siringhe; programmi contro l'emarginazione e l'esclusione sociale; diffusione di materiale sulla difesa della sessualità.

Le problematiche emergenti

a) Nel tessuto sociale

La povertà costituisce senza alcun dubbio il problema che coinvolge tutti i Paesi le

cui Chiese siamo andati ad intervistare. Ad essa si associano gravi forme di marginalizzazione della popolazione non solo dalla vita sociale ma anche dal sistema sanitario.

Alla povertà si collegano la *disoccupazione*, perché il lavoro non c'è e laddove c'è i salari sono bassissimi; ne consegue un esodo di massa dei giovani dalle aree rurali a quelle urbane e l'abbandono degli anziani nei villaggi; i bassi livelli di istruzione, soprattutto in alcuni Paesi.

Questi problemi radicati nel tessuto sociale producono l'esposizione di una larga parte della popolazione a comportamenti a rischio rispetto alla trasmissione dell'HIV:

- la *prostituzione*: donne, spesso giovanissime, si prostituiscono, entrano negli entourage del turismo sessuale, gestiscono case per appuntamenti;

- la *tossicodipendenza*: uso di droghe di vario genere, lo scambio di siringhe.

b) Aspetti etico-morali

Oggi la modalità di trasmissione dell'HIV maggiormente diffusa è il rapporto eterosessuale. Questo fatto pone vari e seri problemi etici e morali, tra cui:

- la protezione del coniuge/partner non infetto;

- la discriminazione sociale verso le persone (anche bambini) sieropositive o malate di AIDS nel lavoro, nei servizi ed in ambito familiare;

- riscatto dei valori morali e spirituali;

- maggiore rispetto per le tradizioni culturali;



- una maggiore solidarietà tra i vari gruppi con differenti stili di vita;
- la promozione della vita umana;
- educazione all'amore ed alla sessualità.

c) *Interventi di Pastorale Sanitaria*

Si rileva la richiesta ricorrente di un maggiore sostegno all'azione delle parrocchie e dei sacerdoti da parte delle Chiese locali così come una *richiesta urgente di linee guida* di Pastorale nel campo specifico, volte a fissare direttive certe riguardo le modalità di prevenzione e controllo dell'HIV-AIDS secondo i parametri etici e morali della Chiesa di Roma.

Si avverte inoltre la necessità di una formazione specifica di religiosi e religiose in questo ambito di intervento; un maggior coordinamento delle diverse esperienze su questo tema ed una più rigorosa sistematicità ed organizzazione dell'azione pastorale.

d) *Servizi ed interventi Socio-Sanitari*

Si rileva la necessità di maggiori risorse finanziarie, umane (formate professionalmente) e materiali per rispondere efficacemente alle esigenze dei pazienti.

Si rendono inoltre necessarie:

- assistenza psico-sociale e medico-sanitaria più capillari;
- utilizzo di tecniche mediche moderne;
- accesso più agevole a farmaci antiretrovirali ed ai servizi sanitari specifici;
- prevenzione di malattie opportunistiche;
- un maggior numero di centri ospedalieri e sociali di ispirazione cattolica.

Proposte e suggerimenti

La *Comunità internazionale* dovrebbe intervenire sul problema AIDS favorendo lo stanziamento di Fondi e risorse finanziarie per la realizzazione di progetti che prevedano la facilitazione dell'acces-



so ai farmaci antiretrovirali e per le infezioni opportunistiche; iniziative volte alla promozione dello sviluppo socio-economico; la creazione di una rete "credibile" di partnership disinteressate di Organismi ed Associazioni non governative impegnati nella lotta contro le MST e l'HIV-AIDS, capaci di sostenere le attività in corso e di riprodurre quelle più riuscite altrove; sostegno all'azione dei singoli Governi nazionali; appoggio ad iniziative delle NGOs cattoliche e non.

Le *Chiese locali* dovrebbero riuscire ad influire sulle politiche sanitarie nazionali, anzitutto stabilendo legami e collaborazioni più strette con il potere pubblico, divenendo un partner inevitabile dello Stato. Si rendono necessarie una presenza più significativa di religiosi e religiose all'interno delle strutture socio-sanitarie; una lotta congiunta contro la povertà e l'analfabetismo; lo stabilire un orientamento chiaro in materia di Pastorale Sanitaria dell'AIDS.

Occorre trovare sostegni economico-finanziari significativi per favorire l'attività di organismi ecclesiali impegnati a promuovere politiche di protezione della vita, sfidando le politiche preventive correnti fondate, spesso unicamente, sulla diffusione dei condoms.

Imparare ad usare in modo maturo ed appropriato la stampa ed i mezzi di comunicazione.

Il 58,8% delle Chiese intervistate riconosce che *solo in parte* le legislazioni nazionali offrono una risposta adeguata in materia di AIDS.

Gli aspetti migliorabili sono:

- rafforzamento del diritto alla salute e alle cure adeguate per tutti;
- protezione dei diritti dei malati di HIV-AIDS;
- riduzione dei costi delle cure ed agevolazione al loro accesso;
- obbligo del counselling pre e post-test;
- controlli e test del sangue;
- creare ed applicare norme contro la discriminazione sociale;
- studiare sistemi preventivi efficaci;
- garantire la conservazione del posto di lavoro ai sieropositivi e ai malati di AIDS;
- sostegno ai gruppi a rischio.

L'attuale legislazione risulta rispondere adeguatamente alle problematiche poste da questa malattia solo in parte (58,8%) e spesso il maggior problema consiste nell'applicazione della stessa. Il settore pubblico, infine, molto spesso non prevede la possibilità di mettere a disposizione dei centri cattolici risorse finanziarie pubbliche e questo costituisce un ulteriore problema ai tanti emersi da questa ricerca.

Credo che con questa indagine di ampio respiro il Pontificio Consiglio per la Pastorale della Salute si sia fatto portavoce del coraggio e dell'impegno con cui la Chiesa si continua a porre di fronte al problema AIDS, in un momento in cui se ne sente parlare troppo poco: dimostrazione di come la Chiesa non dimentichi mai gli ultimi ed i più soli. Questo lavoro vuole essere solo un modesto punto di partenza, una piattaforma di indicazioni e suggerimenti da cui questa prestigiosa assemblea possa trarre spunto per avviare un lavoro che conduca a gettare le fondamenta di quelle linee guida che la maggior parte delle Chiese locali richiedono per una maggiore uniformità ed incisività di azione e di messaggio.

Dott.ssa FIORENZA
DERIU BAGNATO
*Ricercatrice sociale
Italia*

I Sezione

LA PREVENZIONE

La vita come valore fondante

Uno dei più grandi poeti italiani, Giacomo Leopardi, in una struggente poesia interroga la luna sul senso della vita umana: “Dimmi, o luna: a che vale – al pastor la sua vita – la vostra vita a lui? Dimmi: ove tende – questo vagar mio breve – il tuo corso immortale?”. In un crescendo drammatico Leopardi constata che dopo tanta corsa penosa l’uomo è atteso da un “abisso orrido, immenso, – ov’ei, precipitando, il tutto oblia”; che “nasce l’uomo a fatica – ed è rischio di morte il nascimento – prova pena e tormento – per prima cosa; e in sul principio stesso – la madre e il genitore – il prende a consolar dell’esser creato”. La conclusione è disperata: “Forse in qual forma, in qual – stato che sia, dentro covile o luna – è funesto a chi nasce il dì natale”. In altro verso lo stesso poeta riferisce a se stesso la conclusione: “a me la vita è male”. Il contrasto con l’*Evangelium Vitae* di Giovanni Paolo II non potrebbe essere più radicale. Scrive infatti il Santo Padre al paragrafo 34: “la vita è sempre un bene”. Perché ho fatto dire il contrario da una poeta, a conferma della concezione positiva della vita mi lascio venire in mente i versi di un altro poeta, quello che, pieno di stupore e anche lui guardando il cielo, ha scritto i salmi 138 e 8: “Ti lodo, perché mi hai fatto come un prodigio – sono stupende tutte le Tue opere” (*Sal* 138); “Se guardo il cielo, opera delle tue dita – la luna e le stelle che Tu hai fissate – che cosa è l’uomo perché te ne ricordi? – Il figlio dell’uomo perché te ne curi? – Eppure l’hai fatto poco meno degli angeli, – di gloria e di onore lo hai coronato, – gli hai

dato potere sulle opere delle tue mani, – tutto hai posto ai suoi piedi” (*Sal* 8).

Chi ha ragione e chi ha torto? “Perché la vita è un bene?” (*EV* 34). Risponde Giovanni Paolo II che il bene della vita è “una intuizione o addirittura un dato di esperienza”, ma aggiunge che di ciò “l’uomo è chiamato a cogliere la ragione profonda” (*EV* 34). Tale ragione definitiva può essere espressa con le parole di S. Ireneo: “L’uomo che vive è la gloria di Dio”. La radice del valore della vita umana sta nel cuore trinitario di Dio. Possiamo dirlo con le parole semplici di Madre Teresa di Calcutta in contemplazione di fronte all’inizio della vita umana: “quel piccolo bambino non ancora nato è stato creato per una grande cosa: amare ed essere amato”. Io conosco questa ragione profonda, ma poiché da quasi un quarto di secolo sono continuamente chiamato a spiegarlo a chi, come Leopardi, non vuole interrogare Dio ma si limita a parlare con la materia (la luna), proverò a raccontare la mia esperienza come quella di uno che è costretto per lo più a spiegare le ragioni della vita con la ragione senza richiamare la Fede. Compito arduo, specialmente quando la vita umana si incontra con la sofferenza, tanto più se – come in questo Seminario – la sofferenza e la morte si affacciano nel fiore degli anni e spesso anche se non sempre come conseguenza di una disperata ricerca di gioia, di incontro, di senso, di evasione, di futuro come avviene nell’esercizio della sessualità, cioè di una nostra umanità che nella distinzione tra mascolinità e femminilità è

immagine dell’intimità stessa di Dio e condizione del senso stesso della Creazione.

Seguendo l’esortazione del paragrafo 34 dell’*Evangelium Vitae* mi propongo di dimostrare, in un orizzonte semplicemente umano, cioè di “intuizione” e di “esperienza”, che la vita è un valore. Poi proverò ad andare oltre, per seguire il titolo di questa conversazione, dimostrando che tale valore è fondante di qualsiasi altro valore e della stessa società nelle sue essenziali strutture. Infine mi chiederò se l’orizzonte che ho chiamato “semplicemente umano” sia sufficiente o se, invece, proprio l’esperienza e l’intuizione umana non tocchino la soglia della religiosità e della Fede e ad esse non facciano un umanissimo e razionalissimo appello.

Per molti anni per proclamare il valore della vita mi sono trasformato in biologo: la vita dell’embrione, del feto, del neonato, del malato, del portatore di handicap, del vecchio ha un grande valore perché il titolo di nobiltà dell’esistenza dipende esclusivamente dall’appartenenza alla specie umana e questo suppone esclu-



sivamente una dimostrazione scientifica. Cioè biologia e genetica.

Da qualche tempo, però, la mia attenzione si è spostata prevalentemente sulla questione del senso. Bioeticisti attuali, come Singer ed Engelarth, non negano l'identità umana dei soggetti deboli, come i feti o gli handicappati mentali o i morenti, ma li giudicano di valore inferiore a un cane amaestrato o a un computer a causa dello loro asserita incapacità di essere utili.

Scrivo Singer in *Etica pratica* (pagg. 100 e 126): "vi sono molti animali non umani, la cui razionalità, autocoscienza, consapevolezza, capacità di sentire e così via sono superiori a quella di un bambino umano di una settimana o anche di un anno". Perciò "sembra che la vita di un neonato abbia meno valore della vita di un maiale, di un cane, di uno scimpanzé". "In ogni caso è chiaro il punto principale: uccidere un neonato con malformazioni non è moralmente equivalente ad uccidere una persona. E molto spesso non è per niente sbagliato".

Di fronte a queste idee la difesa dei soggetti più deboli non può limitarsi a dimostrare la loro identità biologica umana, ma deve affrontare la questione del significato specifico del vivere umano.

La complessità del discorso in rapporto alla natura di questo intervento non consente che di enunciare i titoli di argomenti che meriterebbero ben altra estensione.

La prima intuizione è che se vi è un senso nell'intero universo, questo va trovato nella

vita dell'uomo. Per quanto conosciamo e possiamo sperimentare, l'uomo, ogni singolo uomo costituisce la parte più complessa e perfetta dell'intero cosmo. Di più: le moderne teorie della relatività di Einstein e di Darwin sembrano dimostrare scientificamente che tutto lo sforzo dell'universo tende al comparire dell'uomo. È noto, infatti, che secondo l'evoluzionismo la vita è comparsa sulla terra dapprima in forme elementari, poi più complesse: dai viventi unicellulari ai pesci, ai rettili, agli uccelli, ai mammiferi, all' homo faber e all' homo sapiens... Tutto in tempi lunghissimi. C'è voluta, dunque, una enorme quantità di tempo perché si avesse l'uomo. Ma – dice la teoria della relatività – tempo e spazio sono tra loro inevitabilmente legati. C'è bisogno di un enorme spazio per avere un enorme tempo. E se c'è necessità di un enorme tempo per avere l'uomo, l'intero universo, con i suoi innumerevoli astri, le sue galassie, le sue straordinarie distanze è finalizzato all'uomo.

Qui si colloca la seconda intuizione. Ogni essere umano, prima che figlio di un uomo e di una donna, è figlio dell'Immenso. Dunque la sua vita è contrassegnata da qualche cosa di incommensurabile, di straordinario, merita contemplazione e stupore. Deve avere un significato meraviglioso se per realizzarlo è stato preparato un cantiere di enormi proporzioni e sono state impegnate tutte le risorse di una intelligenza inimmaginabile. La vita umana è davvero una meraviglia. Questo avrebbe potuto rispondere la luna a Leopardi.

La terza intuizione è quella di uno stacco tra l'uomo e tutto il resto del creato, di una misteriosa trascendenza che lo colloca in una diversità assoluta rispetto alla materia di cui pur egli è impastato. Pascal ha detto qualcosa di commovente al proposito. Non solo il suo potere sulle cose è ineguagliabile. Ciò che stupisce è la sua capacità di pensiero. A ben riflettere, tutta l'immensità dello spazio e del tempo sarebbero come inesistenti se non ci fosse l'uomo capace di pen-

sarli. Lombardi Vallauri ha scritto: "la vita umana è quel luogo della materia matura dove si accendono misteriosamente coscienza, pensiero, esperienza morale, manifestazioni di spiritualità contemplativa e creativa, nostalgie e dedizioni e tragedie d'amore, tutte cose che fanno della vita umana una parte più grande dell'intero universo biologico e fisico che la contiene, un effetto che può trascendere l'immensa causa da cui ha origine... la maestà ontologica dell'uomo come corpo e spirito vivente squalifica la distinzione di ruolo e di rango sociale, fa di ogni singola umanità una grandezza cosmica e più che cosmica...".

Ed ecco allora la quarta intuizione. Il big bang, che secondo molti studiosi contemporanei dette origine all'universo 10 o 20 miliardi di anni fa, non è il vero big bang creativo. L'inizio della vita di ogni essere umano è il vero atto creativo, in senso finalisticamente pieno, il vero passaggio dal non essere all'essere. Qualcosa che prima non c'era comincia improvvisamente ad esistere ed è qualcosa di straordinariamente diverso e superiore a tutto ciò che esiste solo per preparare la sua origine.

Questa serie di intuizioni e di dimostrazioni non dice ancora se nella vita umana è impresso il timbro della positività, come ha cantato il salmista, ovvero della negatività, come pianto da Leopardi. Prevale l'"abisso orrido immenso" che sembra chiuderla, ovvero l'immensità grandiosa di un cantiere che la prepara e che poi fa scoccare il vero big bang creativo nella tenerezza di un incontro tra un uomo e una donna che dovrebbe esprimere, insieme ad un desiderio di amore, una inconsueta gratuità e un inaudito grido verso l'eterno? Tuttavia la maestà della vita umana appare così grande da non poter essere riferita ad un soggetto collettivo quale che sia – classe, razza, nazione o specie – ma da apparire qualità di ogni essere umano in quanto tale ed altresì da non consentire graduazioni: essa è sempre la massima. Ciò è detto nel laicissimo pensiero



moderno – filosofico, giuridico, politico – con l'espressione "dignità umana", che si ritrova in molte Costituzioni della seconda metà del secolo e soprattutto nella Dichiarazione universale dei diritti dell'uomo del 10 dicembre 1948. Nel preambolo vi si legge che: "il fondamento della libertà, della giustizia e della pace nel mondo consiste nel riconoscimento della dignità di ogni essere appartenente alla famiglia umana e dei suoi uguali ed inalienabili diritti". Dire "dignità umana" e "valore della esistenza umana" è la stessa cosa. Perciò è da sottolineare il legame stabilito tra la dignità e l'eguaglianza. Il lungo processo storico che ha portato al rifiuto, almeno concettuale, tra gli uomini, divisi in passato tra schiavi e liberi, stranieri e cittadini, neri e bianchi, donne ed uomini, raggiunge il suo traguardo nell'affermazione della uguale dignità umana. Essa è talmente grande da non permettere una distinzione tra vite più degne e vite meno degne e, d'altra parte, se si ammettesse una discriminazione nella dignità verrebbe negato il principio di eguaglianza tanto faticosamente conquistato.

Ma la parola dignità è ammantata di mistero. Essa ha sapore religioso. Qualcuno ha parlato della Dichiarazione dei diritti dell'uomo come di una profezia laica. Nella parola c'è lo stupore dell'uomo nel constatare la sua grandezza, ma non c'è la dimostrazione del perché di essa. Tuttavia, la storia allo stupore aggiunge una prova indiretta: l'esperienza dolente dell'umanità dimostra che ogni volta che la uguale dignità umana di tutti e di ciascuno è stata negata, angoscia e dolore hanno invaso l'umanità. Per questo dato di esperienza storica, come postulato della speranza, la Carta del 1948 afferma la fede dei popoli della terra nei diritti dell'uomo. Si noti l'ingresso della parola "fede" in un atto giuridico civile e si ricordi il significato simbolico dell'anno 1948: al centro del nostro formidabile secolo, terminata da poco la Seconda Guerra Mondiale e iniziato da poco il rischio supremo di un conflitto atomico

capace di far cadere nell'assurdo l'intera storia umana. Qualche anno dopo, la Corte costituzionale tedesca, suprema Magistratura di uno Stato che aveva causato l'olocausto, scrive: "Di fronte all'onnipotenza dello Stato totalitario che pretendeva il dominio in tutti i settori della vita sociale e per il quale il rispetto per la vita del singolo non significava niente, la Costituzione ha costruito un sistema di valori che pone il singolo uomo al centro di tutte le sue norme. A fondamento di questa concezione è l'idea che l'uomo, nell'ordine della creazione, possiede un valore proprio ed autonomo che esige costantemente il rispetto incondizionato della vita di ogni singolo, anche di colui che può sembrare socialmente senza valori".

Così la persona apparentemente senza valore diviene il parametro della dignità, a sua volta garanzia di speranza. Fin qui il pensiero umano. Il quale non è certo privo di contraddizioni. Il confronto tra utilitarismo e personalismo è asprissimo quando il giudizio investe le fasi più marginali della vita umana, quella non ancora nata e quella ormai prossima alla morte. In questa zona l'utilitarismo per il quale vale solo ciò che è utile, figlio decadente del materialismo, sembra ancora vincerla sul personalismo, che intuisce il mistero dentro e fuori dell'uomo, e che su tale mistero dell'esistenza gioca la sua scommessa.

Eppure il personalismo già vince quando riesce a porre la stessa domanda formulata dal Papa nell'*Evangelium Vitae*: "può esserci individuo umano che non sia persona?" (n. 58), cioè che sia portatore di un ministero che lo rende diverso da ogni altra parte del creato, sempre soggetto e mai oggetto, sempre fine e mai mezzo, mai riducibile a cosa?

Bisogna aggiungere qualche parola sul carattere fondamentale del valore della vita.

L'affermazione già si trova nella Dichiarazione Universale dei diritti dell'uomo: la dignità umana è fondamento della libertà, della giustizia e della pace. Nell'enciclica *Evangelium Vitae*, con indovinato neologi-



simo, il valore della vita è chiamato "fontale", cioè fonte, generatore di ogni altro valore, e la dimostrazione è molto più dettagliata. È inevitabile citare l'"appassionato appello" rivolto, nel paragrafo 5, "a tutti e a ciascuno": "rispetta, difendi, ama e servi la vita, ogni vita umana! Solo su questa strada troverai giustizia, sviluppo, libertà vera, pace e felicità!". "Sul riconoscimento del diritto alla vita – aveva scritto poco prima Giovanni Paolo II – si fonda l'umana convivenza e la stessa comunità politica" (n. 2). Anche la teoria dei diritti dell'uomo (n. 18), la solidarietà (n. 18), la democrazia stessa (nn. 19-70-90), la legalità (n. 20), lo stesso senso morale che sa distinguere il bene dal male (nn. 4-20) divengono insicuri se il valore di ogni vita umana non è riconosciuto e rispettato.

Naturalmente non è possibile in questa sede esaminare tutti questi aspetti. Farò un semplice accenno ad un tema che mi tocca particolarmente a causa della mia professione di magistrato, cioè di uomo di legge. Mi ha sempre turbato molto la domanda di S. Agostino: "che cosa distingue lo Stato da una associazione a delinquere ben organizzata?". E mi ha sempre molto inquietato un'altra domanda che, da Socrate in poi, fino ai processi di Norimberga contro i criminali nazisti, percorre la storia del pensiero umano: "che cosa distingue la legge dal comando del più forte?". Una risposta laica di ciò che la riflessione cristiana aveva sempre visto è giunta, proprio al centro del nostro formidabile secolo,

dalla Dichiarazione universale dei diritti dell'uomo: la distinzione è fatta dalla dignità umana, cioè dall'uguale valore della vita di ognuno. La ragione del nostro convivere in una società organizzata è una sorta di patto implicito per cui siamo disposti a pagare alti prezzi purché la nostra individuale vita sia garantita. La legalità si impone per ragioni etiche, anche quando il suo comando è sbagliato, perché l'ordinamento giuridico nel suo complesso, in quanto garanzia di ordine, è strumento "per la vita". Ma se e nella misura in cui si rivolge contro la vita, la legge cessa di essere legge.

Ci sono altri aspetti per i quali il valore della vita rivela il suo carattere fondamentale o fontale, a cui bisogna dedicare una particolare attenzione data la tematica di questo Seminario. Alludo al significato della sessualità e della famiglia. Dal punto di vista fattuale è il degrado della sessualità e della famiglia che riduce la capacità di vedere e rispettare la vita umana, ma, dal punto di vista concettuale è proprio la contemplazione della meraviglia della vita umana che può ricostruire il significato della sessualità e della famiglia. In una visione materialistica la ricerca sul senso della vita approda alla banalità del piacere, di cui quello sessuale è espressione particolarmente intensa, e alla angoscia di una solitudine in un universo assurdo per cui conta soltanto l'autoaffermazione individuale, il potere del singolo insomma. La vita dell'altro è perciò avvertita come un limite, da non superare solo quando il farlo provocherebbe dolore o diminuzione di piacere. Quando possibile – come avviene quando la vita altrui è particolarmente debole – l'altro è addirittura censurato o mentalmente cancellato. Così il pansessualismo diviene quasi il senso stesso di una vita banale perché priva di grandezza e di mistero, e la famiglia quale struttura di dono e di vittoria sulla caducità diviene vincolo inaccettabile. Dunque per restituire senso alla sessualità e alla famiglia bisogna che le due realtà siano pervase fino in fondo dal mi-

stero che avvolge la stessa vita umana. Non può essere banale il gesto sessuale se per sua natura è il modo con cui il grandioso mistero della creazione si attualizza. Non può essere collocata tra le strutture della repressione e dell'alienazione la famiglia che sulla vita umana, affinché essa cominci ad esistere, getta il vangelo (= lieto annuncio) dell'amore.

A ben guardare questa riflessione ha già lambito più volte la dimensione religiosa. La cultura della morte e la cultura della vita si affrontano propriamente sul terreno religioso nel senso che la prima non vede nulla oltre la morte (perché l'uomo, concepito solo come parte particolarmente ben organizzata di materia, che materia resta, è ridotto a cosa e come tale è destinato a finire), mentre la seconda (intuendo che l'uomo è "misteriosamente altro" rispetto alla materia e che, come tale, non può avere lo stesso destino delle cose) spera, scommette, ipotizza, crede in un mistero umano anche oltre il sepolcro.

Ma c'è qualcosa che la ragione non riesce a capire da sola, a incasellare nello "stupore" naturale di fronte alla vita umana: è la sofferenza, è il dolore innocente.

Mi sono trovato tante volte a ragionare di aborto e di eutanasia. Anche quando non ho introdotto Dio nel mio discorso ho sempre avvertito la superiorità oggettivamente vittoriosa dei miei argomenti a difesa del bambino non ancora nato. Ma confesso di non aver avuto la stessa sensazione quando il dibattito riguardava l'eutanasia. Certo anche nel Parlamento Europeo ho saputo impedire l'approvazione di documenti a favore della uccisione di esseri umani sofferenti e prossimi alla morte usando argomenti umani. Ho detto che la libertà di togliere la vita non esiste, perché senza la vita finisce la libertà. Ho dimostrato che nessuna accusa di violenza chi impedisce con la forza il suicidio di un giovane sano, sicché l'argomento dell'eutanasia non è la libertà, ma piuttosto il giudizio negativo sulla qualità della vita che – appunto – distingue tra vite

più degne e meno degne di vivere, cosa che è inaccettabile per il principio di uguaglianza. Ho aggiunto che il principio eutanasico ha una forza espansiva, cosicché può mettere in pericolo la vita di tutti i sofferenti, i meno capaci, i meno utili, i pesi sociali. Ma di fronte alla sofferenza la vita per vincere ha bisogno di Dio. Di più: ha bisogno di Cristo. Di più ancora: ha bisogno di Cristo Crocifisso. Così più volte ho pensato, anche se nei Parlamenti non l'ho detto, ciò che ha scritto S. Paolo "Nihil aliud inter vos cupivi scire, nisi Christum et hunc crucifixum".

Il pieno valore della vita umana trova la sua verità completa nel mistero dell'Amore senza misura di Dio. È l'origine dell'amore e la destinazione all'amore ciò che rende ogni vita umana "misteriosamente altra". Per questo il Santo Padre nell'*Evangelium Vitae* indica nell'"eclissi del senso di Dio" la perdita "di senso dell'uomo" (EV 21). Alla fine per credere nella vita umana bisogna credere nell'Amore. "Credidimus Charitati".

A me pare un motivo di grande speranza che il secondo millennio dell'era cristiana si chiuda non solo con la tragedia del secolo ventesimo, ma anche con la consegna al nuovo millennio, da parte di tutti i popoli della terra, delle parole che affidano la loro speranza (di libertà, di giustizia e di pace) ad una disarmata parola: la dignità umana.

Sono convinto che per questa parola sarà abbandonata o prima o poi la parola d'ordine della modernità: pensare e operare "etsi Deus non esset", come se Dio non ci fosse. "Se Dio non c'è tutto è possibile". Anche che la vita umana non abbia alcun senso. Ma allora diviene semplicemente impossibile vivere. Per questo sento di poter concludere che il valore della vita umana nel terzo millennio non sarà più muro o fossato di divisione, ma ponte e territorio di riconciliazione tra le risorse della ragione e quelle della Fede.

On. CARLO CASINI
Presidente del Movimento
Italiano Pro-vita
Italia

L'educazione è ai valori?

Nella civilizzazione tecnica che oggi permea il pensare e il volere dell'uomo, non è facile parlare di educazione. In essa si addestra l'uomo a produrre oggetti di tutto e di tutti, e quindi lo si spinge a dimenticare il proprio essere e quello degli altri. Così bloccato nella "produttura" – se si potesse usare questo neologismo linguisticamente e foneticamente non elegante – oggi, a torto, chiamata cultura, lo sguardo dell'uomo s'indebolisce a tal punto da scambiare i surrogati del reale, quali sono proprio gli oggetti produttivamente sognati dal suo *cogito*, per il reale stesso.

Nel mondo dei surrogati, che funzionano come se fossero la realtà stessa, l'uomo viene non tanto educato quanto impraticchito nel saper funzionare, allo scopo di renderlo capace di sopravvivere sempre più comodamente. L'educazione dell'uomo lascia il posto alla formazione del funzionario, efficiente dal punto di vista del fare qualcosa di qualcosa. L'utilità della funzione, prodotta dall'uomo, surroga in lui il senso stesso della vita; egli cambia non se stesso ma le sue funzioni e quelle degli altri.

I sofisti moderni che seguono come esempio i sofisti ateniesi, rendendosi conto che il

cogito ergo sum si traduce nel *fungor ergo vivere possum*, vendono ai concittadini le varie conoscenze intorno al produrre le cose che li aiutino non solo a sopravvivere, ma anche a sopraffarsi l'uno con l'altro. Infatti, il funzionamento dei surrogati del reale immerge la società nella dialettica "servo-padrone". In fin dei conti, anziché avere a che fare con la società, ci si trova nella necessità di dover far fronte alle collettività dei funzionari di economia, di politica, di sesso, di matrimonio, di famiglia, di scienze, di filantropia e così via. Gli uni producono "pane" che serve a sopravvivere più o meno piacevolmente, mentre gli altri producono "divertimenti" (Pascal) che servono a dimenticare il reale. Sopravvivendo comodamente nella dimenticanza del reale, si sgravano dell'obbligazione morale a vivere degnamente.

Il *cogito-fungor* degli uni e degli altri, allontanandoli dall'essere, li conduce a quel surrogato della salvezza desiderata qual è questa o quella Funzione *u-topica*, vale a dire una funzione eretta a ideale. Per il *cogito-fungor* non ha nessuna importanza se l'ideale sia vero o meno, basta che funzioni come se lo fosse. Il *cogito-fungor* non pensa nemmeno alle conseguenze deva-

stanti del proprio fare che, spogliato del desiderio di conoscere il vero e di amare il bene, conduce l'uomo al non-essere *u-topico* e, di conseguenza, all'in-idoneità a vivere con questo fiore, con questo bosco, con questo uomo. L'alterità di ogni essere lo spaventa e lo sconvolge.

I funzionari delle utopie, a titolo di esempio menziono soltanto l'utopia comunista o quella del benessere, condannano tutti al comportamento forzato, il che è educazione *à rebours*. Trattano l'uomo come se fosse un computer da programmare. I computer funzionano meglio degli uomini sul piano dell'efficacia e della velocità delle loro operazioni, ma finora nessuno parla dell'educazione di questi congegni. Anzi, il *brainwashing* che precede la "programmazione" degli uomini provoca in essi lo squilibrio mentale e l'insania.

Nemmeno la Chiesa è immune dal rischio dell'educazione sofista. Tale educazione frammenta l'unità della vita spirituale dei credenti e travia la loro fede, sicché molti di loro, invece di lottare per il senso salvifico della vita, si travestono da funzionari e lottano per le cose che permettono loro di sentirsi a proprio agio esattamente nel mondo delle funzioni. Alla fede salvifica sostituiscono oggi questo domani quell'oggetto insieme con i quali sono alla mercé del *cogito-fungor*. Così coloro che sono educati sofisticamente non entrano nel dialogo con nessuno. Infatti, gli oggetti non dialogano, essi lottano per avere più alto prezzo.

La vita spirituale dell'uomo si compie proprio nel dialogo. Dialogando, egli si unisce con l'identità sacra dell'altro, sacra in quanto essa non dipende da nessuno degli uomini. L'identità di ogni essere è un



dono che viene continuamente fatto dal Pensiero creante di Dio. Il dono è da adorare. Adorandolo “in spirito e verità” (cfr. Gv 4, 23-24), l'uomo adora il Principio di ogni dono, vale a dire Dio. Lo adora contemplando alla Sua luce questa montagna, questo fiore, questo lago, ma Lo adora soprattutto contemplando un altro uomo che, a sua volta donandoglisi, anche entra nel dialogo con lui; e, contemplandolo, adora Dio.

Chi adora i propri *cogitata* è costretto a costruire i cosiddetti consensi, altrimenti la sua adorazione perde di significato. Il funzionario che non riesce a costruire consenso non funziona, il che per lui vuol dire non vivere. In fin dei conti, la vita “spirituale” dei funzionari, che consiste proprio nel costruire consensi, non è che una lotta per raggiungere sempre più alte funzioni, in quanto sono queste che fanno aumentare o abbassare il prezzo-valore della vita. Non lasciarsi scartare, anzi non lasciarsi superare dagli altri! Ecco il fondamento e l'ideale della morale e dell'educazione dei funzionari, morale ed educazione che in fondo si riducono ad una politica scadente.

Per i funzionari che non si sentono più grandi del mondo in cui vivono, la libertà rivoltante nell'unione disinteressata dell'uomo con il bene, che non serve a aumentare l'avere e il potere, è pietra di scandalo. La beffano, l'emarginano e presentano quelli che aspirano ad essa come arretrati. Per i funzionari colui che ama cose inutili ad aumentare

l'avere e il potere ha un ramo di pazzia perché incaglia il progresso tecnico. Orientato alle realtà che si trovano al di là di esso, egli si preoccupa della direzione del progresso stesso e, in tal modo, turba la pace dei funzionari che lo fanno. Per i funzionari egli dà fastidio perché, non nascondendo di essere obbligato dalle e alle realtà invisibili, li costringe a pensare. Socrate è stato ucciso da quelli che erano “abilissimi a educare e rendere quali vogliono che siano e giovani e vecchi e uomini e donne”¹. Per lui la libertà consisteva nello scegliere non ciò che si vuole, ma ciò che si deve volere. Oggi, quando tante forze congiurano contro l'uomo per costringerlo ad accettare la condizione propria del “servo utile” a produrre dall'inizio alla fine della sua vita cose visibili, le parole di Socrate suonano ancora più profetiche: “Convieni riconoscere che in una costituzione politica sul tipo delle attuali, chiunque si salvi e divenga quale si dev'essere, se dirai che si salva per un favore divino, puoi esser certo di non dire una bugia”².

La situazione diventa ancora più pericolosa, quando la pura exteriorità di Stato, fatta delle funzioni amministrative, totalitariamente tende a rendere amministrabili i cittadini. L'esteriorità di Stato non sopporta l'essere persona degli uomini perché l'estasi, che è la persona, trascende tutte le funzioni e la loro amministrabilità. I funzionari incatenati all'esteriorità dell'amministrazione, devastando questo essere dell'uomo amore estatico della verità e del bene che sono più grandi dell'utilità e dell'efficacia, chiudono la porta in faccia al dono della libertà. Negli istanti sparpagliati nel tempo e staccati l'uno dall'altro, perché non c'è nessun istante che possa unirli, la libertà si riduce alle cosiddette libere scelte, vale a dire alle reazioni agli stimoli attuali e visibili.

I funzionari del visibile, non orientandosi verso la Trascendenza invisibile dalla quale proviene la libertà dell'uomo, non sanno governare gli uo-

mini liberi. Non cogliendo il loro essere amore delle cose più grandi del mondo visibile, cadono nell'in-idoneità alla comunione delle persone. Si mettono insieme con gli altri solo quando ne hanno bisogno per poter fare qualcosa. Realizzato il prodotto, si separano. Nel loro mondo il tradimento e la fedeltà sono categorie ignote. Infatti, la fedeltà e il tradimento hanno luogo soltanto nel mondo edificato nella conoscenza e nell'amore dell'essere, mai nel mondo delle funzioni. Solo l'uomo che, conoscendo e amando l'essere degli altri, si identifica con esso fino a diventarlo, sa cosa vuol dire essere fedele ovvero tradire.

Nella Chiesa, la mentalità propria dei funzionari, corrompendo l'amore, corrompe il lavoro dell'evangelizzazione. È una corruzione dell'amore, della conoscenza e del lavoro. Questa corruzione si manifesta nell'affaccendarsi dei cristiani e dei loro pastori per tante cose, mentre trascurano questa “una cosa sola” senza la quale tutte le altre cose passano e svaniscono nel nulla. Quando nei cristiani e nei loro pastori non traluce la Parola che “educe” gli uomini dall'oscurità e dall'incomprensibilità della loro immanenza e li conduce alla libertà-amore che li rende comprensibili e salvi, la Chiesa dà l'impressione di essere un'associazione fondata per svolgere questa o quell'attività sociale. Le vocazioni vengono ostacolate e fermate perché i giovani intravedono la contraddizione in cui si trova l'evangelizzazione con l'amministrazione propria dei funzionari. Il meccanismo della pura exteriorità d'amministrazione prima o poi sarà sostituito dal computer, e l'uomo non si sente chiamato a diventarlo.

Il pastore *educe* e *conduce* il gregge; egli è educatore. È un lavoro difficile.

In cosa consiste, allora, l'“educazione”?

Etimologicamente la parola “educazione” significa una azione particolare, quella di condurre fuori (“edurre”, educare) un uomo da uno stato di ignoranza per condurlo allo



stato in cui egli si trovi davanti alle nuove evidenze. L'educatore risveglia. Il risvegliato, l'"edotto" cioè dal sonno, entra nel mondo reale dove vede come stanno le cose. Vi si sente libero dalle cose sognate, alle quali si arrendevano la sua ragione e la sua volontà immerse nel sonno.

Educato è l'uomo nella misura in cui egli permette alla verità degli esseri di difenderlo dal caos proprio del mondo irreale. Il mondo reale fa resistenza alle voglie e ai calcoli dell'uomo. Esige che egli si adegui agli altri, il che significa abbandonare le comodità di cui godeva nel mondo sognato. La verità degli esseri chiama l'uomo a convertirsi ad essi, il che costituisce l'essenza stessa dell'educazione. Infatti, colui che si converte viene edotto dal sognare opinioni e condotto a convivere con gli altri. È un passaggio pasquale che non è mai facile.

La liberazione dell'uomo, che accade nella conversione, inizia nel suo diventare domanda: "Da dove vengo e dove vado?" Questa domanda, mirando all'Invisibile la cui imperitura presenza in tutti gli istanti della vita fa sì che, in essa, ogni finire non è che un iniziare, libera l'uomo dalle cose visibili, che passano. L'uomo edotto e condotto da questa domanda all'Altro sfiora il senso della vita.

Nella domanda "Da dove vengo e dove vado?", provocata dall'esperienza del tempo che l'uomo è dalla nascita alla morte, in qualche senso si esprime la Memoria di quell'Altro che è eternità. In questa domanda vibra la speranza che la fine della vita non nega il suo inizio, ma lo conferma e gli dà rilievo. La domanda "Da dove vengo e dove vado?" costituisce il principio dell'educazione nel senso più profondo del termine. Educatore è chi aiuta l'uomo a diventare questa domanda. Per poterlo fare, egli stesso deve già saper unire l'inizio e la fine della vita nel domandare con tutto se stesso: "Da dove vengo e dove vado?" Colui che sa unirli sa vivere, perché solo lui sa morire e ri-nascere. Muore e ri-nasce domandan-



do: "Da dove vengo e dove vado?". Muore e ri-nasce cercando "una cosa sola" che gli manca (cfr. Mc 10, 21), cercando cioè quell'Altro che è il Principio, dal quale viene, e la Fine, alla quale il "novo peregrin d'amore... volge il disio"³. Qualsiasi altra educazione ferma l'uomo nelle cose che, staccate dall'unità della fine e dell'inizio della vita per mancanza della domanda "Da dove vengo e dove vado?", rispecchiano solo il suo essere chiuso nell'umano. Vedendo se stesso negli altri e nelle cose come negli specchi, l'uomo vede soltanto questo o quello *hic et nunc* a cui è ridotto e la cui ultima parola l'ha il piacere. Le tautologie, non solo quelle omosessuali, non hanno mai il carattere educativo; non "educono" l'uomo da se stesso.

L'educazione dell'uomo inizia nel corpo. È il suo corpo che per primo indica all'uomo la via d'uscita da se stesso. Nella presenza della persona sessualmente differente, l'uomo comincia a intravedere la direzione in cui bisogna che si orienti il suo essere estatico in cerca del Principio e della Fine. La vita vissuta al di là della differenza sessuale fuorvia la domanda stessa "Da dove vengo e dove vado?" e fa sì che l'uomo si comporti in modo balordo; è "male edotto", cioè maleducato.

La differenza sessuale "educa" la persona da se stessa e la conduce ad un'altra persona. Le libera tutte e due dalla solitudine in cui nessuna arrivava a comprendere se stessa. Infatti, l'uomo-maschio non comprende il suo essere che alla

luce dell'uomo-femmina e viceversa. La verità dell'essere di ciascuno di loro si svela solo quando essi si rivelano l'uno all'altro. Laddove la differenza sessuale viene dimenticata, l'educazione dell'uomo è già fallita. È fallita per l'impossibilità di camminare alla verità e al bene dell'uomo. Oserei dire che, non accettando questa differenza, l'uomo chiude la via che lo conduce a cogliere l'Alterità di Dio già nel domandare: "Da dove vengo e dove vado?".

In altri termini l'uomo, nella misura in cui trascura e dimentica la differenza sessuale, non si orienta al senso della vita, senso la cui alterità comincia a tralucere già nell'alterità dell'altra persona. Se l'alterità del senso della vita comincia a manifestarsi nella differenza sessuale, questo senso obbliga l'uomo a non fermarsi in essa; la differenza sessuale apre soltanto la via. Il senso stesso, traluce nel visibile, rimane invisibile e chiama ad andare oltre. È l'Invisibile che obbliga l'uomo nel senso profondo della parola, non il visibile. Dunque, è l'Invisibile, e non il visibile, a educare l'uomo.

Possiamo, penso, fare a meno delle spiegazioni del perché il mondo costituito dalle funzioni non conosce la fedeltà né il tradimento. Solo l'Invisibile che non si identifica con alcuna funzione esige e chiama l'uomo alla fedeltà incondizionata. Proprio chiamandolo ad essa, lo "educa"; lo educa. Però, l'uomo può essere fedele all'Invisibile solo in quanto Esso traluce nel visibile. Perciò la fedeltà dell'uomo all'Invisibile si compie nella fedeltà al visibile in cui l'Invisibile gli si rivela e gli si dona, sicché colui che abbandona questo visibile tradisce tutti e due. Amare l'Invisibile come se si abbandonasse il visibile e amare il visibile come se si abbandonasse l'Invisibile: ecco il segreto! Cristo ha rivelato questo segreto e solo Lui tra gli uomini ha saputo realizzarlo in modo divinamente perfetto.

Allo stesso tempo la fedeltà all'Invisibile, compendosi nella fedeltà al visibile,

esige che l'uomo abbandoni il visibile stesso e ascenda sempre un po' più in alto. Altrimenti egli non potrà mai essere fedele all'Invisibile. Per mancanza della fedeltà all'Invisibile, la sua fedeltà al visibile è già fallita, perché non cerca di salvarlo.

La fedeltà e il tradimento si riferiscono, evidentemente in modi diversi, al senso della vita dell'uomo. Di conseguenza, l'uomo fedele all'Invisibile traluce nel visibile è fedele a se stesso. Quando tradisce questa totalità duale, tradisce il proprio essere orientato ad essa.

Il senso della vita, in qualche modo presente già nella domanda "Da dove vengo e dove vado?", si manifesta come unità del Principio e della Fine. L'uomo viene dal Principio e va verso la Fine nella quale spera di poter ritrovarlo. L'avrebbe, allora, perduto? Quando? La risposta può essere solo questa: *in illo tempore*. Per questo vive questo Principio, come se lo continuasse a perdere in ogni *hic et nunc*. Alla luce di ciò che accade *in illo tempore* vede come stanno le cose che passano e come bisogna comportarsi per rendere giustizia ad esse. La sua educazione dovrebbe essere orientata proprio a ciò che accade *in illo tempore* e da cui proviene la verità di tutto ciò che esiste *hic et nunc*. Solo l'uomo teso verso le realtà che continuamente avvengono da non passare mai sa come comportarsi in ogni situazione. È preparato alle cose nuove; nessuna lo coglie di sorpresa e alla sprovvista.

Così vengono educati Abramo e suo figlio, Isacco, alle pendici del monte nel paese Moria. Tutti e due cercano il senso della vita, provveduto da Dio (cfr. *Gen* 22, 7-8); il padre lo cerca nell'alterità del figlio e il figlio nell'alterità del padre. Si affidano alla verità che credono essere d'origine divina, e sperano di non dover essere delusi da essa. Per Abramo, questa verità riluce in Isacco; per Isacco, invece, essa brilla in Abramo. L'uno *auget*, arricchisce, la fiducia dell'altro, ponendo in lui la propria. L'uno per l'altro

diventano *auctoritas*, cioè realtà in cui traspare l'Invisibile "perduto", desiderato e cercato da loro insieme. Unendosi così l'uno con l'altro si mettono sulla via del ritorno. Da dove? Dall'"esilio". Ascendono, salendo sulla cima...

Nell'affidamento dell'uomo all'uomo, la domanda "Da dove vengo e dove vado?" non cessa di essere domanda, ma si approfondisce, se posso dire così, nella direzione dell'Invisibile. Diventa sempre più attesa rivolta a ciò che, pur accadendo nel tempo che passa, non si identifica con esso. L'uomo affidato è affidabile; non lasciandosi divorare dal *saeculum* che, come dice Tacito, *corrumpit et corrumpitur*, non si lascia corrompere e non corrompe gli altri. Solo chi non è corrotto dalle cose che passano, solo chi non è, cioè, secolarizzato è idoneo a educare gli altri. La trasparenza del suo essere visibile permette loro d'intravedere l'Invisibile da cui, come dal sole, s'irradiano tutto e tutti. Proprio questo significa essere educati.

L'uomo educa l'altro nella misura in cui gli si rivela. L'educatore si dona all'educando. In altri termini, l'educatore muore a sé. Muore a sé affidandosi all'altro. Perciò risorge in lui, in quanto l'altro gli si affida a sua volta. Abraham muore a sé e risorge in Isacco, ma anche Isacco muore a sé e risorge in Abramo. Tutti e due, educandosi l'un l'altro, vengono educati. Gli ineducati non risorgono, perché non sanno morire.

Gli ineducati cadono nella solitudine, nella quale l'ineducazione dell'uomo alla reciprocità di donare e di ricevere si manifesta nell'arrendersi alla dialettica "servo-padrone", in cui il "padrone" ammaestra il "servo" e il "servo" ammaestra il "padrone" a seconda dei propri bisogni. La solitudine ha sempre un carattere polemico, talvolta addirittura aggressivo. L'utilità e la comodità conducono il "servo" e il "padrone" lontano dall'Invisibile "perduto" *in illo tempore*, dandoli in preda alle cose di qualche prezzo.

Colui che si ferma nelle cose utili e comode fino a identificarsi con esse sarà sempre secondo, come lo sono gli strumenti che servono a qualcosa. Sarà sempre vendibile e comprabile; il suo prezzo aumenterà o verrà ridotto secondo le regole del mercato.

Primo è solo chi si lascia *edurre* da sé e condurre all'invisibile Altro. Primi sono Abramo, Isacco e Giacobbe, perché, ardendo di Colui che soltanto è, non hanno alcun prezzo; non sono vendibili né comprabili. Essi possono soltanto offrirsi. Ciascuno di loro è dignità che rappresenta un ideale per sé. Vivono nel mondo delle cose visibili, ma non appartengono ad esso. Prendono le misure per sé dall'Alterità del Divino desiderato e cercato da loro; si misurano non con il loro tempo, ma con l'eternità che Egli è. La comprensibilità di Abramo, d'Isacco e di Giacobbe proviene dal fuoco di cui essi ardono e che permette loro di presentarsi con le parole: "Io sono". Provenendo *da* e andando *alla* Realtà che avviene *in illo tempore*, vivono il tempo della loro esistenza terrestre come tempo del divenire e non, invece, come tempo della corruzione.

La dignità richiede l'eroismo dell'*agere*, vale a dire l'eroismo proprio del conoscere la verità e dell'amare il bene. La dignità non è qualcosa di acquisito. Essa *fit*. Si compie proprio nel morire a sé e nel risorgere nell'amato e conosciuto. Chi non si decide a pensare e ad esistere eroicamente, vuol dire che non è idoneo a dire all'altro: "Io sono te e tu sei me", non sarà mai dignità. Nella sua inidoneità all'eroismo si manifesta la sua in-educazione. Degna mente si comporta soltanto chi dice all'altro: "Io sono te e tu sei me". È la dignità che educa l'altro, chiamandolo ad essere anche dignità, cioè a risponderle: "Anche io sono te".

L'in-educazione dell'uomo si manifesta nella sua inidoneità al dire: "Io sono te e tu sei me" nel matrimonio, nella famiglia, nell'amicizia. Essa si manifesta nella sua in-ido-

neità alla mediazione ponti-ficiale tra gli uomini e Dio, e in modo particolarmente doloroso in quella propria del sacerdozio nel senso stretto della parola. Le tragedie nei matrimoni, nelle famiglie, nelle amicizie e nella stessa Chiesa risultano dal fatto che molti sposi, molti amici, molti sacerdoti sono piuttosto “semplici operai” (*homines fabri*) che “ponte-fici”. Non costruiscono ponti che uniscono gli uomini l’uno con l’altro e tutti con l’Altro. In altre parole, gli in-idonei all’eroismo non si convertono agli altri. Di conseguenza, non intravedono il senso e la grandezza della vita. Questa è la tragedia stessa dell’in-educazione dell’uomo.

Colui che non pensa e non esiste eroicamente non ha davanti a sé il Futuro più grande del tempo. Non avendo dove andare *in saeculo*, verrà facilmente corrotto. L’uomo secolarizzato fa tutto da solo perché, non essendo edotto da sé, non arriva agli altri. Chiuso nel privato, diventa – direbbero i Greci – *idiotes*. L’“idiota” non si unisce con l’altro, nemmeno lo cerca, proprio per questo è “idiota”. Riducendo tutto e tutti, incluso se stesso, all’oggetto di qualche prezzo, frantuma l’insieme organico dell’amore, della conoscenza e del lavoro. Li trasforma nelle tecniche del fare queste o altre cose. Fa l’amore ma non ama, perché non arriva all’altro; fa la conoscenza ma non conosce, perché non arriva all’altro; e, di conseguenza, fa il lavoro, ma non lavora, perché, non arrivando all’altro, soltanto produce gli oggetti da vendere, nei quali non offre se

stesso agli altri. Il suo amore, la sua conoscenza e il suo lavoro si ammalano. Perdonano la forza educativa perché nelle tecniche d’amare, di conoscere e di lavorare non si rivela la verità dell’uomo, verità che lo rende libero. Infatti, la verità dell’uomo non si dona mai agli “idioti” perché gli “idioti” non si donano l’uno all’altro.

La luce dell’Invisibile, la cui Memoria (*anamnesis*) l’educatore ridesta nell’intimo dell’uomo, rischiarerà tutto e tutti intorno. Proprio questa luce libera l’uomo dall’“idiozia” e lo conduce alla saggezza propria dell’amore, della conoscenza e del lavoro. Uno solo è l’educatore dell’uomo: l’Invisibile. “Non vogliate essere chiamati maestri, perché uno solo è il vostro maestro, e voi siete tutti fratelli” (Mt 23, 8).

L’educatore educa nella misura in cui si apre e invita l’altro ad entrare dentro per abitarvi con lui. “Maestro, dove abiti?”, chiesero Andrea e Giovanni a Cristo. “Venite e vedrete”, Egli rispose loro. “Andarono, dunque, e videro dove abitava, e rimasero presso di Lui quel giorno” (Gv 1, 38-39). Colui che non ha nulla da rivelare, anzi, ha tante cose da nascondere, non sarà educatore.

Da rivelare è la casa, da nascondere, invece, è la baracca.

È solo nella casa che l’uomo sente il “tu” rivoltagli da chi l’ha invitato ad entrarvi. Questo “tu” lo risveglia, sicché egli entra nel mondo reale costituito dal suo “io sono” e dalla situazione in cui gli è stato dato di esistere e di vivere. Nel mondo reale, diverso da quello sognato dal suo *cogito*, l’“io sono” dell’uomo sta davanti a lui come un primordiale dono e allo stesso tempo come un primordiale compito. L’“io sono” non risulta dal *cogito* di nessuno e, di conseguenza, non si identifica con nessun *cogitatum*. Esso si ridesta nell’uomo e egli se ne ricorda. È come se il suo “io sono” non fosse sua proprietà, pur essendo suo. Ricordandosene, l’uomo entra nel lavoro che l’Altro compie *in illo tempore*. Di conseguenza, ascendendo al suo “io sono”, l’uo-

mo trascende il tempo. Non si lascia secolarizzare. Resiste.

L’uomo ascende al suo “io sono”, affidandosi a colui che lo chiama con il “tu”. Per poter, allora, diventare se stesso, cioè “io sono”, bisogna prima morire a sé. Solo così l’uomo risorge come “io sono”. Ciascuno è “io sono” nell’altro. Non lo sono gli “idioti”, perché non vi arrivano. Secolarizzati, gli “idioti” si lasciano corrompere dal tempo.

L’“io sono” suona divinamente. Esso arde dell’“Io Sono Colui che Sono”. Al suo “io sono” l’uomo ascende, ascendendo all’“Io Sono Colui che Sono”; abbandona se stesso per poter essere davvero se stesso. Proprio per questo l’uomo è sacro, come lo è il rovelto ardente. Davanti al proprio “io sono”, egli si sente chiamato a “togliere i sandali dai piedi” (Gen 3, 5). L’Amore quale è l’“Io Sono Colui che Sono”, irradiandolo, lo libera dall’“idiozia” e lo conduce alla libertà che è una sola, ed è quella divina. Non è facile essere educato, vuol dire libero, perché non è facile diventare simile a Dio.

La casa in cui ciascuno è “io sono” si fonda sulla relazione “padre-figlio”. La edificano Abramo e Isacco sul pendio del monte nel paese Moria; la edificano il padre che corre incontro al figlio prodigo e il figlio prodigo che ritorna al padre; la edificano gli amici che sono “in cammino” per questo o per altro Emmaus (cfr. Lc 24, 13); la edificano tutti coloro che cercano la verità e il bene affidati alla loro conoscenza, al loro amore e al loro lavoro. Nella relazione “padre-figlio” si ridesta negli uomini l’autocoscienza nella quale si ricordano di quell’Altro che il Vangelo dice loro di chiamare “Padre”. E grazie a questa relazione gli uomini scoprono, “si ricordano” di essere amati e conosciuti “prima della creazione del mondo” (cfr. Ef 1, 4). “Non chiamate nessuno “padre” sulla terra, perché uno solo è il Padre vostro, quello del cielo. E non fatevi chiamare ‘maestri’, perché uno solo è il vostro Maestro, il Cristo” (Mt 23, 9-10).



Se le cose stanno così, l'educazione si compie nell'*adaequatio filii cum Patre, personae cum Persona*, ed è in questa *adaequatio* che si rivela la verità indicata e mirata dalla domanda che l'uomo diventa: "Da dove vengo e dove vado?". In altre parole, la domanda sul senso della vita inizia la generazione spirituale dell'uomo.

Quando l'attivismo sfrenato degli "idioti" distrugge l'uomo e, di conseguenza, la società e la natura, i medici-sofisti vendono varie pomate, da loro chiamate valori, per ungere le parti dolenti sia dell'uomo che della natura. Se sono teologi, parlano di Dio come se pure Lui fosse uno dei valori, evidentemente il più grande.

Non mi metto contro i valori, tutt'altro! Mi pongo soltanto contro i sofisti che ne fanno oggettida vendere. I sofisti hanno ucciso Socrate le cui domande proprio sui valori (cosa è la giustizia, cosa è la pace? ecc.), che essi dicevano di conoscere e di praticare, li mettevano alle strette.

La casa in cui dimoriamo è edificata indubbiamente sopra diversi valori. Vi troveremo valori vitali, economici, politici, estetici, morali. Alcuni di essi li possediamo; alcuni, invece, ci chiamano a diventarli piuttosto che a possederli. I valori posseduti servono per la nostra sopravvivenza come pure per la nostra comodità, senza gli altri, invece, non potremo essere dignità. La differenza tra i valori da possedere e quelli da essere emerge dal modo in cui li conosciamo e li realizziamo.

Le cose appaiono come valori da possedere all'uomo che vede la loro utilità calcolabile per il proprio fare e avere. La sua ragione (*ratio*, da *reor*, *ratum*, calcolare) ne calcola il valore o meglio il prezzo, e "conosce" il proprio calcolato, vale a dire la propria costruzione. Prescinde dal fatto che gli esseri sono veri, buoni e belli (*ens*, *bonum*, *verum et pulchrum convertuntur*)⁴.

I valori da diventare non dipendono dall'uomo. Si offrono a lui, commuovendo e muovendo tutto il suo essere

ad identificarsi con essi senza che egli diventi loro padrone. Questi valori l'uomo li compatisce. La com-passione lo rende "prossimo" dell'essere che l'ha commosso e mosso così. Il buon Samaritano, passando accanto ad un uomo aggredito dal male, "lo vide e n'ebbe compassione" (Lc 10, 33). Senza dubbio quell'uomo aggredito dal male era in sé un bene, un vero, ma per il sacerdote e per il levita non rappresentava alcun valore. Essi probabilmente erano presi e mossi dagli altri beni che secondo i calcoli della loro ragione tenevano il primato.

Non è un caso che subito dopo aver raccontato la parabola del buon Samaritano san Luca parli della visita di Cristo a Marta e Maria. Maria "sedutasi ai piedi di Gesù, ascoltava la sua parola; Marta invece era tutta presa dai molti servizi. Pertanto, fattasi avanti, disse: 'Signore, non ti curi che mia sorella mi ha lasciata sola a servire? Dille dunque che mi aiuti'. Ma Gesù le rispose: 'Marta, Marta, tu ti preoccupi e ti agiti per molte cose, ma una sola è la cosa di cui c'è bisogno. Maria si è scelta la parte migliore, che non le sarà tolta'" (Lc 10, 39-42).

Intravedere che l'essere è "vero" (*verum*) e "buono" (*bonum*) ancora non significa viverlo come valore da diventarlo. Di un tale valore questo essere si accende nell'uomo, quando egli si lascia commuovere dalla verità, dal bene, dal bello dell'essere che lo chiama a difenderli, se sono minacciati, oppure a compierli, se sono ancora inadempiti. Chi risponde: "No!" a questa chiamata, commette ingiustizia, distrugge la pace, chi, invece, dice: "Sì!", fa giustizia, fa pace... La com-passione non gli permette di trattare l'essere che lo chiama come oggetto utile al suo fare e al suo possedere. La compassione lo urge a trattare questo essere come soggetto che può donarsi (la persona) oppure, *mutatis mutandis*, che gli è stato già dato (la cosa). Tra l'uomo e l'essere che lo chiama a difenderlo o ad aiutarlo il valore emerge come realtà

ancora da realizzare nella conoscenza e nell'amore, nel senso profondo di questi termini. Unendosi così con questo valore, l'uomo si unisce con l'essere stesso. Dopo aver adempiuto tale *con-summatum est*, può fare tutto ciò che vuole; il suo *facere* sarà trasfigurato dall'*agere* (conoscere e amare). Nelle sue libere scelte si esprimerà la libertà dell'amore e l'amore della libertà.

Questi valori, dunque, dipendono sia dagli esseri stessi che sono "buoni" e "veri" – vuol dire amati e conosciuti "prima della creazione del mondo" – sia dall'uomo che nella sua compassione si sente chiamato a ri-amarli e a ri-conoscerli. Ri-amandoli e ri-conoscendoli, pensando cioè ed esistendo nella dimensione metafisica, l'uomo con-cresce con gli esseri. Anzi, ascende al di là del "bene" e del "vero" dell'essere perché ascende al loro Inizio e alla loro Fine, proprio a Dio. È Lui che, rivolgendosi all'uomo con il "tu" attraverso il "vero", il "bene" e il "bello" di ogni essere, lo conduce a Lui stesso, vale a dire alla Santità.

L'educazione, se non è alla santità, si riduce ad insegnare all'uomo a fare questa o quella cosa, il cui valore dipende da un lato dalle situazioni e dall'altro dalle voglie e dalle capacità di calcolare. L'educazione è legata, abbiamo detto, con la casa. L'educazione, allora, che non è alla santità dell'uomo, santità che trascende tutti i valori, lo getta nelle baracche.

Tutti i valori, anche quelli da avere, scompaiono appena l'uomo cessa di compierli. Esistono finché l'uomo li realizza, calcolandoli (valori da avere) o com-patendo con l'altro (valori da essere). In tutti e due i casi, l'uomo si identifica con ciò che vale per lui. Identificandosi con i valori da avere, egli diventa oggi questo domani quell'oggetto calcolato, il che taluni chiamano "autocreazione". Essa, invece, non è che un maltrattamento dell'uomo, maltrattamento reso possibile dalla sua dimenticanza di sé. Compiendo, invece, i valori da essere, l'uomo esiste come soggetto

sovrano, non posseduto cioè da niente e da nessuno. Infatti, chi può impadronirsi dell'uomo in cui si svolge l'avvenimento dell'amore, della fede, della speranza, l'avvenimento della verità, della giustizia, della pace e di tanti altri valori inafferrabili alle mani posses-

sive? L'essere soggetto, avvenendo nel suo compiere i valori la cui validità deriva dalla santità alla quale l'uomo è orientato, non sarà mai qualcosa di acquisito una volta per sempre. L'uomo diventa soggetto lavorando continuamente; è nel suo lavorare che egli viene edotto "dalla polvere del suolo" (cfr. *Gen* 2, 7) e condotto alla Libertà di Dio creatore che *semper laborat* (cfr. *Gv* 5, 17).

L'essere soggetto dell'uomo risulta, da un lato, dal suo continuo lavoro filiale e, dall'altro, dal continuo lavoro del Padre. Il Padre sempre genera e crea. Quando dice all'uomo: "Tu sei mio figlio, oggi ti ho creato", gli dona se stesso, e quando Dio fa un dono, lo fa in modo divino; non mantiene nulla per sé. Nemmeno se stesso. Il Padre è assolutamente povero. Egli soltanto è Padre, vale a dire Amore; "Sono Colui che Sono" (*Es* 3, 14); "Dio è amore; chi sta nell'amore dimora in Dio e Dio dimora in lui" (*1 Gv* 4, 16). Questa è la verità dell'essere Soggetto divino e dell'essere soggetto umano che Lo diviene. Alla povertà paterna di Dio l'uomo deve rispondere con la povertà filiale che è ancora da realizzare.

Tutto ciò vuol dire che i valori da essere, della cui realiz-

zazione decide l'uomo, lo raggiungono come doni. Solo dalla sua decisione di riceverli laboriosamente o meno dipende se egli esisterà come soggetto oppure come oggetto. L'idoneità a riceverli viene meno quando l'uomo idolatra la sua ragione e la sua volontà, e, di conseguenza, quando riduce la libertà alle cosiddette libere scelte. Le libere scelte che non emanano dalla libertà fanno naufragare l'uomo nel caos in cui egli, nel migliore dei casi, cerca la salvezza nel *moralismo* oppure nell'*estetismo*, vale a dire nel possesso dei valori morali o di quelli puramente estetici.

Gli *idioti* possono aumentare il loro possesso, anche quello morale (possesso delle virtù) ed estetico, ma non il loro essere. Perché l'essere dell'uomo possa crescere, egli stesso dovrebbe saper arrivare all'altro. Malgrado le apparenze, gli *idioti*, che non arrivano *al* e non si uniscono *con* l'altro, non conoscono il reale e non lavorano realmente, perché amano soltanto le proprie costruzioni. Avere il Premio Nobel non significa per questo che non si è *idioti*, il quale non arriva al reale differente dal suo *cogito*.

L'essere dell'uomo cresce solo quando concresce con un altro essere; concresce con esso con-templando la sua identità. L'identità di ogni essere rappresenta un *templum*, un tempio, e il tempio non è più tempio per chi fa tutto per impossessarsene. Il possesso è divisibile, perché divisibile è il posseduto stesso. Il *templum* diviso non è più *templum*. Se il *verum, bonum, pulchrum* fossero divisi ciascuno in se stesso, sarebbe diviso quell'Altro a cui essi ci rimandano. Sarebbero divisi anche la nostra conoscenza della verità e il nostro amore del bene, vale a dire il nostro essere persona. Essere diviso significa essere calcolabile. Non lo sono né Dio né l'uomo.

Non ascendendo, allora, al di là dell'avere, perfino al di là del possesso delle virtù, non edificando cioè la casa con quell'Altro che è assolutamente povero e che noi chiamiamo Padre, l'uomo non

con-templatur, vale a dire egli stesso non diventa *templum*. Non lo diventa perché non entra nel *templum* dell'identità degli altri. Intendo proprio questo quando parlo del crescere nel con-crescere dell'essere dell'uomo. Non con-templando, non diventando cioè *templum*, l'uomo stesso non è da con-templare. Non dice all'altro e l'altro non dice a lui: "Io sono te e tu sei me". Cammina a tentoni, sperperando "i beni ereditati" (*verum, bonum, pulchrum*), come li sperpera il figlio prodigo nel "paese lontano" della dimenticanza del proprio essere e di quello del padre, del fratello, degli altri coinquilini⁵.

Manca la contemplazione, la conoscenza, l'amore e il lavoro decadono. L'attivismo, anche quello morale, corrompe l'uomo perché lo secolarizza. Maria sedutasi ai piedi di Cristo "si è scelta la parte migliore, che non le sarà tolta", ed è questa: di dire con tutta se stessa all'altro: "Io sono te e tu sei me".

Laddove l'identità dell'uomo è dimenticata, l'uomo non ha dove abitare. La casa è una dimora in cui tutto è orientato al "centro", dal quale proviene l'identità di tutto ciò che si trova nei confini tracciati da questo "centro". Davanti al "centro" l'uomo si inchina nell'adorazione. Se il "centro" non è Dio ma solo qualche cosa che Lo scimmietta, l'adorazione degenera in una prostrazione idolatrica come davanti al "vitello d'oro", il cui possesso dipende dalla ragione e dalla volontà. Non bisogna, allora, meravigliarsi se coloro che adorano "il vitello d'oro" adorano le cosiddette libere scelte della propria ragione e della propria volontà. Negli uomini prostrati davanti ad esse non si accendono più i valori da essere. I prostrati vedono soltanto la terra, anzi, non vedono che quel suo pezzo che si trova alla portata delle loro mani e su cui porre i piedi. Lo calcolano nella spontaneità con la quale le loro libere scelte "rispondono" agli stimoli determinati dalle situazioni. Non riescono ad andare oltre, alla santità della libertà che se non è divina non è li-



bertà. L'idolatria delle libere scelte rappresenta il massimo dell'ineducazione, vale a dire del lasciarsi bloccare da questa o quella cosa. L'idolatria è principio della distruzione della casa, vale a dire principio della distruzione dell'essere filiale dell'uomo e principio della negazione dell'essere paterno di Dio.

Nella società così prostrata, "onesto" è chi sa fare equilibri sociali degli interessi individuali, trattati idolatricamente. Chi, invece, non ha buttato tra gli oggetti usati l'*honestas*, che nella filosofia classica parla dell'unione dell'uomo con il vero e con il bene trascendenti l'utilità e il piacere, viene annoverato fra i matti.

L'uomo nel senso più profondo del termine ineducato, l'uomo cioè dominato dal fare e dall'avere, crede di poter fare perfino il "Perduto" di cui è desiderio. Talvolta crede di poterlo fare con l'aiuto dell'etica raggomitolata nella scienza, nella quale le virtù morali rappresentano strumenti per costruire e avere il "regno celeste".

Il giovane ricco pose a Cristo la domanda: cosa devo fare per avere il regno celeste? La risposta di Cristo è stata adeguata a questa domanda etica: "Osserva i comandamenti". Il giovane continuò: "Li ho osservati dalla giovinezza". Allora Cristo lo guardò con amore e gli disse: "Una cosa sola ti manca: va', vendi quello che hai e dallo ai poveri... e seguimi" (Mc 10, 17-21).

L'uomo reso dal possesso ineducabile non coglie con tutto se stesso la chiamata di Cristo a uscire dall'avere, perfino dall'avere le virtù. Egli non comprende che solo gli uomini liberi dall'avere arrivano all'essere e vengono raggiunti dal suo *verum, bonum, pulchrum*...

All'essere si ascende. Sulla cima dell'essere, dove sono saliti insieme Abramo e Isacco, non c'è più nessun avere a cui agganciarsi; lassù l'uomo può soltanto decidersi a compiere un passo definitivo per la sua liberazione; lassù davanti all'uomo c'è solo l'abisso dell'Invisibile in cui gettarsi come una domanda-sfida

plasmata soltanto dalla speranza: "Da dove vengo e dove vado? Ti prego, dimmelo!". Lassù, sulla cima, Abramo e Isacco, irradiati dall'Invisibile, compiono un atto di affidamento così grande alla Santità della Libertà Divina che da quel momento, pur esistendo sulla terra, non appartengono più ad essa. Amano la terra e l'abbandonano⁶. Vivono come se volassero. Lassù, sulla cima, colui che non apre le ali e non si getta nell'abisso con la speranza di poter volare al di là di se stesso nella Libertà dell'invisibile Altro, crolla spiritualmente consegnandosi ai sogni propri dei funzionari.

Il giovane ricco era troppo ricco per poter volare. "Rattristatosi per quelle parole, se ne andò afflitto, poiché aveva molti beni" (Mc 10, 22). Avendo molte virtù, pensava di poter avere anche il Regno celeste. Non era capace di vendere tutto e compiere il passo definitivo. Le virtù possono chiudere l'uomo nell'*idiotia* etica e deformare la sua vita spirituale, sicché egli con le ali, donategli per volare, andrà – direbbe C. K. Norwid – a spazzare le strade. "Beati i poveri in spirito, perché di essi è il regno dei cieli" (Mt 5, 3). "Siate voi dunque perfetti come è perfetto il Padre vostro celeste" (Mt 5, 48).

Nelle assologie staccate dalla metafisica della relazione padre-figlio i valori impazziscono, mentre l'uomo, cercando di viverne, insanisce. I valori impazziti non lo aiutano a spiccare il volo. Contraddicono se stessi. Fermati nel presente, cessano di essere avvenimento della santità. Di conseguenza, vengono facilmente usate nelle lotte politiche. Cosa dicono le parole "pace", "fratellanza", "amore", "speranza" nella bocca dei politici e delle folle da essi manipolate? Il "Regno celeste", visto come oggetto ideale da fare e da possedere, si trasforma in *u-topia*, alla quale viene orientata l'educazione dell'uomo. Educato all'*u-topia*, l'uomo si ammala dell'irreale ascensione. È assente e, quindi, è trattato come tale. Assenti sono i ricchi. La loro assenza li rende maldestri.

Perdono tutto, anche se guadagnano "il mondo intero" (Mc 8, 6).

Se le cose dell'uomo stanno così, unico "manuale" dell'educazione alla povertà divina dell'"io sono" è il discorso di Cristo sulla montagna (cfr. Mt 5 e 6). È lì che nella Memoria dell'uomo si riaccende la domanda: "Da dove vengo e dove vado?", le sue ali s'impennano e si spiegano nel desiderio di spiccare il volo al di là di ogni avere, nella Povertà Divina dell'Amore "che move il sole e l'altre stelle"

STANISLAW GRYGIEL

Professore di Antropologia filosofica
all'Istituto "Giovanni Paolo II"
per studi su Matrimonio e Famiglia
alla Pontificia Università
Lateranense, Roma

Note

¹ PLATONE, *Repubblica*, VI, 492 b.

² *Ibidem*, 492 e, 493 a.

³ DANTE ALIGHIERI, *La Divina Commedia. Purgatorio*, VIII, 1 e 4.

⁴ Sto parlando dei cosiddetti trascendentali della metafisica classica: *ens, verum bonum et pulchrum convertuntur*.

⁵ L'ubbidienza intesa come tale ascendere nella contemplazione degli altri e nell'adorazione di Dio non aliena l'uomo perché ubbidire un altro uomo, contemplandolo, e in fin dei conti ubbidire a Dio, adorandolo, significa seguire la verità della propria identità, il cui compimento in Dio si riflette nella sacra identità degli altri. Con l'alienazione dell'uomo, invece, abbiamo a che fare, quando egli ubbidisce, alle funzioni, "con-templandole", e ai funzionari, "adorandoli".

⁶ Nella prospettiva di questo gettarsi nell'abisso della Santità della Libertà di Dio leggo le parole di Cristo: "Chi ama il padre o la madre più di me non è degno di me; chi ama il figlio o la figlia più di me non è degno di me; chi non prende la sua croce e non mi segue, non è degno di me. Chi avrà trovato la sua vita, la perderà; e chi avrà perduto la sua vita per causa mia, la troverà" (Mt 10, 37-39). L'amore che non abbandona l'amato, affinché anche egli possa salire sulla cima, devasta non solo l'amato, fermandolo per se stesso lontano dal monte (cfr. Gen 22, 4), ma anche l'amante. Non è, allora, amore. Se Abramo non avesse abbandonato suo figlio, Isacco, tutti e due sarebbero rimasti ai piedi del monte insieme con i loro servi, come loro "padroni" e allo stesso tempo "servi".

⁷ DANTE ALIGHIERI, *La Divina Commedia. Paradiso*, XXXIII, 145.

TAVOLA ROTONDA

“I luoghi dell’educazione ai valori”

I: La famiglia

Introduzione Il legame tra l’epidemia di HIV-AIDS e la crisi della famiglia

Nei primi anni dopo la scoperta della malattia ci si è preoccupati poco della famiglia nell’ambito della lotta all’AIDS. Si era pensato anzitutto all’aspetto medico ed epidemiologico della malattia, e perciò alla sua prevenzione tecnica. Oggi non potrebbe più essere così. Il segnale d’allarme è stato lanciato dagli operatori sociali e da coloro che curano i malati fuori dagli ospedali, cioè da coloro che per primi si trovano a contatto con la realtà umana dell’AIDS. In prima linea troviamo le Organizzazioni umanitarie internazionali, tra le quali l’OMS, che attirano l’attenzione su questo legame polimorfo tra AIDS e famiglia che sfugge alle regole e agli schemi, ma che è sempre più al centro del problema della malattia e delle sue ripercussioni.

Ciò è vero a quattro diversi livelli.

1) C’è anzitutto un rapporto di causa ed effetto tra il degrado delle strutture e dei valori familiari e la comparsa e la diffusione dell’AIDS.

2) C’è poi il grave problema che l’AIDS pone alla famiglia: distrugge le famiglie ed i legami familiari, corrode la solidarietà e lo spirito familiare, porta alla morte i genitori e fa rimanere i figli orfani.

3) La famiglia è il luogo migliore per curare la persona malata di AIDS, per aiutarla

ed accompagnarla giorno dopo giorno, per assisterla nel suo cammino verso la morte.

4) Infine, la famiglia dovrebbe essere il punto forte nella lotta contro l’AIDS, il luogo dal quale deve partire il contrattacco, nella misura in cui essa riprende il proprio ruolo educativo, in cui arriva a comunicare i suoi valori ai figli e li apre all’amore vero.

La presente riflessione si limiterà a quest’ultimo punto, quello dei valori propri della famiglia che la mettono in grado di prevenire la contaminazione dall’AIDS nei propri figli. Sono questi valori che devono essere curati, sostenuti e promossi nel quadro della lotta contro l’HIV-AIDS.

1. L’infezione da HIV, segno di una crisi nei valori umani

Malgrado la diversità evidente di contesto e di epidemiologia, la stessa riflessione è valida sia nel campo dell’HIV-AIDS trasmesso per via sessuale, sia nel campo dell’HIV-AIDS trasmesso nel quadro della tossicodipendenza. In entrambi i casi, quello della contaminazione tramite un rapporto omo o eterosessuale, e quello della trasmissione per via di ago o di siringhe contaminate dal virus, troviamo nel soggetto un terreno comune di debolezza psichica: immaturo, poco responsabile per se stesso e per gli altri; disposizione che porta all’atteggiamento a rischio.

In questa debolezza di ca-

rattere del figlio, che lo espone alla contaminazione dall’HIV, si evidenzia, secondo l’espressione stessa di Papa Giovanni Paolo II, una “*sorta di immunodeficienza sui valori esistenziali che non può non riconoscersi come una vera patologia dello spirito*”¹. Questa “*preoccupante crisi di valori*”² “*caratteristica dell’insorgere e del diffondersi dell’AIDS*”³, continua il Santo Padre, trova una delle sue principali origini nella crisi della famiglia. Quando la famiglia è deficiente, distrutta, o infedele alla sua propria vocazione, perde il suo “calore” e viene a svanire, secondo l’espressione figurata di Giovanni Paolo II, l’“*immunologia psicologica e spirituale*”⁴ dei propri figli.

2. La famiglia come luogo di formazione del carattere della persona umana

Se quello è un dato che si constata empiricamente, è pure vero che il clima proprio di famiglia fa sì che i ragazzi trovino in esso delle difese necessarie per superare la sfida che comporta sia l’attrazione verso un’attività sessuale prematura, immatura, poco responsabile, ridotta al puro piacere individuale, sia all’uso e attaccamento alla droga. E ciò è così perché la famiglia diventa il fulcro ed elemento chiave nella formazione del carattere della persona, e quindi guida decisa per l’atteggiamento con gli altri e con l’intera società.

a) *La famiglia, prima e fondamentale scuola per la vita*

Se si può parlare di una *ecologia umana* la *prima e fondamentale scuola* e struttura a favore di essa è la famiglia. Infatti, nel seno della famiglia "l'uomo riceve le prime e determinanti nozioni intorno alla verità e al bene, apprende che cosa vuol dire amare ed essere amati e, quindi, *che cosa vuol dire in concreto essere una persona*". Certamente, qui si parla della "*famiglia fondata sul matrimonio, in cui il dono reciproco di sé da parte dell'uomo e della donna crea un ambiente di vita nel quale il bambino può nascere e sviluppare le sue potenzialità, diventare consapevole della sua dignità e prepararsi ad affrontare il suo unico ed irripetibile destino*" (CA 39).

Ed è qui che tocchiamo il nodo centrale della famiglia, sia come *luogo di educazione* di uomini e donne *padroni di sé*, sia per il contrario, come occasione perduta per l'acquisto di tali valori umani fondamentali. L'educazione nella famiglia prima di tutto è *vita, valori vissuti*, soltanto più tardi e secondariamente è qualcosa di concettuale. La vita vissuta si può fare poi concetto, espressione intellettuale nella riflessione posteriore, per fissare il valore già precedentemente vissuto, diventando allora un valore consapevole.

Riconoscere e desiderare il valore aiuta per incorporarlo alla vita, ma questo non è



scontato ed automatico. La scuola ed altri mezzi di formazione possono aiutare ed approfondire quei valori che già esistono nella persona a livello di disposizione, ma difficilmente potranno svilupparli se non sono già appresi nella struttura primaria di formazione ricevuta nell'ambito della famiglia.

b) *Il dono di sé come nucleo generatore nell'educazione familiare*

"Non si può dimenticare che l'elemento più radicale nell'educazione, tale da qualificare il compito educativo dei genitori, è *l'amore paterno e materno*". È questo amore quello che fa portare alla perfezione l'opera del figlio iniziata con la procreazione.

Da una parte c'è il rapporto d'amore tra i coniugi genitori e i figli che è la miglior scuola per la loro formazione e educazione. Ma d'altra parte c'è il figlio, che come ogni uomo ha bisogno d'amore e "non può vivere senz'amore". Egli "rimane per se stesso un essere incomprensibile... se non gli viene rivelato l'amore, se non lo sperimenta e lo fa proprio" (RH 10). C'è quindi da una parte il bisogno d'amore, e dall'altra di una struttura adeguata che provveda a tale bisogno in modo completo. È per questo che nella famiglia che funziona le persone contano, sono amate e sono trattate come persone.

Il nodo e *nucleo generatore* delle capacità della famiglia nell'educazione dei figli è proprio il *dono di sé* che si fanno tra loro i coniugi. Donazione che, oltre a coinvolgere i coniugi, unisce pure le persone dei loro figli. Infatti, alla base della loro esistenza c'è una concreta attualizzazione di quella donazione iniziale che li ha fatti diventare *una sola carne*. I figli esprimono almeno in un senso fisico la realtà di questa *sola carne*, che purtroppo sarebbe povera se non fosse manifestazione della comunione dei loro spiriti. È questa *comunione profonda* delle persone dei genitori quella che deve informare e reggere la vita

quotidiana della famiglia come comunicazione e partecipazione di tutti i suoi membri. Proprio perché è comunione fondata sul dono reciproco dei coniugi, tutte le relazioni tra i membri della comunità familiare sono ispirate e guidate dall'accoglienza, incontro e dialogo, *disponibilità* disinteressata, servizio generoso, *solidarietà* profonda (cfr. FC 43).

Infatti l'amore dei genitori da *sorgente* deve diventare "*anima e pertanto norma*, che ispira e guida tutta l'azione educativa concreta, arricchendola di quei valori di dolcezza, costanza, bontà, servizio, disinteresse, spirito di sacrificio che sono il più prezioso frutto dell'amore" (FC 36).

3. La famiglia, luogo di educazione ai valori personali

In una famiglia ben costituita i figli sono considerati come persone uniche e *irripetibili*, con i loro doni ed una *propria e specifica vocazione*. Di conseguenza sono pure portati di pari passo all'autostima, alla scoperta delle *proprie capacità di discernere i valori morali*. Perciò, la famiglia deve essere la fonte principale di trasmissione dei valori morali.

Sono così i genitori che formano i figli nei *valori essenziali* della vita umana. Alcuni di questi valori, quando non si acquistano nell'ambito della famiglia, è molto difficile riacquistarli in seguito. Così è in famiglia dove si assimila la giusta libertà di fronte ai beni materiali, con uno stile di vita semplice ed austero. In essa pure i figli possono arricchirsi del senso della vera giustizia, del *rispetto della dignità personale* altrui, e pure del vero amore come sollecitudine sincera e servizio disinteressato per gli altri.

È proprio in famiglia dove si impara il *vero senso della sessualità* e si prepara ogni figlio per la donazione di sé anche come avvio ad una vita d'amore. L'educazione sessuale punta qui ad integrare la

sessualità nella ricchezza di tutta la persona – corpo, sentimento ed anima – e manifesta il suo significato nel dono che la persona fa di sé nell'amore.

4. La famiglia, luogo di educazione ai valori sociali

Il *dono di sé*, che ispira l'amore dei coniugi, si pone come *modello* e norma di quel dono che deve attuarsi tra fratelli e sorelle e tra le diverse generazioni che convivono nella famiglia (cfr. FC 27). La comunione e la partecipazione quotidiana, nei momenti di gioia e di difficoltà familiari, rappresenta la *più concreta ed efficace pedagogia* per l'inserimento attivo, responsabile e fecondo dei figli nell'orizzonte più ampio della società (*ibidem*).

In famiglia "le diverse generazioni si incontrano e si aiutano vicendevolmente a raggiungere una saggezza umana più completa e a comporre i diritti delle persone con le altre *esigenze della vita sociale*" (GS 52). "Di fronte ad una società che rischia di essere sempre più spersonalizzata e massificata con le risultanze negative di tante forme di *evasione* – come sono ad esempio l'alcolismo, la droga e lo stesso terrorismo – la famiglia possiede e sprigiona ancora oggi energie formidabili capaci di strappare l'uomo dall'anonimato, di mantenerlo cosciente della sua dignità personale, d'arricchirlo di profonda umanità e di inserirlo attivamente con la sua unicità e irripetibilità nel tessuto della società" (FC 43).

La famiglia diventa, anche per quei rapporti umani che sorpassano il suo cerchio, scuola necessaria e insostituibile di *valori personali e sociali* come il rispetto della persona, la giustizia commutativa e sociale, la solidarietà, laboriosità etc. La famiglia non si può realizzare come tale senza servire alla vita dei figli: cioè generare ed educare i figli nelle virtù; quindi senza servire al *bene della società*. Dalla famiglia, infatti, nascono i *buoni cittadini* che hanno capito e



cercano di vivere per i più vicini e per i più lontani nel senso del *dono di sé*. Loro hanno trovato nell'ambito della famiglia la miglior scuola delle virtù umane e sociali. Questo è il motivo per cui la famiglia è ritenuta *l'anima della società* (cfr. FC 42). E per questo "la famiglia costituisce il luogo nativo e lo strumento più efficace di *umanizzazione e di personificazione della società*" (FC 43).

5. La famiglia nella lotta contro l'HIV-AIDS sessualmente trasmesso

In quanto la famiglia non è soltanto trasmettitrice dei valori personali e sociali, ma è inoltre educatrice in questi valori, ha un ruolo essenziale nella prevenzione dell'infezione all'HIV nei propri figli.

Quando si pone la domanda dell'educazione da dare ai giovani per prevenire l'HIV-AIDS sessualmente trasmesso, ci si pone spesso in una prospettiva negativa: *come fare per non contrarre l'Aids?* A questa domanda, non c'è che una vera risposta possibile, che non inganna e che è positiva: adottare un comportamento casto, prepararsi cioè all'amore coniugale per donarsi al vero coniuge.

La prevenzione nell'ambito familiare dell'HIV-AIDS trasmesso sessualmente, passa in effetti attraverso l'educazione ai valori essenziali, personali e sociali della castità, della responsabilità e della solidarietà.

Si parla molto, oggi, di

informare i giovani circa l'HIV-AIDS e la sua trasmissione. Però si dimentica che l'informazione non è sufficiente: come indicava il Santo Padre nel suo discorso del 15 novembre 1989 al IV Congresso del Pontificio Consiglio della Pastorale degli Operatori Sanitari, a Roma: "Di conseguenza, occorre in primo luogo ribadire con forza che l'opera di prevenzione, per essere insieme *degnata della persona umana* e veramente efficace, deve proporsi due obiettivi: *informare* adeguatamente ed *educare* alla maturità responsabile" (n. 5).

Informare i giovani circa l'infezione da HIV, sui modi di trasmissione e la sua evoluzione è ovviamente importante. Però questa informazione non è sufficiente in se stessa per impedire a questi giovani di cadere nell'atteggiamento irresponsabile che dà la sua opportunità all'HIV-AIDS. Per portare frutti l'informazione sull'HIV-AIDS deve incontrare in questi giovani un *senso di responsabilità radicato dall'infanzia*.

L'educazione ai valori data dalla famiglia è dunque fondamentale nella prevenzione dell'HIV-AIDS. Il Santo Padre ha chiaramente indicato la condizione per un'educazione efficace nella prevenzione dell'HIV-AIDS. Si tratta di aiutare i giovani a scoprire "*il senso fondamentale dell'esistenza che è l'amore che si dona*" (discorso del 15 novembre 1989, n. 5). "*Soltanto*" con questo tipo di educazione "*è possibile che gli adolescenti e i giovani abbiano la forza per superare i comportamenti a rischio*" (*ibidem*). Quest'educazione deve essere quindi una "*preparazione all'amore responsabile e fedele*" (*ibidem*). L'enciclica *Evangelium Vitae* (25/3/1995), riprendendo la *Familiaris Consortio*, insiste sull'importanza di questa educazione sessuale data dalla famiglia, che deve essere una "*formazione alla castità*" "*quale virtù che favorisce la maturità della persona e la rende capace di rispettare il significato 'sponsale' del corpo*" (EV 97).



6. La famiglia nella prevenzione dell'HIV-AIDS collegato alla tossicodipendenza

40

Il problema della prevenzione dell'HIV-AIDS trasmesso nell'ambito della tossicodipendenza sembra lontano dal precedente. Qui non si tratta più dell'educazione all'amore responsabile, ma della lotta contro la tossicodipendenza. In questo campo ci ritroviamo con la stessa importanza dei valori trasmessi nella famiglia. Là dove la famiglia adempie il suo ruolo educativo, non c'è posto per la droga. È purtroppo vero che la trasmissione dei valori non è facile, oggi, in molti focolari. Compare l'uso della droga tra membri di famiglie molto buone. Ma sarà utile ricordare che il tossicodipendente viene spesso da una *famiglia debole*, fragile o instabile a causa di molteplici motivi; una famiglia che non può o non sa reagire offrendo una educazione integrale per far fronte ai problemi comuni della vita.

I tossicodipendenti sono vittime in prima persona della loro stessa decisione, però, in buona parte sono ancor prima vittime di una *società senz'anima* che produce i suoi modelli di vita e fa diventare, poi, i cittadini suoi ammiratori, modellandoli ad immagine e somiglianza di quelle deformazioni vuote.

Oggi questi sono in preoccupante crescita nella società e sboccano in crisi *matrimoniali e familiari*: separazioni, divorzi, convivenze che manifestano l'im maturità di tanti

di coloro che, dovendo aver fatto dono di sé nel matrimonio, non sanno vivere le esigenze di una simile donazione. Le conseguenze per i coniugi sono le difficoltà nella loro vita di relazione in famiglia e l'incapacità di realizzare se stessi in coerenza con quel dono fatto; per i figli che hanno vissuto in questi disagi appare il vuoto e il *disorientamento* nel loro animo riguardo al senso della vita e ai valori che la strutturano nei rapporti con gli altri.

Nell'ambito della droga, quanti sono genitori, amici, ed accompagnatori dei tossicodipendenti riconoscono come un dato incontrovertibile che il fattore principale che favorisce l'uso della droga è la mancanza, assoluta o relativa, della vita di famiglia. La *mancanza di famiglia*, infatti, rende la persona sprovvista in valori umani, con scarse risorse per proteggersi dalle insidiose dipendenze della droga. Questa è una delle cause, forse tra le prime, ma non certamente l'unica.

La tossicodipendenza è, innanzi tutto, un sintomo che manifesta una situazione interiore di *profondo vuoto*. Vuoto di quei valori morali che aiutano ad orientare l'esistenza. Questo vuoto di valori cerca di essere compensato artificialmente con la fuga o "escape" a mondi irreali, immaginari, che la droga produce. Per questo è concludente la tesi: "non si cancella la droga con la droga" o, in altre parole, il problema non è medico o psichiatrico, almeno in primo luogo, ma esistenziale, umano, di valori.

Le indagini sul fenomeno della droga mostrano concordemente la relazione esistente tra la famiglia e la droga. Quando nel focolare domestico non sono stati inculcati valori profondi nei figli, questi ne sperimentano con angoscia il vuoto. Ciò può essere conseguenza della disarticolazione e disgregazione della famiglia o, per la sua debolezza, della mancanza di un'autorità che deve anche essere sorretta dall'esempio. I giovani sono costretti a portare il pesante fardello di un'interminabile

adolescenza, in uno stato permanente di immaturità nella loro personalità.

Quando la famiglia è fedele alla sua vocazione, quando si vive, al quotidiano, nella famiglia, il dono di sé, la generosità, la solidarietà e il rispetto della persona e della sua libertà, allora questa famiglia è l'ambiente ideale sia per la prevenzione che per il recupero e l'inserimento nella società.

Conclusione

La questione della prevenzione domina oggi la discussione etica circa l'infezione da HIV. Il messaggio che la Chiesa rivolge a tutti gli uomini di buona volontà a proposito dell'AIDS è molto più ampio che la discussione sull'uso del preservativo o sul tipo di informazione da dare ai giovani: è un "sì" alla vita, un "sì" ad una vita vissuta nobilmente ed umanamente, nel rispetto del proprio corpo e di quello degli altri. Alla domanda: "profilattico o no?", la Chiesa risponde "castità", autocontrollo, educazione al vero amore, fedeltà, responsabilità individuale e sociale. Non è un messaggio anacronistico; non è un messaggio impossibile. Però tale messaggio suppone che la famiglia sia forte, fedele alla sua vocazione di educatrice dell'uomo, perché fedele alla sua vocazione di amore e di donazione, sorgente di vita e di vera libertà.

S.E. Mons. FRANCISCO
GIL HELLIN
Segretario del Pontificio Consiglio
della Famiglia
Santa Sede

Note

¹ GIOVANNI PAOLO II, *Discorso ai partecipanti alla conferenza internazionale promossa dal Pontificio Consiglio per la Pastorale degli operatori sanitari* (1989), in *Insegnamenti di Giovanni Paolo II*, XII, 2, p. 1270.

² *Ibidem*.

³ *Ibidem*.

⁴ *Ibidem*, p. 1273.

II: La scuola

Introduzione

Luc Montagnier, che insieme a Robert Gallo ha scoperto il virus responsabile dell'AIDS, ha precisato che per contrastare la sua diffusione: "I mezzi medici non bastano: è molto importante che vi siano campagne che vadano in profondità e a cui partecipino i vari attori della società, contro pratiche sessuali che sono contrarie alla natura biologica dell'uomo. E in particolare occorre educare la gioventù contro il rischio della promiscuità sessuale e del vagabondaggio sessuale". Le parole dello scienziato francese introducono bene il tema che mi è stato assegnato. Tra gli attori della società chiamati a svolgere queste campagne vi è certamente l'istituzione scolastica. Da più parti si invoca l'intervento della scuola come luogo di prevenzione, si elaborano programmi per spiegare che cosa sia l'AIDS, le modalità di trasmissione del virus, l'informazione sui rapporti a rischio. Più raramente si parla di valori, di maturazione affettiva e di senso della vita. Questo non deve fare meraviglia in quanto mette a nudo una realtà difficile e complessa, che riguarda l'identità della scuola stessa ed investe il suo ruolo educativo. A ragione il mio intervento si colloca all'interno di una tavola rotonda che ha come tema "i luoghi dell'educazione ai valori", ma l'interrogativo che si trova al fondo di tutto è se la scuola, almeno in alcune aree del mondo, sia davvero educativa. Non si tratta, purtroppo, di un interrogativo retorico. Dalla capacità della scuola di essere educativa dipende la possibilità di accostare i giovani ai valori e di sviluppare un'autentica "prevenzione" di una malattia, quale è l'AIDS, che tocca comportamenti, valori, senso della vita, sessualità

ecc. Svilupperò il mio intervento in tre punti: la sfida educativa oggi, l'educazione ai valori, l'educazione sessuale ed affettiva.

La sfida educativa oggi

È stato da più parti detto che il periodo storico in cui viviamo non è solo un'epoca di cambiamenti, ma un vero cambiamento d'epoca. Luci ed ombre, conquiste di civiltà e sfide nuove, povertà e ricchezza, emarginazione e sviluppo rappresentano il chiaro-scuro dell'alba del nuovo millennio. Paradossalmente ci troviamo di fronte ad una realtà dove le mutazioni in corso hanno incrementato la possibilità di ciascun individuo di accedere all'informazione ed al sapere; e a luoghi, come alcune aree dell'Africa e dell'Asia, ma anche tante periferie europee o nordamericane, dove l'accesso all'istruzione è negato, in cui è altissimo l'indice di "mortalità" scolastica e vi sono milioni di individui analfabeti. Un mondo sviluppato e tecnologico ed un mondo che soffre l'analfabetismo e l'esclusione: purtroppo anche nell'educazione il mondo è diviso in due. Nel medesimo tempo, nel cosiddetto primo mondo, i fattori di cambiamento scientifico, tecnologico ed economico richiedono una modifica delle competenze e notevoli adattamenti, provocando in una parte sempre più grande della popolazione un senso di incertezza e situazioni di nuova emarginazione. Siamo immersi in un evento che non è solo parziale, ma che ha i caratteri della globalità e della totalità.

In tale contesto l'educazione è stata, giustamente, dichiarata "questione centrale" di questo cambiamento d'epoca. Di ciò ne è convinta la comu-

nità civile, ancor più la Chiesa. La società civile, infatti, sta riscoprendo il grande valore dell'educazione e la considera come una delle priorità assolute per garantire il futuro non solo dei singoli, ma dell'intera umanità. In particolare la scuola è divenuta crocevia sensibile di questi mutamenti ed è chiamata a raccogliere le sfide e a vincerle. Due sono le direttrici oggi prevalenti: da una parte si reclama la garanzia del diritto all'educazione per tutti, dall'altra si tende a fare in modo che la scuola e l'educazione siano di qualità e adeguate, dovendo insegnare a "leggere e a far di conto" nella società odierna.

Educazione e valori

Ritengo, però, che la sfida educativa sia principalmente costituita da altro. Tante sono le perplessità che tale situazione educativa suscita: mi riferisco in particolare ai valori, alla persona, alla concezione dell'educazione e della scuola. Mi domando, infatti, se sia sufficiente per educare istruire i giovani ad utilizzare tecniche e a gestire sistemi complessi. Oppure porre l'educando in condizione di acquisire nuove attitudini al lavoro. E ancora



se l'educazione abbia raggiunto i suoi obiettivi quando fa di un alunno un manager o un affermato professionista. Il problema dell'AIDS è un'eloquente risposta dell'insufficienza di una tale impostazione metodologica. Queste domande mi fanno tornare alla mente un saggio di Postmann, un pedagogista statunitense che parlava di "fine dell'educazione". Allora, perché la scuola e l'educazione abbiano ancora un senso occorre superare l'equivoco della loro riduzione a mera istruzione e luogo di istruzione. Non si tratta, infatti, di fornire semplicemente delle conoscenze, ma di trarre fuori dal ragazzo l'uomo, di consentire al ragazzo di divenire uomo nella piena maturità di tutto il suo essere.

L'uomo, la persona ha una dimensione spirituale, etica, affettiva, religiosa, sociale che non può essere dimenticata nel percorso educativo, pena la "fine dell'educazione". In un documento pubblicato dalla Congregazione per l'Educazione Cattolica oltre vent'anni fa e dedicato alla scuola si legge: "se si ascoltano le esigenze più profonde di una società caratterizzata dallo sviluppo scientifico e tecnologico, che potrebbe sfociare nella spersonalizzazione e nella massificazione, e se si vuole dare ad esse una risposta adeguata, emerge la necessità che la scuola sia veramente educativa, in grado di formare personalità forti e responsabili, capaci di scelte libere e giuste. Caratteristica questa che ancor più si può desumere dalla riflessione sulla scuola vista come istituzione in cui i giovani siano resi capaci di aprirsi progressivamente alla realtà e di formarsi una determinata concezione di vita" (Congregazione per l'Educazione Cattolica, *La scuola cattolica*, n. 31). Occorre, in una parola, recuperare nel percorso educativo e scolastico il senso totale dell'uomo.

Chi è l'uomo compiuto, quello a cui deve tendere lo sforzo educativo? Oggi si insiste molto sui vari aspetti della formazione, ma il nodo centrale della questione risiede altrove. Oltre alle varie "formazio-

ni", il *proprium* educativo è altro, consiste cioè nel mettere in condizione l'educando di saper operare delle scelte libere, in base a valori liberamente assunti. Dal punto di vista pedagogico ed educativo l'essenziale è insegnare alla persona, per usare un termine caro ad Aristotele, il "mestiere di uomo". Tutto questo ci introduce nel fondamentale discorso dell'educazione ai valori, il centro di questa tavola rotonda.

La pedagogia del nostro secolo, che ha influito in maniera determinante nel modo di essere della scuola, è "funzionale" al soggetto, ai suoi gusti, motivazioni, esigenze piuttosto che orientata ai fini e ai valori. Dobbiamo riconoscere che ancora oggi la composizione di questi due poli non è raggiunta, anche se il problema comincia ad essere sentito da più parti, compresi autori e studiosi di estrazione culturale ed ideologica diversa, i quali auspicano un ritorno ai valori nei vari ambienti educativi ed in particolare nella scuola. È giusto che la persona che frequenta la scuola, che viene in contatto con la cultura sia aiutata a superare i vari condizionamenti (biologici, psicologici e sociali) ereditati dal passato o presenti nel contesto in cui vive; ma tale "libertà da" non è sufficiente se non diventa "libertà per". Si tratta, insomma, di dare ai giovani la possibilità di interrogarsi su quali valori vogliono spendere la vita, su quali ideali investire il proprio capitale umano. Occorre giungere all'altra sponda della libertà, quella della responsabilità, senza girovagare nel vuoto, nel disimpegno. La libertà che sceglie, senza valori, qualcosa o qualcuno, si tramuta in zavorra, peso, "inferno". L'esistenza, senza essenza e quindi senza valori, diventa un dramma tragico ed irrisolvibile anche dal punto di vista pedagogico e scolastico. Si deve, dunque, poter scegliere "per", in positivo. In concreto la scuola deve potere, attraverso ciò che le è proprio, formare a una cosa essenziale: il coraggio di una vera libertà. L'AIDS, purtroppo, è spesso il

sintomo estremo di una libertà spesa male, di un vuoto esistenziale che è riempito dai paradisi artificiali prodotti dalle droghe, di un vagabondare senza senso e meta.

Educazione affettiva e sessuale

Ho prima parlato della totalità dell'uomo, di questa totalità sono parte non piccola l'affettività e la sessualità. Un organico discorso sulla maturazione affettiva non può trascurare le condizioni esistenziali personali e relazionali, così come l'insicurezza sociale ed economica, le difficoltà di integrazione sociale da parte dei giovani e la crisi dei valori che contraddistinguono la nostra società.

L'educazione affettiva, vista nel contesto dell'unitario processo di maturazione della persona di cui la scuola non può non farsi carico, è anch'essa progressiva apertura ai valori morali, acquisizione della capacità da parte dell'individuo di vivere la dimensione emozionale, sentimentale, psicosessuale, amicale in autonomia di giudizio e alla luce di valori pienamente assunti dalla propria razionalità di uomo. L'alunno porta a scuola tutto il suo io. Le complesse dinamiche e le modalità attraverso le quali la scuola contribuisce alla formazione dei fanciulli e degli adolescenti sono oggetto di studio da parte degli esperti, ma la forza della sua influenza non è in discussione.

I rapporti tra persone abbracciano valenze ed elementi



variabili sui quali gli estensori dei programmi scolastici (funzionari, direttori ecc.) hanno scarso o nessun controllo. Il rapporto insegnante-alunno si afferma, infatti, in una psicologia personale e di valori difficilmente inquadrabile in chiari metodi oggettivi in quanto ogni persona è un "mondo a sé". Il rapporto affettivo tra persone segue sì delle strategie, ma le modalità attraverso le quali si esplica rimangono pressoché sconosciute. L'infanzia e la fanciullezza sono le fasi in cui la personalità forma le sua struttura affettiva di base e coincidono con il periodo scolastico. È grande, dunque, la responsabilità dell'istituzione scolastica chiamata ad essere "casa" in cui gli allievi possano maturare. Ancor più grande è la responsabilità degli educatori, dai quali dipende essenzialmente la riuscita del progetto educativo scolastico.

L'ambito dell'educazione sessuale, per riprendere un giudizio del filosofo Abbagnano, è il settore più difficile ed instabile della formazione giovanile, nella quale nessuno si sente a proprio agio anche se ha davanti a sé una lunga esperienza docente ed un iter di riflessione consolidato.

L'educazione sessuale, infatti, avendo di mira la maturazione della personalità femminile e maschile, non può essere semplicemente concepita come una iniziazione all'igiene e agli aspetti fisiologici della sessualità e neppure essere attuata fuori della formazione totale dell'uomo.

I giovani che si preparano alla vita hanno bisogno di conoscenze precise e scientificamente elaborate, ma soprattutto di essere orientati circa il significato globale della sessualità e dell'affettività e delle loro finalità obiettive. Questo ci ricorda che nel rapporto educativo la trasmissione di conoscenze non è mai avulsa dagli atteggiamenti degli educatori, né per natura sua è neutra, ma fortemente legata alla concezione antropologica che vi soggiace. Nel quadro di un'antropologia permissiva, per es., il soggetto in crescita sente di avere il diritto al piacere ses-

suale al di fuori di qualsiasi indicazione morale e culturale. L'età giovanile deve introdurre a quella adulta in un'atmosfera libera da ogni costrizione. In quello di un'antropologia naturalistica l'uomo viene considerato come oggetto della natura e studiato in relazione al mondo esterno. Le conseguenze di tali impostazioni sono facilmente prevedibili. Nel nostro caso si traducono in rimedi pseudoeducativi e parziali come la distribuzione di profilattici e l'uso di siringhe sterili. Molto spesso, nelle scuole, ci si accontenta di educare al minimo, limitandosi ad una informazione che si vuole "scientifica". Occorre, invece, cercare di "volare alto" soprattutto nella scuola, fondando sulla persona concreta e reale il cammino educativo. La persona va percepita per quello che è: essere razionale, dotato di libertà e pertanto di razionalità, orientato al trascendente e aperto all'altro, non per contingenze sociali, ma per necessità interiori, proprie dell'essere umano. La maturazione affettiva e sessuale implica, perciò, progettualità, oblatività e responsabilità. La corretta e sana maturazione sessuale è possibile se nell'individuo vi sono motivazioni che la giustifichino e appaghino il soggetto nella sua totalità. In tal senso la sessualità non è mai da considerare un assoluto, perché essa deve essere vivificata di continuo dallo spirito e deve trovare la sua pienezza nella dignità dello stato sponsale. L'amore umano, in un contesto educativo e scolastico sano e significativo, deve essere inquadrato nella prospettiva dell'impegno responsabile perché la vita sia vissuta all'insegna della serietà e del progetto.

Come si vede, una tale "antropologia" incentra l'attenzione educativa non sull'istruzione, ma sull'educazione e sull'obiettivo della crescita. Riafferma, inoltre, il valore dell'ideale nella strutturazione della persona perché essa è considerata un individuo che non reagisce quasi meccanicamente a degli stimoli di natura o esterni, ma è capace di accettare l'autodisciplina e di sublimare i propri impulsi senza

compromettere l'attuazione di sé. In questo contesto l'educazione ai valori ha il suo spazio e il suo significato, e diviene "prevenzione" di malattie come l'AIDS.

La scuola è certamente luogo di formazione ai valori, ma essa è parte di un contesto più ampio. Molti sono gli ambienti nei quali si acquisiscono valori o disvalori. Tali ambiti sono suddivisi dagli studiosi in due categorie: funzionali ed intenzionali. Funzionali sono i coetanei e la società nei suoi aspetti strumentali e di comunicazione di massa. Pongono il soggetto di fronte alla problematica sessuale e non solo (per esempio della violenza, delle droghe ecc.), operando per lo più in forma traumatica: si disinteressano del minore e delle sue eventuali reazioni. Qui basterebbe citare alcune trasmissioni televisive e film, o pensare agli ambienti in cui i giovani vivono il loro tempo libero.

Gli ambiti intenzionali, invece, sono costituiti dalla famiglia, dalla scuola, dai gruppi giovanili. In essi si cerca di illuminare i ragazzi in ricerca, di appagare i loro interessi e le loro esigenze, di suscitare atteggiamenti positivi rispetto alla vita, al divertimento, alla sessualità e di promuoverne la maturazione. Stando ai dati della ricerca prevalgono di gran lunga gli ambienti funzionali sugli intenzionali. Solo una percentuale intorno al 20-25%, per rimanere alle problematiche dell'educazione sessuale, attinge le informazioni da adulti competenti. La maggior parte impara fatti e notizie da fonti non qualificate, che rendono instabile l'equilibrio personale e che, anziché risolverle, complicano le situazioni individuali. Ciò deve far profondamente riflettere a rendere sempre più consapevoli gli educatori e a prepararli ai loro compiti irrinunciabili.

La scuola come istituzione educativa non può, dunque, ignorare i problemi dello sviluppo emotivo degli alunni e permettere che subiscano gli sviluppi dannosi di modelli alternativi. Anche nell'ipotesi ideale che i genitori facessero appieno il loro dovere, la scuo-

la dovrebbe poterne ampliare e approfondire l'opera. Quando, però, questa manca del tutto, come purtroppo sembra avvenire nella maggioranza dei casi, le sue responsabilità aumentano a dismisura, complicando le modalità d'intervento. Per questo compito la scuola ha bisogno di un corpo docente preparato, di attrezzature opportune e della presenza di specialisti. Le maggiori preoccupazioni riguardano il coinvolgimento delle famiglie, la definizione dei contenuti adeguati a ciascuna età, i metodi da impiegare in gruppo e con ognuno, la fisionomia della classe a cui ci si rivolge. Nonostante questi ostacoli la scuola deve mantenere una posizione di critica, di ricerca, di sperimentazione per adempiere la sua funzione di guida allo sviluppo giovanile. Il compito è arduo e problematico. Tale incombenza si aggrava per le insidie in cui i docenti possono cadere: pensare che tutto si risolva con l'informazione biologica, voler fare a meno della famiglia, inculcare determinate concezioni circa la vita, l'affettività e la sessualità. Il con-

tenuto dell'educazione sessuale, affettiva e umana è polivalente; essa comprende, infatti, l'informazione sugli aspetti descrittivi della sessualità e sugli interrogativi sul senso della vita che angustiano i giovani, oltre che l'educazione vera e propria mirante a far comprendere loro le motivazioni per governare l'istinto sessuale, per assoggettarlo alla ragione e alla volontà, per integrare armonicamente la sessualità nella persona, nell'affettività, in un progetto di vita. Il primo aspetto di natura scientifica, non implica uno scopo morale, il secondo è di carattere morale, ma presuppone un fondamento di natura scientifica e in tal senso diviene educazione ai valori.

Conclusioni

Mi sembra che quanto ho cercato di dire si possa riassumere in un concetto fondamentale: la scuola deve essere educativa e non solo informativa per divenire "luogo dell'educazione ai valori". Il recupero di questa dimensio-

ne educativa esige una profonda sinergia tra scuola, famiglia, società, in una parola la costituzione di un'autentica comunità educante. La Chiesa offre in questo il suo contributo e la sua "esperienza in umanità", come amava dire Paolo VI. In particolare le istituzioni scolastiche cattoliche, con il loro progetto educativo che ha in Cristo e nel Vangelo l'ispirazione, possono offrire il loro valido apporto per un'educazione "a tutto campo", in cui i valori e la responsabilità abbiano piena "cittadinanza". Certo il problema dell'AIDS non è solo di natura educativa, addirittura in alcune aree del mondo, come per esempio l'Africa, la sua incidenza è così alta da pregiudicare anche il futuro di popoli e nazioni, ma indubbiamente la scuola e l'educazione possono molto formando uomini e donne capaci di fare della loro vita un dono responsabile.

S.Em. Card. PIO LAGHI
*Prefetto Emerito
 della Congregazione
 per l'Educazione Cattolica
 Santa Sede*

III: I mezzi di comunicazione

Come possono i mezzi di comunicazione aiutare a prevenire la diffusione dell'AIDS?

Alcuni risponderebbero che i mass media dovrebbero promuovere la nozione del cosiddetto "nesso sicuro", cioè l'uso del profilattico nell'attività sessuale.

Non sorprenderà che io non condivida questa opinione. Vorrei spiegarvi perché.

Secondo me la promozione dell'uso del profilattico è un invito ad una attività sessuale immatura e irresponsabile, e anche alla promiscuità sessuale. In più è ingannevole poiché non si può certamente dire che il metodo sia infallibile nel prevenire la malattia.

Inoltre, invece di trattare il rapporto sessuale come un atto di donazione di sé e di amore

altruistico nel contesto di un'unione d'amore permanente ed esclusiva di un uomo e di una donna nel matrimonio, sembra che l'uso del profilattico sia un modo per evitare la responsabilità e le conseguenze dell'attività sessuale, la quale viene ad essere vista anzitutto come ricreativa piuttosto che procreativa.

Penso anche che tale strumentalizzazione dei rapporti e del partner sessuale porti alla strumentalizzazione di antidoti contro la diffusione di questa tragica malattia. Ciò che voglio dire è questo: l'attività sessuale viene vista come puro strumento di piacere personale e il partner sessuale come l'oggetto attraverso il quale ottenere tale piacere; l'antidoto alle conseguenze indesiderate deri-

vanti da tale attività diventa la vendita di oggetti; dalla vendita di oggetti si ricavano soldi. Nessuno fa soldi sull'autocontrollo e sull'astinenza. Nessuno fa soldi sul rispetto degli altri. Forse questo spiega perché non vengano promossi l'autocontrollo, il rispetto per gli altri e per la sacralità dell'attività sessuale e perché, invece, venga promossa la vendita dei profilattici.

Quando stavo preparando questo intervento, ho chiesto ai membri del nostro gruppo di discussione durante l'Assemblea speciale per l'Europa del Sinodo dei Vescovi se avessero qualche suggerimento; il Vescovo di Gibilterra mi ha dato una penna su cui erano scritte le seguenti parole: "Combatti l'AIDS con un

nuovo stile di vita”.

In un'era in cui viene incoraggiata la medicina preventiva al fine di evitare di contrarre malattie tanto difficili quanto costose da curare o da contenere, è stupefacente che qualcuno abbia il coraggio di dire “Combatti l'AIDS con un nuovo stile di vita”.

Vorrei rispondere alla domanda su cosa penso i mass media dovrebbero fare per prevenire la trasmissione dell'AIDS.

Anzitutto essi dovrebbero far conoscere i pericoli dell'attività sessuale promiscua e far accettare l'astinenza sessuale al di fuori del matrimonio. I media hanno fatto molto in alcune società per ricordare al pubblico i pericoli del fumo ed hanno fatto accettare l'astinenza dal tabacco. Mentre lo stimolo sessuale è molto più forte e fondamentale del desiderio di fumare, la norma giudeo-cristiana è sempre stata quella che l'attività sessuale dovesse essere svolta e incoraggiata all'interno del matrimonio e che al di fuori di esso si dovesse praticare l'astinenza sessuale. Per secoli questa norma è stata la regola della stessa società. Poi venne quella che fu chiamata la rivoluzione sessuale, ma dovrebbe essere consolante per i mezzi di comunicazione sapere che la regola morale nell'attività sessuale vale anche per la salute nell'attività sessuale. I media possono indicare che l'astinenza sessuale al di fuori del matrimonio è fisicamente sana e non una pura idea spirituale della tradizione giudeo-cristiana.



Le situation comedies televisive potrebbero e dovrebbero presentare un'immagine positiva della vita familiare. Senza trascurare le varie tentazioni presenti ad ogni età, questi programmi dovrebbero illustrare bene la possibilità di vincere le tentazioni, il grande costo psicologico ed anche fisico che comporta il fatto di arrendersi e il bisogno di perdono, riconciliazione e sostegno disinteressato nelle difficoltà. Quindi esse possono non soltanto promuovere la virtù dell'astinenza, ma anche la compassione verso coloro che soffrono per la malattia o per la lotta contro le tentazioni.

Le campagne pubblicitarie dovrebbero diffondere il messaggio stampato sulla penna del Vescovo di Gibilterra: “Combatti l'AIDS con un nuovo stile di vita”. Se ci sono state campagne quali “il fumo è pericoloso per la tua salute”, perché non dovrebbero esserci campagne che dicono la stessa cosa sull'attività sessuale promiscua ed extramatrimoniale?

Così come ci sono state campagne pubblicitarie contro la guida in stato di alcolismo, perché non dovrebbero essercene contro l'attività sessuale promiscua?

È appurato che il modo migliore per evitare il cancro ai polmoni è quello di non fumare, ed è un fatto che il modo migliore per evitare la tossicodipendenza è quello di astenersi completamente dalla droga. Se i media vengono incoraggiati non soltanto a riportare questi fatti ma a costruire attorno a loro campagne pubblicitarie di pubblico servizio, perché non possono essere incoraggiati a condurre campagne quali “Dite ‘no’ fino al matrimonio”, che spingano ad astenersi dall'attività sessuale promiscua ed extramatrimoniale?

Oggi fumare non è più di moda; non è più di moda drogarsi, o bere prima di guidare. Perché non può essere di moda astenersi dai rapporti sessuali prima del matrimonio e concedersi nel matrimonio alla persona amata puri e senza macchia? Sono sicuro che la maggior parte delle donne non vuole sposare un “viveur” e che la maggior parte degli uo-

mini preferirebbe sposare una vergine; perché abbiamo paura di affermare questa idea e sostenerla?

Mentre la questione dell'AIDS è andata ben al di là della questione dell'omosessualità, rimane non meno vero che l'incidenza maggiore di questa malattia, almeno negli Stati Uniti, è connessa all'attività omosessuale promiscua, a cui segue, almeno fino a poco tempo fa, la condivisione di siringhe tra i tossicodipendenti.

Se queste attività sono chiaramente un pubblico rischio, perché quindi non avere il coraggio di affermarlo? Il modo più sicuro per eliminare o almeno controllare l'AIDS è quello di eliminare le attività che è provato che conducono all'AIDS: attività sessuale promiscua, in particolare omosessuale, e uso delle stesse siringhe tra coloro che fanno uso di droga.

Se il fumo è stato scoraggiato così attivamente e con successo, perché i media non possono usare le stesse regole nel trattare la questione della droga e dell'attività sessuale, mostrando nelle serie televisive personaggi simpatici e carismatici che non assumono droghe, che consigliano di non assumerne, che mettono in guardia dai pericoli di condividere le siringhe e, anzitutto, che conducono una vita sessuale secondo la morale, astenendosi ovviamente dall'attività sessuale al di fuori del matrimonio. In molte situation comedies moderne le persone che si astengono dall'attività sessuale sono definite deboli; esse invece dovrebbe essere considerate coraggiose, o almeno con un profondo rispetto per gli altri e per se stessi.

Forse i mass media possono scoprire ed avere il coraggio di far conoscere che la salute, la felicità e la santità possono camminare insieme, che un'attività giustamente ordinata alla morale può contribuire non solo ad uno stile di vita personale più salutare, ma anche ad una società più salutare.

S.E. Mons. JOHN P. FOLEY
*Presidente del Pontificio Consiglio
per le Comunicazioni Sociali
Santa Sede*

TAVOLA ROTONDA

“Esperienze e prospettive future di interventi e programmi a carattere preventivo fondate sull'educazione ai valori”

46

I: Italia - Il CUAMM

Introduzione

Il CUAMM (Collegio Universitario Aspiranti e Medici Missionari) nasce da un'idea di un medico cattolico, il prof. Francesco Canova, per formare medici italiani e esteri, uomini e donne, che nell'esercizio competente della professione diano testimonianza della carità evangelica. Il suo motto è “*Euntes curate infirmos*” tratto dal *Vangelo* di S. Luca.

Il CUAMM nasce ufficialmente il 3 dicembre 1950 ed è parte integrante della Fondazione Religiosa S. Francesco Saverio della Diocesi di Padova, ha una personalità giuridica canonica e civile.

Dal 1954 il CUAMM ha operato in vari continenti del mondo attraverso l'invio di medici, infermieri e tecnici – più di 1.000 – impegnati in progetti sanitari ospedalieri, di *Primary Health Care*, di formazione anche in ambiente universitario, collaborando con le diocesi cattoliche, varie congregazioni religiose missionarie, ONG del posto e stabilendo rapporti di cooperazione anche con i governi locali.

Attualmente i progetti sanitari del CUAMM sono concentrati in Africa e precisamente in: Angola, Etiopia, Kenya, Ruanda, Uganda, Tan-

zania e Mozambico. Il contesto in cui il CUAMM opera è prevalentemente, anche se non esclusivamente, quello rurale.

Il presente contributo si basa sull'esperienza di interventi di lotta all'AIDS condotti dal CUAMM presso alcuni ospedali rurali del Nord Uganda.

Questo contributo si pone più sul piano del metodo, del dialogo e della individuazione delle prospettive future che sulla difesa delle posizioni personali e della concentrazione sulla situazione contingente. Dapprima saranno tratteggiate la situazione dell'AIDS in Uganda e le esperienze di carattere preventivo in corso, poi si presenteranno alcune riflessioni su tre nodi critici: curare la coppia dimezzata; aiutare la gioventù ad uscire dalla solitudine, coniugare la responsabilità personale con la responsabilità sociale.

L'Uganda in cifre

Popolazione totale	20.4 milioni
Popolazione urbana	2.2 milioni
Tasso annuale di crescita della popolazione	2,5%
Tasso di infezione da HIV negli adulti	9,5%
Tasso di mortalità infantile	97/1000
Aspettativa di vita	41 anni
Tasso di scolarizzazione Maschi	68%
Tasso di scolarizzazione Femmine	45%
Reddito pro capite medio	240 \$

UNAIDS, 1998

L'Uganda e l'Aids

Stime dell'UNAIDS indicano in 930.000 le persone affette da infezione da HIV o malate di AIDS, 1.8 milioni le persone decedute e 1.7 milioni gli orfani che hanno perduto uno o entrambi i genitori a causa dell'AIDS.

In Uganda è stata registrata una tendenza al contenimento dell'epidemia di AIDS. I dati sulla sieroprevalenza delle donne gravide indicano una graduale diminuzione dell'infezione da HIV in ambiente urbano già a partire dalla metà degli anni '90 (UNAIDS, 1998).

Questa diminuzione sembra particolarmente significativa per le donne più giovani con un'età compresa tra i 15 e i 19 anni.

Due surveys condotte a distanza di sei anni sembrano indicare un cambiamento reale dei comportamenti sessuali soprattutto da parte dei giovani appartenenti alle stesse aree ur-

bane dove sono state realizzate le indagini di sieroprevalenza.

I cambiamenti dei comportamenti sessuali dei giovani riguardano:

- l'aumento dell'età delle prime esperienze sessuali,
- l'aumento dell'età di contrazione del matrimonio,
- la diminuzione delle relazioni sessuali con partner non regolari,
- l'aumento dell'uso del preservativo.

Esperienze a carattere preventivo

Sul terreno della prevenzione si muovono numerose associazioni.

Due organizzazioni non governative di Kampala (TASO e AIC) hanno lanciato un progetto denominato "Iniziativa Philly Lutaya" che ha lo scopo di cambiare i comportamenti sessuali con l'aiuto di volontari sieropositivi. Questi ultimi sono disponibili a raccontare la loro esperienza e la loro condizione, in particolare agli studenti.

Sempre ai giovani si rivolge il "Club gioventù viva", fondato nel 1992 da suor Myriam Duggan, delle Francescane Missionarie di Maria, medico all'ospedale Nsambya di Kampala: partendo dal *Vangelo*, si chiede ai giovani di comprendere il significato della sessualità nella vita dell'uomo e, quindi, di prendere decisioni coerenti con l'aiuto della preghiera individuale e comunitaria.

In tutti gli ospedali delle diocesi cattoliche, compresi quelli in cui opera il CUAMM, e in

molte parrocchie ci sono sezioni dedicate all'informazione alle comunità locali, all'educazione e alla prevenzione, alla diagnosi e terapia delle malattie sessuali, al counselling e alla mobilitazione delle comunità per aiutare le persone colpite dall'AIDS.

Le prospettive future: affrontare con coraggio alcuni nodi critici

Nel corso degli ultimi anni molto è stato fatto in Uganda nella lotta all'AIDS; le campagne di consapevolezza hanno raggiunto aree sempre più vaste della popolazione; iniziative nuove e vigorose sono state sviluppate nel campo dell'educazione, della prevenzione e del counselling; i servizi sanitari per la diagnosi e la cura delle malattie sessuali e per l'adozione di corrette pratiche di trasfusione del sangue sono migliorati quanto ad accessibilità ed efficacia; le comunità sono state coinvolte intensamente nella provvigione di servizi di assistenza alle vittime dell'AIDS.

Questi risultati sono innegabili, documentabili ed incoraggianti. Sono il frutto di un insieme di fattori come l'apertura e la trasparenza del governo ugandese a riconoscere la gravità del problema AIDS, e la sua determinazione a combattere l'epidemia attuando un programma nazionale; a questo si deve associare l'intervento deciso delle chiese impegnate nelle campagne di sensibilizzazione, nel lavoro educativo e nell'assistenza ai malati; non va infine minimizzato il massiccio coinvolgimento delle organizzazioni non governative e il supporto disponibile dell'aiuto internazionale.

Questi risultati vanno ascritti anche al contributo dei malati di AIDS che hanno testimoniato con commovente coraggio e toccante umiltà il loro percorso personale intessuto di sofferenza e accettazione della malattia. Questi malati li conosciamo per nome. A loro si deve riconoscere il tributo più significativo nell'ispirare la gente, noi stessi, a riflettere

e a lottare contro questa terribile malattia.

Certamente questa è un'eredità preziosa che dobbiamo riconoscere e diffondere; tuttavia credo che non dobbiamo cadere preda di facili ottimismo. Abbiamo l'obbligo di discernere, di essere realisti: l'epidemia dell'AIDS ci accompagnerà ancora a lungo, e anche i positivi risultati raggiunti in Uganda rischiano di essere vanificati se non si affrontano con coraggio alcuni nodi critici che stanno alla base della pervasività dei comportamenti a rischio e delle determinanti culturali, sociali, ed economiche che favoriscono la diffusione del virus.

Se il problema, come tutti riconoscono, è che deve cambiare il comportamento sessuale della popolazione, allora molto resta ancora da fare nel veicolare in maniera adeguata il messaggio della responsabilità sessuale, del valore della fedeltà e della castità.

Il cuore della prevenzione all'AIDS sono i problemi di etica sessuale.

Per fare questo ritengo che dobbiamo confrontarci con alcune resistenze che, come questa malattia che fa paura, sono circondate da silenzi ed imbarazzi.

In questo senso penso che le prospettive future in tema di prevenzione dell'AIDS dovranno tener conto di una pluralità di prospettive.

Curare la coniugalità dimezzata

Desidero partire da alcune realtà constatate nell'esperienza personale di medico. È noto come la maggioranza delle persone infette e ammalate da AIDS siano donne. È un fatto anche che mentre le cliniche per le malattie sessuali e le sessioni per la regolazione responsabile delle nascite siano frequentate in gran maggioranza da donne, al contrario, le scelte in materia di rapporti sessuali, di pianificazione familiare, alcune pratiche tradizionali come, ad esempio, le mutilazioni genitali, la poligamia, l'obbligo per una vedova di diventare moglie di un fra-



tello del defunto ed altre ancora ricadano invece nella sfera di influenza, per non dire di dominio, dell'uomo.

La coniugalità dimezzata non si basa solo su un sistema di decisioni coniugali unilaterali, ma anche su una sostanziale assenza di dialogo e di comunicazione sponsale su materie così delicate ed intime come quelle tratteggiate. Questo si riflette pure nel comportamento teso ad evitare accuratamente la comunicazione di uno stato di malattia sessuale o di una condizione di sieropositività al proprio coniuge. A questo si aggiunga la tendenza persistente ad attribuire lo stigma sociale alla donna perché affetta da malattie sessuali o sieropositiva o ammalata di AIDS, quando si sa che spesso sono i comportamenti sessuali di molti uomini a predisporre la coppia alle malattie veneree e all'infezione da HIV.

C'è un bisogno urgente di contribuire a favorire la diffusione della virtù sponsale attraverso il coinvolgimento paritario, reciproco, corrispondente dei coniugi alle scelte della vita e della sessualità.

Educare ai valori cristiani della sponsalità responsabile, della fedeltà e della castità potrebbe allora significare avere il coraggio di leggere alla luce del *Vangelo* i tabù, le superstizioni e le negatività – insite e praticate in tutte le culture, di tutti i tempi e luoghi – che provocano sopraffazione e immiserimento nella coppia, e della figura femminile in particolare.

Potrebbe significare anche recuperare in chiave cristiana i valori religiosi e sociali che ogni cultura manifesta quanto al significato delle relazioni sessuali e promuovere quelle testimonianze coniugali esemplari, concrete, che in modo sia pur discreto accompagnano, istruendole, le comunità nelle alterne e misteriose vicende della conversione.

Abbiamo bisogno di studi e di maestri che indichino in maniera chiara percorsi di lettura delle culture locali, così come è forte la necessità di testimonianze e di testimoni che dimostrino come il valore

cristiano della coppia integrale non sia soltanto un enunciato, nel senso che si colloca nelle dichiarazioni di principio, ma si trasformi in un criterio di azione, in un principio morale in base al quale la coppia orienti le scelte e le sostenga attraverso un dialogo intenso ed arricchente. Non si sa e non si fa ancora abbastanza in questo campo.

Aiutare i giovani ad uscire dalla solitudine

Le violenze sessuali, le gravidanze indesiderate e gli aborti, le malattie sessuali sono fenomeni presenti, talvolta in modo diffuso, nel mondo giovanile.

Ce ne accorgiamo in modo limitato e tardivo nelle nostre cliniche ospedaliere dove solo una piccola parte della gioventù si presenta, timida e vergognosa, con questo bagaglio di problemi da risolvere. Anche in questo caso la risposta medica e sanitaria in genere risulta parziale ed insufficiente.

In Africa i giovani sono numerosi, ma in molti ambiti, come quello della sessualità, sono soli o lasciati soli. Ed è una solitudine che si trascina da tempo e che ha molte ragioni.

In primo luogo alla scomparsa dei riti sociali di iniziazione alla sessualità non si è sostituita la famiglia. Anzi, al silenzio presente nella coppia si accompagna un'assenza di dialogo tra genitori e figli. E quando il dialogo c'è, sembra essere dominato dalla riprovazione dei genitori alle possibili manchevolezze, colpe o disonori dei figli in tema di comportamento sessuale. Raramente per i genitori il dialogo diventa occasione di trasmissione ai figli di conoscenze, idee ed esperienze sul perché la sessualità, la propria sessualità, è un fattore umano e cristiano di identità e di crescita, in cui anche il figlio possa, sempre che lo voglia, paragonarsi, riconoscersi e infine imitare.

L'assenza degli adulti si estende anche nella scuola, dove l'educazione alla sessua-

lità è un evento raro che si traduce spesso in imbarazzate e furtive spiegazioni sulla fisiologia e sulla riproduzione dell'uomo, con poche o inefficaci risposte ai molti quesiti che i giovani, specie gli adolescenti si portano dietro. Quesiti che rimangono senza risposte.

Anche le realtà pastorali lasciano talvolta molto a desiderare in tema di proposte e di iniziative rivolte alla gioventù. Si avverte disagio e difficoltà da parte dei giovani e delle coppie di sposi ad avvicinarsi con fiducia alla Chiesa. Ho l'impressione che per ragioni storiche e culturali, non evangeliche, si continui come Chiesa a dare l'impressione che esistano riserve morali a parlare apertamente del valore positivo della sessualità, di affrontare apertamente le problematiche sessuali, di impegnarsi con determinazione nell'educazione dell'etica dell'amore.

All'assenza degli adulti nella famiglia e nella comunità fa da contrappeso un politeismo diffuso di valori nella società. Tea rooms, discos, hotels, magazines sono diffusi in ambiente urbano e rurale e veicolano modelli di comportamento in cui prevalere è una "dominante, mascolina cultura sessuale dove eccitamento, trasgressione, piacere, violenza e pericolo sono parte della stessa semantica".

Non sono pochi, inoltre, gli studenti e le studentesse delle scuole secondarie che, non accontentandosi del tenore di vita offerto dalla famiglia o per necessità, si prostituiscono per assicurarsi un'entrata in denaro. Alla base di questi comportamenti ritroviamo problemi più profondi come abusi sessuali, scarsa stima di sé, relazioni povere di affetto, mancanza di "vision and goals".

I risultati ottenuti in Uganda riguardo ai cambiamenti dei comportamenti sessuali dei giovani vanno salutati positivamente. Tuttavia, la sfida da affrontare è più grande. Si tratta di ottenere cambiamenti comportamentali a lungo termine. Ritengo che per vincere questa sfida l'apprendimento delle sole tecniche – magari apprese da formato-



ri occasionali – su come evitare il contagio rappresenti una soluzione minimale ed insufficiente se non è accompagnata da un discorso più complessivo riguardo il significato relazionale profondo della sessualità umana che è fatta di autodisciplina, armonia di crescita, rispetto e stima di sé e degli altri, progetti di vita. Per rispondere alla complessità delle aspettative dell'amore nei giovani e negli adolescenti servono programmi mirati gestiti da adulti e giovani debitamente formati come educatori, servono centri di aggregazione giovanile, di dialogo, incontro e confronto tra giovani e famiglie, servono centri di sicurezza e di protezione per i giovani senza diritti.

Coniugare responsabilità personale e responsabilità sociale

Alla base della diffusione dell'AIDS non c'è solo il problema del comportamento umano e della responsabilità etica della persona, ci sono anche le determinanti sociali ed economiche fondate sulla ineguaglianza e sull'ingiustizia; c'è quindi anche un problema di responsabilità etiche e sociali.

È stato detto che l'AIDS è un problema di tutti e di ciascuno, ma in realtà riguarda soprattutto e per l'ennesima volta i poveri. È un fatto incontestabile che il peso maggiore della malattia dell'AIDS gravi in gran parte sulle spalle dei paesi poveri e della gente povera. Questo vale anche per

l'Uganda, dove nonostante il forte sviluppo dell'ultimo periodo il reddito reale pro capite è tornato a livello del 1970 solo quest'anno. Ma la povertà non è solo una questione di crescita economica.

Lo stato d'inferiorità delle donne, la disoccupazione dilagante, i conflitti civili armati, l'urbanizzazione disordinata, la privatizzazione crescente dei servizi pubblici, l'accesso difficile, a volte negato, dei giovani e delle donne all'educazione e ai servizi sanitari sono fattori che stanno favorendo la diffusione dell'epidemia.

Di fronte a queste realtà è da dubitare che la prevenzione possa da sola arrestare l'epidemia di AIDS, a meno che non sia accompagnata da altre misure che contribuiscano a costruire un contesto sociale ed economico favorevole e ricettivo per sostenere ed amplificare programmi a carattere preventivo. È la questione dello sviluppo, processo di cambiamento sociale che libera le persone e le comunità dai vincoli della povertà, amplifica le possibilità di scelta tra opzioni differenti, rafforza la capacità di autosufficienza, promuove la partecipazione, migliora la qualità della vita.

Questo approccio "collima con la natura stessa dell'HIV e della sua caratterizzazione in epidemia invisibile (asintomatica), visibile (sintomatica) e mortale". Di conseguenza tutti i programmi dovrebbero essere basati non solo sull'accesso alla prevenzione, al test HIV, alla cura e al supporto comunitario, ma più in generale su un continuum tra prevenzione e sviluppo.

La strada da percorrere potrebbe essere quella della costruzione del cosiddetto "capitale sociale". Una strada lunga da percorrere ma aperta a tutti.

Le Organizzazioni Non Governative potrebbero giocare un ruolo importante rinunciando a competere fra di loro, lavorando con il variegato tessuto sociale, favorendo la partecipazione della gente a network formali ed informali, incoraggiando norme sociali positive, costruendo

alti livelli di fiducia, promuovendo la coesione sociale, mediando tra la gente e le istituzioni pubbliche.

L'azione stessa della Chiesa risulterebbe più efficace se l'insegnamento sociale fosse diffuso ai chierici e ai laici, se promuovesse forme innovative di pastorale politica ed economica nonché modelli sperimentali di solidarietà intra ed interecclesiale.

I mass media del nord e del sud potrebbero incrementare il loro ruolo di veicoli vitali di educazione sanitaria, dando maggior spazio alle notizie sui progressi medici, sui problemi e sui casi riguardanti i problemi della salute e della sicurezza, sulle politiche sanitarie piuttosto che svendere l'obiettività e l'indipendenza a causa dell'influenza commerciale.

I ricercatori e gli uomini di scienza potrebbero aiutare ad analizzare i fattori economici, demografici, psicologici, socioculturali e organizzativi che influenzano i comportamenti della gente quanto a percezione delle malattie, di quelle sessuali in particolare; a ricercarne le cure.

Considerati i costi proibitivi dei farmaci, una responsabilità di prioritaria importanza per il mondo scientifico occidentale è quella di sviluppare un vaccino efficace, sicuro, dal costo sopportabile. L'attuale enfasi sulle terapie farmacologiche combinate anti-virali rischia di concentrare gli sforzi sui benefici a favore di pochi piuttosto che sui potenziali benefici da assicurare ai molti.

Al governi locali e alla comunità internazionale sarebbe richiesto di agire responsabilmente sul piano dell'equità nella distribuzione delle risorse e dell'aiuto sostenibile allo sviluppo.

Sono convinto che il dialogo e i rapporti tra il nord e il sud sull'AIDS presenti molte affinità e corrispondenze con le discussioni sull'economia globale, sul commercio mondiale, sul ruolo delle Nazioni Unite e altri simili problemi.

Dott. GIOVANNI PUTOTO
CUAMM - Padova
Italia

Introduzione

L'HIV è arrivato in Asia, continente ove vive la metà della popolazione mondiale, soltanto alla fine degli anni '80-inizio degli anni '90. Oggi la regione registra il 20% delle infezioni mondiali. Gli esperti si dichiarano preoccupati per l'espansione epidemica in India, ove sono già state infettate più di 4 milioni di persone: è il più grande numero di individui infettati in un singolo paese mondiale (UNAIDS, 1999).

In India (NACO, 1998) l'epidemia HIV-AIDS è ora vecchia di un decennio. In questo breve periodo è diventato uno dei problemi sanitari più seri del paese. I casi iniziali di HIV-AIDS sono stati registrati tra i mercanti di sesso a Mumbai e Chennai e tra i tossicodipendenti nel nord-est dello stato di Manipur. Anche se i casi ufficiali di infezioni da HIV e i casi di AIDS conclamato sono migliaia, si stima che ci sia una forte differenza tra le cifre riportate e quelle stimate a causa dell'assenza di dati epidemiologici nella maggior parte del paese.

Procedere ad una valutazione accurata della situazione non è compito facile. L'UNAIDS e la National AIDS Control Organization (NACO - India) dispongono di statistiche sul numero di persone con HIV-AIDS e fanno del loro meglio per tenerle aggiornate, sebbene la malattia progredisca più velocemente dei numeri (Lebel, 1998) che sono molto approssimativi (e talvolta totalmente mancanti) per un certo numero di paesi. Anche se c'è ancora molto da sapere sulle persone colpite da AIDS, sappiamo ancora di meno a proposito delle persone che convivono con il virus dell'HIV, che non hanno ancora sviluppato la malattia e che potrebbero non essere consapevo-

li di esserne portatori. Viviamo in un mondo "dove ci sono 16.000 nuove infezioni da HIV al giorno, e dove 9 sieropositivi su 10 non sanno di essere infetti" (UNAIDS, 1999).

La situazione dell'HIV-AIDS in India

La popolazione con HIV-AIDS in India non è distribuita in modo uniforme né con una percentuale uniforme. I fattori determinanti sono (Thomas & Pereira, 1999):

- a) il tempo ed il luogo dove l'infezione è apparsa per la prima volta;
- b) l'efficacia delle campagne di prevenzione;
- c) l'efficacia del sistema dei test;
- d) il background socio-culturale e religioso delle persone;
- e) le vie di trasmissione;
- f) la presenza di altre malattie sessualmente trasmissibili;
- g) il tipo di distribuzione della salute e i sistemi di registrazione disponibili nel paese; e
- h) altri fattori (Panos Dossier, 1990) quali un sistema di sorveglianza che dispone di scarsi fondi e di scarso personale, ragion per cui non è sempre possibile valutare l'estensione dell'infezione in un paese in modo accurato.

I primi casi di persone sieropositive riportati nel paese provenivano da Chennai nel 1986 (Shiv Lal & Sengupta, 1995). Da allora oltre 8.000 casi di AIDS e oltre 85.000 casi di HIV sono stati registrati da NACO, Ministero della Sanità e della Famiglia su 32 Stati e Territori dell'Unione fino all'agosto del 1999 (NACO, 1999). C'è stato certamente un sostanziale incremento nel numero di nuovi casi nel paese. La causa principale di questo incremento è da

attribuirsi ad una migliore individuazione e registrazione dei casi, conseguenza di varie attività della NACO.

Il controllo dei dati raccolti a livello nazionale (NACO, 1998) indica chiaramente che l'infezione da HIV prevale in tutte le parti del paese. Negli ultimi anni si è diffusa dall'ambiente urbano a quello rurale, e dagli individui che praticano comportamenti a rischio alla popolazione in generale. Gli studi mostrano che sempre più donne ricoverate prima del parto sono risultate positive al test sull'HIV, il che indica un aumento nel rischio di trasmissione perinatale.

Il rapporto NACO '97-'98 mostra che circa il 75% delle infezioni avviene per via sessuale (sia eterosessuale che omosessuale), l'8% circa attraverso trasfusione di sangue ed un altro 8% con uso di droghe. Oltre il 90% dei casi riportati è avvenuto in persone attive sessualmente ed in un'età economicamente produttiva, che va dai 15 ai 49 anni. In un caso su 4 si tratta di donne.

Alcuni dei fattori cui si può attribuire la rapida diffusione dell'epidemia nel paese sono: la migrazione lavorativa e la mobilità alla ricerca di un lavoro da un ambiente arretrato economicamente alle regioni più avanzate; la promiscuità; i bassi livelli di alfabetizzazione che portano ad una minore presa di coscienza tra i gruppi dell'alto rischio potenziale; così come la disparità tra i sessi; le infezioni sessualmente trasmissibili e l'infezione nel periodo riproduttivo tra uomini e donne.

Ci sono stati casi di rifiuto di pazienti malati di AIDS da parte degli ospedali e delle case di cura sia nel settore pubblico che in quello privato. Ciò ha aggravato la sofferenza

di questi pazienti. Più spesso viene confuso con una malattia contagiosa ed i pazienti vengono isolati nel reparto, creando spavento tra gli altri degenti. Nel posto di lavoro ci sono comportamenti discriminatori, che in alcune occasioni portano alla perdita dell'impiego. Gli infettati da HIV sono stati cacciati dai villaggi, le donne sono state sottoposte a tonsura, i bambini respinti dalle scuole, le istituzioni che hanno dato asilo ai malati di AIDS sono state colpite a sassate o attaccate; tutti questi, oltre al rifiuto di seppellire i morti per infezione da HIV, sono alcuni dei modi con cui le persone hanno reagito a questa malattia mortale e nei confronti delle vittime. La Tabella 1 mostra il totale dei casi di HIV-AIDS ed il numero dei campioni di sangue esaminato nel paese al 31 marzo 1999 (NACO, 1999).

I programmi di prevenzione HIV-AIDS: le iniziative del Governo

Dopo che furono riportati i primi casi di HIV-AIDS nel 1986, nello stesso anno venne costituito un Comitato Nazionale per l'AIDS da parte del Governo Indiano, e nel 1987 fu lanciato un Programma Nazionale di Controllo dell'AIDS (National AIDS Control Programme – NACP) le cui componenti sono:

a) gestione del programma attraverso la creazione di varie organizzazioni nazionali e statali;

b) informazione, educazione, comunicazione e mobilitazione sociale (IEC) attraverso lo sviluppo di pacchetti multimediali IEC, programmi di addestramento e campagne per la presa di coscienza;

c) promozione del preservativo e suo marketing sociale;

d) sicurezza del sangue: la Corte Suprema dell'India ha proibito le donazioni di sangue professionali a partire dal 1 gennaio 1998;

e) sorveglianza attraverso la creazione di centri per i tests sul sangue in tutti i collegi di medicina governativi;

f) controllo delle malattie sessualmente trasmissibili con il potenziamento delle 504 cliniche STD esistenti;

g) gestione clinica attraverso l'addestramento dei medici negli ospedali governativi con più di 200 posti letto; e

h) riduzione dell'impatto attraverso il potenziamento di un programma continuo di cure nello Stato del Manipur e lo sviluppo di un Programma Nazionale di Formazione per consultori.

Critica

Gli sforzi del Governo sono stati ampiamente supportati da diverse Organizzazioni Non Governative (ONG) diffuse in tutto il paese. Tuttavia, questi programmi e gli sforzi fatti non hanno portato i risultati desiderati, anche perché sono stati adottati programmi e politiche seguite nei paesi industrializzati, che non sono in linea con i valori sociali, culturali e religiosi della società indiana. Ad esempio, messaggi come "usate il preservativo per fare del sesso libero" non sono generalmente ben visti dai genitori e dagli insegnanti, sebbene le attività promiscue esistano anche tra gli indiani.

La maggior parte del materiale stampato è costituito da doppioni di materiale proveniente da altri paesi o pubblicazioni di Enti delle Nazioni Unite e di agenzie donatrici bilaterali, che è stato sviluppato senza tener conto del background socio-culturale della società indiana.

Il programma di prevenzione dell'AIDS esistente in India

Il programma educativo per la prevenzione dell'AIDS in India è ancora allo stato embrionale. Ci sono molte aree in cui la preoccupazione per

Tabella 1 – Distribuzione nello stato dei casi registrati di AIDS al 31 marzo 1999

S. No	Territorio Stato/Unione	Campioni di sangue Esaminati	HIV +	AIDS
1	2	3	4	5
1.	Andhra Pradesh	74.566	704	48
2.	Assam	12.717	173	22
3.	Arunachal Pradesh	495	0	0
4.	Andaman & Nicobar Islands	14.447	115	0
5.	Bihar	10.194	41	3
6.	Chandigarh	56.687	260	
7.	Punjab	1.488	65	100
8.	Delhi	317.457	1.282	219
9.	Daman and Diu (UT)	250	8	1
10.	Dadra & Nagar Haveli (UTa)	160	1	0
11.	Goa	69.395	2.104	15
12.	Gujarat	451.464	1.675	137
13.	Haryana	160.330	494	1
14.	Himachal Pradesh	3.851	92	9
15.	Jammu & Kashmir	8.981	40	2
16.	Karnataka	402.142	4.845	172
17.	Kerala	44.547	215	106
18.	Lakshadweep (UT)	1.194	8	0
19.	Madhya Pradesh	96.083	587	210
20.	Maharashtra	429.045	47.408	3.354
21.	Orissa	83.127	217	2
22.	Nagaland	8.548	429	10
23.	Manipur	38.362	5.644	310
24.	Mizoram	37.251	122	7
25.	Meghalaya	14.250	60	8
26.	Pondicherry (UT)	84.579	2.971	141
27.	Rajasthan	22.446	465	79
28.	Sikkim	510	6	2
29.	Tamilnadu	741.774	13.375	1.881
30.	Tripura	5.613	4	0
31.	Uttar Pradesh	106.936	1.253	125
32.	West Bengal	163.991	649	57
	Totale	3.457.080	85.312	7.012

l'AIDS interagisce con la struttura della società. Tale interazione diventa particolarmente intensa e conflittuale attorno agli argomenti riguardanti l'AIDS, la vita della famiglia e l'educazione sessuale, argomenti che appaiono in modo irregolare nei programmi delle nostre scienze mediche, per non parlare delle altre discipline (Thomas & Rabga, 1995). Ciò è vero per le scuole, le Università convenzionali e gli istituti di istruzione liberi. Attualmente non c'è nel paese alcun arricchimento al programma o un certificato, diploma o programma a livello universitario sull'AIDS, sull'educazione sessuale o la vita della famiglia (Thomas, 1998).

Questa anomalia della cultura nel fornire una conoscenza autentica ed adeguata per creare una certa presa di coscienza nei confronti dell'AIDS, dell'educazione sessuale e della vita familiare attraverso adeguati programmi educativi non può essere spiegata da nessuna considerazione razionale perché ci sono poche aree di vita che toccano ogni persona tanto nel profondo. Sebbene la ricerca sull'abuso di sostanze stupefacenti, sull'AIDS, sul sesso e su argomenti legati alla sessualità sia gravemente carente e gli intellettuali siano ben consapevoli della minaccia costituita dall'AIDS e delle conseguenze di una sua diffusione incontrollata, non vengono messe a disposizione strade legittime per la prevenzione e il controllo della malattia in una maniera che sia intelligente (Thomas, 1998).

La University Grant Commission (Gangurde, 1994) aveva dapprima proposto l'introduzione di un corso obbligatorio sull'AIDS a livello studentesco. Alcuni istituti che operano nel campo sociale, oltre a scuole di medicina ed infermieristiche, hanno introdotto l'AIDS come materia nei loro programmi. Nel 1991, un programma chiamato Universities Talk AIDS (UTA) è stato iniziato dal Servizio Nazionale, Ministero per i Giovani e per lo Sport, in collaborazione con l'OMS ed il Ministero della Sanità in 59 Università

del paese (Shiv Lal, 1993). Successivamente è stato esteso alla maggior parte delle Università del paese. A parte ciò, diverse ONG stanno operando per creare una presa di coscienza dell'HIV-AIDS tra le persone cui si rivolgono attraverso un'organizzazione comunitaria e programmi di sviluppo. Tuttavia, possiamo notare che i responsabili hanno deciso di non includere l'educazione sessuale nel programma scolastico (Inderjit, 1994).

Critica

Le suddette contraddizioni nello scopo e nelle strategie esacerbano la crisi in un territorio come l'India, che ha una vasta popolazione (980 milioni di persone) e molte lingue, con differenze nelle comunità e differenze geografiche (18 lingue riconosciute e 1.652 dialetti e il 23,5% della popolazione che comprende gruppi tribali). Ci sono 32 Stati e Territori dell'unione, e il tasso di alfabetizzazione secondo il censimento del 1991 è del 52,1% (Manorama, 1994). È piuttosto ragionevole affermare che l'ondata della crisi può essere arginata solo se i programmi su AIDS, educazione sessuale e vita familiare vengono lanciati presto ed in modo efficiente attraverso le varie istituzioni educative nel paese.

Una revisione dei materiali preparati per Scuole, Colleges, Università, Istituti di Medicina e di Infermieristica mostra in modo chiaro che difficilmente esiste un cambiamento nel contenuto, nello stile e nella presentazione. Sembra come se venisse servita "la stessa zuppa" in piatti diversi. Allo stesso modo, le esperienze nei vari seminari, tavoli di lavoro e conferenze sono le stesse laddove vengono discusse le stesse cose dagli stessi partecipanti, con una o due eccezioni. In breve, possiamo concludere affermando che deve essere fatto il possibile per ampliare lo scopo degli sforzi fatti durante le conventions e gli incontri a livello nazionale ed internazionale.

Strategie di intervento e programmi della Chiesa nella Politica Sanitaria indiana: 1992

La Conferenza dei Vescovi Cattolici dell'India (Catholic Bishops' Conference of India: CBCI) ha iniziato per tempo un'azione diretta a rispondere alle questioni relative l'HIV-AIDS. La politica e la strategia della CBCI sono chiaramente riportate nella *Politica Sanitaria della Chiesa in India*, che è stata fatta circolare tra tutti i vescovi e le istituzioni sanitarie cattoliche del paese. Essa richiama a una "correzione delle abitudini permissive e della promiscuità sessuale, ed alla necessità di educare le persone sull'AIDS". I punti salienti della politica e della strategia sono (CBCI, 1992):

Politica

Le nostre Istituzioni forniranno cure amorose e compassionevoli a tutti i malati di AIDS. La prevenzione è attualmente il solo modo per contrastare l'AIDS. Essa ci invita a correggere le abitudini permissive e la promiscuità sessuale e a prevenire la diffusione attraverso il sangue e le siringhe, e a rivolgere attenzione ai gruppi ad alto rischio.

Strategia

1. Creare una presa di coscienza del problema ed educare le persone sull'AIDS.

2. Accettare i pazienti con l'AIDS; al tempo stesso dovranno essere prese delle precauzioni affinché la malattia non si diffonda inavvertitamente tra gli altri pazienti, tra il pubblico o tra il personale sanitario.

3. Orientare le persone a un comportamento sessuale regolato.

4. Promuovere la donazione volontaria del sangue attraverso donatori sani, dopo aver eseguito dei test per individuare il virus HIV e scoraggiare i donatori di professione.

5. Usare aghi e siringhe sterili, e metterli a disposizione per quanto necessario e possibile.

6. Mantenere il più stretto riserbo su tutti i prodotti del sangue che certificano il test per l'HIV.

7. Collaborare al programma nazionale contro l'AIDS.

La risposta della CBCI all'HIV-AIDS: 1996

Nel 1996 la CBCI ha emesso la sua seconda dichiarazione politica sull'HIV-AIDS, a cui è stata data ampia diffusione. La dichiarazione aveva come titolo *La risposta della Conferenza dei Vescovi Cattolici Indiani all'HIV-AIDS*, ed ha richiamato le istituzioni cattoliche che operano nel campo dell'educazione a lanciare un *programma generale di educazione alla vita familiare*, con un'informazione accurata e completa sull'HIV-AIDS. Esso afferma, inoltre, che: "È arrivato il momento per gli insegnanti che operano nel campo delle istituzioni cattoliche e per i genitori di diventare sempre più consapevoli dei rapidi cambiamenti delle prospettive sociali dei giovani. È importante e appropriato che i nostri figli ricevano delle risposte pronte, accurate e veritiere alle loro domande sul sesso, sulla sessualità e sull'HIV-AIDS. La CBCI chiama tutti i cattolici a riconoscere i grandi valori racchiusi nella Bibbia e negli insegnamenti della Chiesa riguardo al rapporto uomo-donna, al piano di Dio per la procreazione e per la realizzazione del Suo amore dalla condivisione totale ed incondizionata di una persona con il partner" (CBCI, 1996).



La politica per il trattamento dei pazienti con HIV-AIDS: 1997

Il St. John's Medical College di Bangalore (l'unico College Medico cattolico nel paese) ha evoluto la propria politica per il trattamento dei pazienti con HIV-AIDS, la quale è stata approvata dalla CBCI nel settembre del 1997. La politica afferma che: "*Una continua educazione dovrebbe essere organizzata per tutte le categorie di impiegati*, con speciale enfasi nei confronti di coloro che sono a rischio. Gli obiettivi di queste sessioni dovrebbero far emergere la consapevolezza che il trattamento di una persona infettata dall'HIV non è pericoloso se vengono prese le opportune precauzioni" (St. John's Medical College, 1997).

La politica della CHAI sull'AIDS

L'Associazione Indiana degli Ospedali Cattolici (CHAI) nella sua dichiarazione del 1994 afferma (CHAI, 1994):

- la CHAI si impegna in un programma di prevenzione della diffusione dell'infezione da HIV attraverso un processo di educazione e training a tutti i livelli e nei confronti della cura incondizionata di coloro che sono colpiti dall'infezione;

- la politica della CHAI punta la propria attenzione sui valori etici, sociali e spirituali oltre ai bisogni fisici e di cure, nonché sulle dimensioni della giustizia senza giudicare;

- la CHAI e le istituzioni che la compongono promuoveranno un'educazione che comprenda la sessualità umana e i valori per una vita densa di significato con comportamenti sessuali responsabili.

Critica

Un'analisi svolta sulle summenzionate dichiarazioni dei vari enti della Chiesa in India mostra che la Chiesa cattolica sta rispondendo ai problemi attinenti l'HIV-AIDS sin da quando questa malattia ha fatto la sua comparsa nel subcontinente indiano. La Chiesa e le sue istituzioni educative e

sanitarie sono molto preoccupate degli assalti dell'HIV-AIDS e sono impegnate a fornire un'educazione basata sui valori alle masse in genere e agli impiegati, oltre a fornire trattamento, cura e sostegno spirituale a coloro che sono stati infettati dall'HIV e ai loro familiari con risorse limitate, sia finanziarie che relative all'esperienza personale.

Altri interventi educativi basati sui valori

Pubblicazioni

La commissione della CBCI per la Sanità ha sviluppato e pubblicato del materiale stampato sull'HIV-AIDS, fornendo una politica di lavoro e delle linee guida per i sacerdoti, i religiosi, gli insegnanti scolastici ed altre persone. Alcune di esse sono riportate di seguito.

a) *HIV e Pastorale*: comprende 14 capitoli, un glossario, una bibliografia e dettagli pertinenti ai Centri di sorveglianza dell'HIV e ai Centri zonali per il test sul sangue nel paese. Questo libro è stato scritto tenendo presente la prospettiva biblica, particolarmente il Nuovo Testamento. Il libro è stato scritto da un sacerdote e da un laico, commentato da un teologo morale ed ha una prefazione del Presidente della CBIC, S.E. Rev.ma Alain de Lastic, Arcivescovo di Delhi.

b) *Prevenzione dell'HIV-AIDS. Un libro di testo per la scuola*: comprende 12 capitoli con 5 esercizi in ogni capitolo sotto forma di ruoli, dibattiti, discussione in gruppo e altre attività da svolgere in classe. Ha un certo numero di illustrazioni ed è stato preparato tenendo presenti i valori morali, sociali, culturali, spirituali e della famiglia. Questo libro è disponibile in due lingue, inglese e hindi.

c) *L'HIV-AIDS, l'educazione sessuale e la vita familiare*: è stato preparato con la collaborazione di esperti di diversi campi, come medici, psicologi, operatori sociali, consultori ed altri specialisti. Il volume vuole aiutare le istituzioni educative a sviluppare dei pro-

grammi di studio basati sui valori nei campi summenzionati, adattandosi ai bisogni locali.

d) Un opuscolo su: *AIDS: appello della CBCI alla prevenzione ed al controllo dell'HIV-AIDS*. È stato preparato per essere distribuito gratuitamente tra le persone durante gli incontri, le conventions, i programmi di formazione, ecc. Data la richiesta, l'opuscolo è stato ristampato, in parte modificato, con il titolo *Un appello alla prevenzione ed al controllo dell'HIV-AIDS*. L'opuscolo contiene valori morali e spirituali.

La collaborazione con la National Open University

La CBCI ha raggiunto un accordo con la *Indira Gandhi National Open University* (IGNOU) per lo sviluppo ed il lancio di programmi di studio sull'HIV-AIDS, l'educazione alla vita familiare ed il servizio sociale nel più ampio interesse di insegnanti, paramedici, genitori, funzionari di ONG, ecc., da diffondere nel paese.

L'Università ha iniziato il processo sviluppando un programma di studio certificato su "*HIV e Educazione Familiare*" da divulgare attraverso un sistema di apprendimento a distanza. È la prima volta che un'Università indiana (l'India ha circa 250 Università) sviluppa e lancia un programma su quest'argomento. I destinatari si contano a migliaia.

È di grande soddisfazione poter riferire che l'Università ha appoggiato la posizione della Chiesa riguardo all'approccio e alle strategie per la prevenzione dell'HIV-AIDS nel paese.

I membri che fanno parte del comitato di esperti costituito dall'Università comprendono diversi cristiani (sacerdoti, teologi morali ed altri eminenti accademici). Il programma che essi hanno steso ha l'approvazione dell'Università ed è in linea con la posizione della Chiesa riguardo agli argomenti morali e ai valori.

Ho anche il piacere di affermare che l'IGNOU ha accettato il volantino dal titolo "Guida per lo studente alla prevenzione dell'HIV-AIDS" prepa-

rato dall'unica facoltà cattolica di quella Università. Anche questo volantino sostiene i valori morali, sociali e familiari, ed ha l'approvazione della NACO e dell'OMS. Infatti, sia la NACO che l'OMS si sono dimostrate favorevoli a stampare questo volantino, che è stato spedito dall'Università ad un totale di 800.000 studenti.

In breve, possiamo dire che l'approccio seguito dalla Chiesa in India in aree molto delicate come l'HIV-AIDS e l'Educazione Familiare sta ottenendo il plauso delle istituzioni accademiche del paese. Molto ancora si può fare, se saranno disponibili fondi sufficienti per iniziative del genere.

Studi su iniziative a livello diocesano

La Commissione per la Salute della CBCI ha intrapreso uno studio nel paese per conoscere le iniziative prese dalle 144 diocesi relativamente alla prevenzione ed al controllo dell'HIV-AIDS. Allo scopo è stato redatto un questionario per rilevare vari aspetti del programma, come l'informazione sull'HIV-AIDS, l'educazione alla vita familiare, la presa di coscienza dell'AIDS, programmi di addestramento, seminari, riabilitazione, attrezzature per il trattamento, cura, supporto, consigli e attrezzature per i test HIV, ecc. Questo questionario è stato spedito a tutti i vescovi e le risposte sono iniziate ad arrivare in massa. Ci si aspetta che entro sei mesi questo studio sarà completato. Sulla base dei dati raccolti, vorrei presentarvi un paio di casi di studio relativi ad esperienze illuminanti di alcune delle nostre istituzioni impegnate nel lavoro sull'HIV-AIDS.

Casi di studio

St. John's Medical College di Bangalore

Il St. John's Medical College si trova a Bangalore, che è la capitale dello stato di Karnataka, nel sud dell'India. Si trova nell'Arcidiocesi di Bangalore.

Quando il Consiglio Indiano di Ricerca Medica (ICMR) ha iniziato a creare dei centri nodali in tutto il paese alla fine degli anni '80, il St. John's rifiutò di diventare uno di questi. Solo nel 1990 l'ospedale introdusse il laboratorio di analisi ELISA per l'HIV-AIDS, in quanto l'analisi per l'HIV divenne obbligatoria nel paese.

Viene fornita alle persone una consulenza prima del test sanguigno, che viene condotta e protetta in modo confidenziale. Persino quando un paziente viene dimesso la scheda relativa menziona soltanto che soffre di infezione umana retrovirale.

Il primo caso di AIDS fu diagnosticato nel 1989 e venne sistemato in un letto singolo nel reparto isolamento per la cura del paziente malato. Dal 1992 l'ospedale ha iniziato ad occuparsi di un numero sempre maggiore di casi, ed ora i pazienti vengono curati senza discriminazioni e non solo separati o isolati. All'inizio del 1992 una sala parto è stata destinata a madri infettate dall'HIV. Ora non vi è una sala parto separata e vengono prese delle precauzioni adeguate per prevenire la trasmissione dell'HIV durante il parto.

Lo staff infermieristico e di assistenza non esprime apprensione relativamente al fatto di occuparsi di pazienti con HIV, sebbene molti chirurghi abbiano paura. Durante gli ultimi tre anni sono state registrate nei medici cinque ferite da ago, e tutte sono accadute per mancanza di precauzioni e per la fatica. I patologi ancora si rifiutano di eseguire l'autopsia su pazienti che sono deceduti a causa dell'HIV-AIDS.

Il dipartimento per il lavoro sociale fornisce ai pazienti ed alle loro famiglie ogni tipo di assistenza, che comprende il trovare un lavoro, un alloggio, un supporto psicologico e a volte anche un aiuto economico per venire incontro a necessità urgenti.

Un'educazione continua dello staff sull'HIV-AIDS è un aspetto importante nel St. John's. Si tengono dei corsi regolari per medici e paramedici, i quali lavorano non soltanto in questo ospedale ma an-

che per gli staff di altre istituzioni mediche e che operano in campo sanitario.

Per coordinare e impartire delle direttive al programma sull'HIV-AIDS, il St. John's ha stabilito una cellula AIDS, che consiste in Fisici, Microbiologi, Dermatologi e Psichiatri. Ha inoltre un gruppo consultivo, composto dai membri dell'amministrazione e dai responsabili dei principali dipartimenti. Essi si incontrano periodicamente per revisionare l'attività svolta e per pianificare il futuro.

Shalom un centro riabilitativo

Shalom è un centro per la riabilitazione di persone che abusano di sostanze stupefacenti (la maggior parte dei quali è infettata dall'HIV) e per suscitare una presa di coscienza sull'HIV-AIDS. Si trova a Dimapur, nella Diocesi cattolica di Kohima, nello Stato di Nagaland, nel nord-est. Nagaland e il suo vicino Stato di Manipur annoverano rispettivamente il maggior numero di tossicodipendenti e di casi di HIV+ del paese.

La facile disponibilità delle droghe a un prezzo relativamente economico è la causa principale di questa abitudine mortale tra i giovani della regione. Questa regione segna il confine per il passaggio al Triangolo d'Oro, la tradizionale via del traffico di droga globale.

Si stima che circa il 2,5% della popolazione totale del Nagaland sia dipendente da droghe, escludendo quelli che abusano di alcol e di altri tipi

di droghe leggere. La maggior parte di questi tossicodipendenti fa anche uso di I.V.

Shalom ha la possibilità di accettare 20 pazienti per volta. Essi usufruiscono del trattamento e possono seguire un programma per circa 6 mesi. Viene fornito inoltre un servizio di consulenza agli alcolisti che si trovano nella prigione centrale di Dimapur e un aiuto medico professionale dai medici residenti e dallo staff che si trova nel vicino centro sanitario.

Durante gli ultimi sette anni dalla sua creazione la priorità di Shalom è stata quella di fornire trattamento e riabilitazione agli HIV+ indigenti e ai tossicodipendenti che non potrebbero affrontare il costo del trattamento.

La caratteristica unica di Shalom è che vengono impiegati tre ex-tossicodipendenti come animatori e consulenti. Oltre a loro, ci sono altri ex-tossicodipendenti che hanno usufruito del trattamento e che operano in diversi centri di recupero e nel consultorio. L'esperienza ha dimostrato che questi animatori sono molto efficaci nel fornire servizi riabilitativi e consigli agli altri pazienti.

Durante il breve spazio di tempo del suo operato, Shalom ha esteso i suoi programmi educativi e di presa di coscienza a una ventina di scuole, collegi e gruppi giovanili nel nord-est, organizzando spettacoli cinematografici sulla droga e sull'HIV e tavole rotonde.

Shalom sta anche offrendo un programma per l'apprendimento a distanza, comprendente 8 lezioni sull'abuso di droghe e sull'HIV-AIDS. Più di mille studenti partecipano a questo programma. Shalom fornisce inoltre regolari tavole rotonde per il training sull'HIV e la tossicodipendenza a sacerdoti, religiosi, insegnanti di scuola e di collegi, medici professionisti ed altri operatori in campo giovanile. Shalom ha anche l'intenzione di introdurre un programma di training vocazionale per i tossicodipendenti che hanno usufruito del trattamento e per coloro che si trovano ai vari livelli

del processo di riabilitazione.

Gli sforzi di Shalom in questa parte del paese sembrano avere un ragionevole successo per quanto riguarda l'intervento nel campo della prevenzione e del controllo dell'HIV-AIDS e della tossicodipendenza.

Snehadaan: Casa della Carità di San Camillo

Snehadaan appartiene alla Società dell'Ordine di San Camillo. I Camilliani sono presenti in 3 Stati dell'India dal 1980. L'organizzazione ha un'opzione preferenziale per la cura delle persone con HIV-AIDS, e come risultato di ciò Snehadaan ha iniziato formalmente la sua attività il 14 luglio 1997 in Bangalore.

Snehadaan ha una visione profetica nei confronti di quanti convivono con l'HIV-AIDS: ritiene che esista una speranza persino dopo che un essere umano è stato diagnosticato HIV+. La prognosi dipende in modo significativo dal modo in cui il malato viene trattato dai servizi sanitari. Coloro che sono ammessi a Snehadaan sono incoraggiati a diventare parte della famiglia in cui ogni singolo individuo può amare ed essere amato dagli altri membri della comunità. Per questo, ogni residente è accettato sulla base del proprio carattere e diventa parte dell'intera comunità.

Snehadaan accetta questi malati come priorità per la cura, a qualsiasi stadio della malattia si trovino. Tuttavia viene data una preferenza ai più malati, a quelle persone cioè che sono già devastate dalla malattia. La comunità di Snehadaan offre cure 24 ore su 24 e tratta ogni tipo di malattia connessa con l'HIV. Offre inoltre un supporto laddove l'ambiente familiare della persona sia inadeguato, possa metterla a rischio o non esista affatto.

Snehadaan è una casa di riposo per coloro che hanno bisogno di alloggio e convalescenza mentre vengono curati. Agisce come una casa a metà strada dopo che un individuo è stato dimesso dall'ospedale e non può tornare nel proprio ambiente familiare. Entrambi gli aspetti della cura forniscono



no interventi tempestivi per un disturbo di minore o maggiore entità che possa accadere nel corso della malattia. Garantisce sicurezza ai residenti. Una speciale attenzione viene data alle persone che necessitano di una riabilitazione fisica. Snedhadaan fornisce inoltre cure palliative (di tipo 'hospice') a coloro che si trovano nello stato terminale della propria vita. Quest'ultima viene vista come una priorità. Snedhadaan la ha visione di un'esistenza degna per coloro che vivono con l'HIV. Ciò significa aiutarli ad accettare con dignità le proprie privazioni: siano esse di tipo fisico, familiare, psicologico, finanziario o emotivo.

In linea con i suoi valori principali Snedhadaan promuove una visione olistica delle cure e fa ogni sforzo per la massima riabilitazione. La vita dei malati di AIDS a Snedhadaan è abilitata a crescere moralmente, spiritualmente e socialmente, per quanto essi ne siano capaci. Ogni persona viene trattata come un individuo unico, con il potere di cambiare e di controllare la propria vita. Al termine del soggiorno della persona a Snedhadaan, il reinserimento sociale così come la riconciliazione familiare sono cercati e caldamente incoraggiati.

Snedhadaan sente che il bisogno più urgente è quello di insegnare alle famiglie e alle comunità come curare questi malati. Inoltre, il personale viene costantemente chiamato per tenere programmi di formazione adattati ai bisogni di un'Organizzazione non governamentale o governamentale: Scuole Infermieristiche, Radiologi, Studenti dell'Istituto di Management, Operatori di Pastorale Sanitaria, Gruppi che operano in Hospice, ecc. I Camilliani stanno rendendo un meraviglioso servizio ai pazienti di AIDS.

Altri tentativi simili

Diverse Comunità religiose e Diocesi sono impegnate in varia misura nel campo dell'HIV-AIDS. Vi forniamo ora una breve nota su alcuni dei loro esperimenti.

Casa di Santa Caterina: Snehalia

Snehalia, a Bombay, è impegnata nella cura e nella riabilitazione dei bambini nati da madri con HIV-AIDS. Vi sono ospitati 24 bambini, quasi tutti con problemi fisici e mentali. Tre di essi sono risultati negativi al test. Alcuni di quelli che sono risultati negativi al test dell'HIV sono stati adottati o sono tornati a casa o dai parenti. Le cure di tipo 'home care' e l'accettazione sono le principali strategie adottate dalle suore in questa casa nel lavoro di cura e di riabilitazione.

Sneha Bhawan

Sneha Bhawan si trova a Imphal, la capitale di Manipur, nel nord-est dell'India. Vi vengono fornite cure e sostegno alle donne tossicodipendenti e a quelle HIV+. La maggior parte delle ospiti ha tra i 15 ed i 25 anni. Sneha Bhawan fornisce un servizio di consultorio, 'home care' e altri servizi di riabilitazione a pazienti donne. Quasi tutte le ospiti di questa casa sono state trovate HIV+ al test.

Ospedale del Redentore: Theni

L'Ospedale del Redentore si trova nello Stato di Tamil Nadu, nel sud dell'India. Le suore sono impegnate in un modo unico per diffondere la presa di coscienza sull'HIV-AIDS. Il loro punto d'ingresso è attraverso la comunità dei barbieri. Oltre 200 barbieri sono associati con il progetto di diffusione della presa di coscienza sull'HIV-AIDS. Gli uomini si recano dal barbiere almeno una volta ogni due mesi. Perciò è un modo certo di raggiungere ogni casa attraverso questo mezzo.

Il programma di intervento sull'HIV-AIDS a Theni integra anche il programma sanitario di riproduzione così come quello per il controllo della TBC, in collaborazione con il governo. Le suore di Theni lavorano anche con i gruppi nomadi, gli autisti, i lavoratori edili e gli operatori del sesso.

Esperienza, Risultati e Limiti

L'analisi di alcune delle risposte iniziali raccolte da varie parti del paese mostrano che i nostri fornitori di cure sanitarie, gli insegnanti, gli operatori sociali, i sacerdoti ed i religiosi hanno raggiunto, nel loro lavoro nel campo dell'HIV-AIDS, delle esperienze ricche e varie. Le metodologie e le strategie di intervento adottate comprendono: i servizi di consultorio, la terapia occupazionale, lo yoga e l'esercizio fisico, la presa di coscienza, l'educazione, la formazione vocazionale, programmi ricreativi, la cura spirituale ed il sostegno emotivo.

Molte delle nostre istituzioni sono impegnate in una rete operativa attraverso l'organizzazione di gruppi di supporto per le persone HIV+, incontri di gruppi di cura e sostegno negli ospedali, un team per le cure in case-famiglia, cure istituzionali decentralizzate, la condivisione delle informazioni e la diffusione della conoscenza a persone con diversi tipi di vita.

Alcuni dei limiti e delle aree che richiedono un miglioramento

- a) La difficoltà di trovare dei fondi a lungo termine.
- b) La non disponibilità di medicinali ad un prezzo accessibile.
- c) L'atteggiamento indifferente degli ospedali e degli staff.
- d) La difficoltà nel monitoraggio dei membri familiari e di fornitori di cure.
- e) La riabilitazione e lo scaricare il peso sulla comunità.
- f) La mancanza di partecipazione e di accettazione da parte della comunità.
- g) Lo stress da parte dello staff, ecc.

Suggerimenti

La Chiesa in India ha iniziato un certo numero di programmi nel paese per la prevenzione e il controllo dell'HIV-AIDS, in modo particolare nelle aree dove i problemi sono iniziati ad emergere. Tut-

tavia, la vastità geografica dell'area, l'estensione della popolazione, le risorse limitate, i sistemi sanitari con scarsi investimenti e poco personale oltre che le varie necessità dei malati hanno posto alla Chiesa il compito quasi insormontabile di dare una risposta immediata. Alcuni degli aspetti cui la Chiesa deve rispondere immediatamente sono:

a) bisogna creare una "politica comune" forte, di vasta portata e fattibile per confrontare il problema dell'HIV-AIDS nel paese. Attualmente vari enti della Chiesa hanno esposto le loro politiche. Questa necessità deve essere integrata con un approccio olistico che comprenda, tra l'altro, i gruppi socialmente svantaggiati, le donne, i giovani, le comunità parrocchiali, ecc.;

b) è necessario evolvere delle strategie di lavoro che dovranno adeguatamente comprendere la condivisione di esperienze a livello nazionale, regionale, diocesano e parrocchiale. C'è bisogno urgente di mobilitare delle risorse (per progetti a breve e a lungo termine) per quanto riguarda fondi, conoscenza di esperti e attrezzature infrastrutturali;

c) per un adeguato completamento delle politiche e delle strategie la Chiesa deve addestrare un ampio contingente di personale fra gli operatori sanitari, gli insegnanti, gli operatori sociali e dei consultori, ecc.;

d) la Chiesa in India deve discutere e ideare dei piani per venire incontro all'eventualità che un numero sempre maggiore di bambini rimanga orfano, che nascano più bambini HIV+, che sempre più mogli

vengano infettate e che ci sia un numero sempre crescente di morti per l'HIV-AIDS;

e) non è sufficiente dire che il progetto della Chiesa si limita alla sua forte opposizione alla 'cultura del preservativo e delle campagne per il sesso sicuro'. Essa deve pubblicizzare le proprie strategie, le proprie politiche, i risultati e le esperienze di un lavoro con le persone infettate dall'HIV che ha portato frutti in tutto il paese, senza adottare pratiche immorali;

f) la Chiesa in India, e la Chiesa mondiale, deve educare i propri membri a non lasciarsi trasportare dai quei consigli e da quegli insegnamenti che sono contrari ai valori umani, a quelli etici e alla giustizia sociale e che stanno ponendo una sfida alla struttura della nostra comunità cattolica.

Il recente Rapporto dell'UNAIDS del giugno 1999 riporta alle pagine 35-36 che: "Gli oppositori delle campagne per il sesso sicuro hanno disseminato una cattiva informazione sul preservativo – uno dei mezzi più efficaci per contrastare la trasmissione dell'HIV – adducendo che esso non agisce o che contribuisce alla diffusione dell'HIV. C'è bisogno di una difesa ostinata per contrastare argomenti non scientifici e per sostenere quei governi e quelle istituzioni che ne rendono effettiva la pratica". *Ha la Chiesa una risposta a questa affermazione? È vero che ignoriamo questi argomenti?*

Conclusione

I rapporti rilasciati e pubblicati in varie 'convention' nazionali ed internazionali indicano che tra tutte le nazioni l'India ha il più ampio numero di individui infettati dall'HIV. È stato addotto che l'India ha l'equivoco primato di diventare la capitale dell'AIDS nel 21° secolo. L'inesorabile diffusione dell'HIV-AIDS nel paese nel corso degli ultimi anni ha rivelato le sue gravi conseguenze per la salute e le abitudini comportamentali delle persone di ogni tipo.

Nell'assenza di un farmaco per la cura e di un vaccino per la prevenzione, l'educazione è l'unica opzione effettiva per contenere un'ulteriore diffusione dell'HIV. La Chiesa in India e la Commissione Sanitaria della CBCI in particolare hanno intrapreso la missione di affrontare questa questione attraverso il lancio di *un'educazione basata sui valori*, malgrado i propri limiti, specialmente di tipo finanziario. Si spera che la Chiesa in India continuerà i propri sforzi per contenere un'ulteriore diffusione del virus dell'AIDS attraverso *l'educazione basata sui valori* e sulle campagne per una presa di coscienza. La Chiesa deve anche fare un'indagine riguardo alle sue politiche, alle strategie e alle metodologie adottate per il miglioramento dei vari programmi, in modo che possano essere prese adeguate misure per poter affrontare qualsiasi futura eventualità.

Dott. GRACIOUS THOMAS,
Coordinatore del Programma HIV
ed Educazione Familiare
Indira Gandhi National
Open University
New Delhi, INDIA

Bibliografia

- CBCI (1992). *Health policy of the Church in India: Guidelines*, CBCI, New Delhi, p. 24.
- CBCI (1996). *The Response of the Catholic Bishop's Conference of India to HIV-AIDS*, CBCI Centre, New Delhi.
- CHAI (1994). *Policy on AIDS*. The CHAI, Secunderabad, p. 2.
- CHAI (1999). *Proceedings of the consultation of Church Bodies in India on HIV-AIDS*. CHAI, Secunderabad.
- GANGURDE, R.P. (1994). *Action plan for preventing and controlling AIDS with the help of University and college community* (letter D.O. No. F. 29-1/93) (NFE-I dated March 1994), U.G.C., New Delhi.
- INDERJIT, SABINA (1994). "No to sex Education in School", T 01, New Delhi, 22 September.
- LEBEL (Most. Rev. Robert Lebel 1988). *AIDS: Is there a Catholic Response?* (extracts from the text of an address given by His Grace, Bishop of Valleyfield and Vice President for the Canadian Conference of Catholic Bishops, at the 1988 CHAC Annual Convention), Chac Review, Summer.
- Manorama (1994). *India and the states: The principal languages* (The Manorama Year Book), Malayala Manorama, Kottayam.
- NACO (1998). *Country Scenario 1997-98*, National AIDS Control Orga-



nization, Ministry of Health & Family Welfare, Government of India, New Delhi, p.1.

NACO (1999). *AIDS update* (reported to NACO by the 32 States and Union Territories every month), NACO, New Delhi, September.

OUSEPARAMBIL, SEBASTIAN (1999). *St. John's Experience with AIDS: Achievements, failures and aspirations* (paper presented at the consultation of Church Bodies in India on HIV-AIDS organized by Catholic Hospital Association of India in New Delhi on 28-29 April 1999).

Panos Dossier (1990). *The 3rd Epidemic-Repercussion of the fear of AIDS*, The Panos Institute, London, pp. 5-6.

SHIV, LAL (1993). *Preventing AIDS: Educating youth to protect themselves*

from infections, Swasth Hind, (Nov-Dec) Central Health Education Bureau, New Delhi, p. 270.

SHIV, LAL AND DR. SENGUPTA (1995). *HIV-AIDS pandemic: The Indian context*, in *AIDS in India*, NACO, New Delhi.

ST. JOHN'S MEDICAL COLLEGE (1997). *Policy for management of HIV-AIDS patients*, Bangalore, p. 9.

THOMAS, GRACIOUS & V. RANGA (1995). *Prevention and Control of AIDS Through Distance Education*. In: 'One World, Many Voices (Conference paper): 17th World Conference for Distance Education, Birmingham, 26-30 June 1995.

THOMAS, GRACIOUS (1996). Concept paper on establishment of a 'Teaching,

Research and Extension Centre for AIDS Programme' at Utkal University (Unpublished), Bhubaneswar.

THOMAS, GRACIOUS (1998). "Need for programme of study on AIDS and Family Education" in *Contemporary Social Work*, Lucknow University, vol. XV, April, pp. 37-44.

THOMAS, GRACIOUS (1998). *Situation of AIDS in India: Strategies for prevention* (Thesis for Doctor of Letters), Utkal University, Bhubaneswar, p. 212.

THOMAS, GRACIOUS & PEREIRA GEORGE (1999). *HIV and Pastoral Care*, CBCI Commission for Health, New Delhi, p. 76.

UNAIDS (1999). *The UNAIDS Report - A joint response to AIDS*, UNAIDS, Geneva, Switzerland, p. 16.

III: Spagna, la fondazione *Dimensió SIDA*

58

Introduzione

La Fondazione *Dimensió SIDA* di Barcellona ringrazia la Conferenza Episcopale Spagnola per averle affidato l'incarico di rappresentarla in questo Congresso sull'AIDS organizzato dal Pontificio Consiglio per la Pastorale della Salute.

Per evitare possibili confusioni, facciamo notare che la Fondazione *Dimensió SIDA* non dipende in alcun modo dalla Conferenza Episcopale Spagnola né da alcun altro ente della Chiesa Cattolica o da altra istituzione. Siamo una fondazione *privata e civile* (non ecclesiastica), di ispirazione cristiana, con ambito interreligioso, legalmente costituita in Spagna e Catalogna. Siamo, semplicemente, un'Organizzazione non Governativa di Servizio nel campo dell'AIDS (ONG-AIDS), con i vantaggi e gli inconvenienti che ciò presuppone.

L'AIDS, tre epidemie

Dobbiamo partire dal fatto che l'AIDS comprende tre epidemie distinte, benché interdipendenti:

- 1) epidemia di HIV (infezione)
- 2) epidemia di AIDS (malattie opportuniste)
- 3) epidemia dell'impatto psicologico e del rifiuto sociale che colpisce le persone affette da questa malattia.

È opportuno ricordare i dati epidemiologici dell'HIV-AIDS nel mondo, con il grave dislivello tra i paesi cosiddetti sviluppati e quelli in via di sviluppo. È evidente la necessità di stabilire scambi e politiche realistiche di collaborazione e di aiuto tra i paesi, in particolare con quelli in maggiori difficoltà.

La Spagna è il paese europeo con il maggior numero di casi di AIDS "conclamati"

La situazione dei casi di AIDS "conclamati" in Europa ci mostra che la Spagna è il paese europeo con il numero maggiore, il doppio rispetto ai paesi con maggiore incidenza come l'Italia e la Svizzera, e tre volte quello della Francia.

1. L'AIDS, una sfida per le Chiese

Attenzione pastorale della Chiesa in Spagna

L'attenzione pastorale della Chiesa cattolica di Spagna in materia di AIDS viene realizzata principalmente nel seguente modo:

- 1) delegazioni diocesane di Pastorale della Salute;
- 2) Caritas diocesane;
- 3) Congregazioni religiose;
- 4) attenzione religiosa negli ospedali;

5) cristiani nelle ONG-AIDS.

ICASO

Grazie al sostegno dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) e del Programma ONUSIDA esiste un Organismo internazionale denominato ICASO (Internacional Council of Aids Service Organizations) che promuove, a livello mondiale, l'azione volontaria cittadina delle Organizzazioni non Governative di Servizio nel campo dell'AIDS. Esso gode di una semplice struttura nei cinque continenti.

II Conferenza Internazionale delle ONG/AIDS (Parigi, 1-4 novembre 1990)

Dall'1 al 4 dicembre 1990 si è svolta a Parigi la II Conferenza Internazionale delle Organizzazioni non Governative di Servizio nel campo dell'AIDS (ONG-AIDS) sul tema "Politiche di solidarietà". Vi hanno preso parte 1.200 persone di 80 paesi del mondo, tra i quali un numero notevole di sieropositivi e di malati di AIDS.

Il gruppo di lavoro "Religione e AIDS" ha elaborato una raccomandazione che è stata presentata all'Assemblea di chiusura ed ampiamente approvata dai partecipanti. Tale raccomandazione voleva essere un grido di allarme alle di-

verse religioni e confessioni religiose del mondo.

“I partecipanti alla II Conferenza Internazionale delle Organizzazioni non Governative di Servizio nel campo dell’AIDS (ONG-AIDS), sul tema *Politiche di solidarietà* – credenti, cristiani di varie chiese e atei – manifestano ai membri di queste chiese e alle loro autorità:

1) che le persone che convivono con il virus dell’AIDS si aspettano sempre più che i credenti li aiutino nella loro ricerca di dare senso alla vita e nell’accompagnamento spirituale.

2) che, pur ricevendo a volte questo aiuto, spesso incontrano nelle chiese incomprensione, sfiducia e rifiuto.

Affermiamo che l’AIDS non è un castigo né un dono di Dio, ma una malattia che implica:

– il rischio di vivere positivamente in un mondo colpito dal virus dell’AIDS

– il rischio di condividere le risorse in una società fondamentalmente disuguale

– una sfida per la verità e lo spirito

– una sfida per le chiese”.

ICAN (International Christian Aids Network)

L’ICAN (International Christian Aids Network), che ha sede attualmente ad Amsterdam, opera in ambito cristiano ed ecumenico. Ne fanno parte Organizzazioni non Governative di diversi paesi del mondo che lavorano nel campo dell’AIDS, e che hanno come punto di riferimento il messaggio evangelico.



2. Natura ed obiettivi della Fondazione Dimensió SIDA

Dalla prospettiva e con la libertà di essere una ONG-AIDS e membro dell’ICAN, la Fondazione *Dimensió SIDA* di Barcellona presenta in questo Congresso del Vaticano il suo intervento su *Esperienze e prospettive nella prevenzione dell’HIV-AIDS: educazione ai valori*.

Natura

La Fondazione *Dimensió SIDA* è stata creata a Barcellona il 7 marzo 1995. Si tratta di una fondazione privata, civile (non ecclesiastica), di ispirazione cristiana e con ambito interreligioso.

Obiettivi

Gli obiettivi della Fondazione *Dimensió SIDA* sono i seguenti:

1. stimolare la *dimensione interiore e spirituale* delle persone che convivono con il virus dell’AIDS, rispettando il loro percorso particolare;

2. suscitare la sensibilità e l’operato delle *diverse Chiese e confessioni religiose* in materia di

– accoglienza delle persone colpite,

– accompagnamento spirituale che chiedono o di cui hanno bisogno le persone colpite e i loro familiari ed amici,

– solidarietà e convivenza tra persone che hanno fatto diverse opzioni di vita,

– prevenzione dell’infezione;

3. riunire e pubblicare *materiale informativo e documentazione*, in particolare su *Spiritualità e AIDS*, che possano aiutare singoli individui, gruppi, chiese e confessioni religiose;

4. realizzare *altre attività* utili, soprattutto rispetto ai giovani, e *collaborare* con le Amministrazioni Pubbliche e le Organizzazioni non Governative (ONG).

3. Valori e attività della Fondazione Dimensió SIDA

Alcuni dei membri attuali

della Fondazione *Dimensió SIDA* hanno lavorato in diverse organizzazioni e attività relative all’HIV-AIDS a partire dal 1985. La Fondazione *Dimensió SIDA* è stata creata nel 1995 per raccogliere gli sforzi tesi a conseguire alcuni valori che riteniamo fondamentali. Segnaliamo qui di seguito i valori che ci guidano e le attività principali con cui intendiamo stimolarli e diffonderli.

Valore 1 CORAGGIO

La pandemia dell’HIV-AIDS chiede a tutti – e anche alla Chiesa cattolica e alle altre confessioni religiose – *CORAGGIO* per vedere la realtà nei suoi molteplici aspetti.

Parlare di AIDS nelle nostre chiese

L’iscrizione di un manifesto su “Chrétien et SIDA” della Francia, dice quanto segue: *SIDA, nous en pouvons parler aussi dans nos églises* (AIDS, ne possiamo parlare anche nelle nostre chiese). Nessun aspetto di questo problema deve essere estraneo alla Chiesa.

Attività valore 1

La Fondazione *Dimensió SIDA* intende far fronte alla triplice epidemia dell’HIV-AIDS con diverse attività. Alcune di queste hanno richiesto da parte nostra un notevole *CORAGGIO*. Segnaliamo le due più importanti per la ripercussione avuta sul pubblico.

1) Pubblicazione de *La Chiesa di Catalogna e l’AIDS* (1997).

Elaborazione e pubblicazione del libro in catalano *L’Església de Catalunya i la SIDA: experiències, reflexions i propostes* (La Chiesa di Catalogna e l’AIDS: esperienze, riflessioni e proposte). Il libro è diviso in tre grandi parti:

– una *REALTÀ* del nostro tempo;

– alcune *PERSONE* discutono, agiscono e vivono;

– alcuni *SERVIZI* di attenzione, accompagnamento e sensibilizzazione.

2) Rapporto presentato ed esposto in Vaticano (1998).

Elaborazione e pubblicazio-

ne del Rapporto presentato nella riunione del Gruppo AIDS del Vaticano (18-19 dicembre 1998) in rappresentanza della Conferenza Episcopale Spagnola *Azione pastorale nei confronti dell'HIV-AIDS della Chiesa cattolica di Spagna*.

Il rapporto riguarda:

- aspetti epidemologici e sanitari;
- aspetti psicologici e sociali;
- aspetti pastorali e azione della Chiesa;
- la Fondazione *Dimensió SIDA*;
- allegati.

Il Segretario della Conferenza Episcopale Spagnola, Mons. Asenjo, ha inviato copia di detto Rapporto a tutti i Vescovi del Paese. In seguito, la stessa Conferenza Episcopale ci ha chiesto di inviare un esemplare del Rapporto ai Delegati della Pastorale della Salute di ogni Diocesi della Spagna. La Fondazione *Dimensió SIDA* lo ha fatto con piacere e con un notevole sforzo economico.

Valore 2

ASCOLTARE gli scienziati e i professionisti

Un altro valore da noi costantemente incoraggiato è quello di *ASCOLTARE* coloro che sono esperti in materia di HIV-AIDS, nel campo dell'epidemiologia, della medicina, della psicologia, della sociologia, dei diritti umani, ecc. Cerchiamo di stare attenti ai continui apporti di scienziati e di professionisti nei diversi aspetti di questa pandemia.

Siamo in contatto permanente con l'Organizzazione Mondiale della Sanità e con l'ONUSIDA, nonché con persone ed organizzazioni nazionali ed internazionali.

Attività valore 2

Segnaliamo due attività principali riguardanti questo valore.

1) *AIDS, i Fatti, la Speranza.*

Alcuni membri della nostra Fondazione sono stati i promotori, nel 1993, della traduzione, pubblicazione e diffusione in catalano e castigliano dell'opera del Prof. Luc Mon-

tagnier, scopritore dell'HIV presso l'Istituto Pasteur di Parigi, dal titolo *AIDS, i Fatti, la Speranza*.

Tale opera è suddivisa in tre parti:

- il virus dell'AIDS e la sua trasmissione;
- l'infezione da HIV e il suo trattamento;
- la prevenzione.

2) Edizione e diffusione di un milioni di esemplari.

La banca "la Caixa", che conta moltissime sedi in Catalogna e in tutta la Spagna – ed alcune all'estero – ha accettato il nostro lavoro e ne ha fatto stampare un milione di esemplari (500.000 in catalano e 500.000 in castigliano). L'edizione è stata distribuita gratuitamente ai clienti della banca, a scuole e ad organizzazioni giovanili. La Fondazione *Dimensió SIDA*, come molte altre ONG-AIDS, utilizza questo materiale in conferenze di formazione.

Ascolta tu!

La scienza e quanti lavorano nella ricerca, nel trattamento e nella prevenzione dell'HIV-AIDS hanno rivolto un grido di allarme, *Ascolta tu!*, ai cittadini, alle associazioni, alle istituzioni civili e religiose – e anche alla Chiesa – sulle base dei dati forniti dalla scienza e dall'esperienza, che invitano a un cambiamento di atteggiamenti e di comportamenti a rischio. È opportuno stare attenti ai nuovi risultati scientifici in questo campo senza chiudersi in concezioni e atteggiamenti superati.

Valore 3

CONDOTTE

scientificamente "salutari"
(Dialogo interdisciplinare)

Molti cittadini e anche membri della Chiesa cattolica e di altre chiese, hanno dato e stanno dando in diverse parti del mondo una grande testimonianza di solidarietà e fraternità nell'attenzione alle persone che convivono con l'HIV-AIDS. Ovunque esistono centri per malati – gestiti da religiosi, religiose, sacerdoti e laici – che meritano il riconoscimento di molte persone.

Valore 4

AVVICINARSI a coloro che convivono con l'HIV-AIDS

Nel Vangelo Gesù ci presenta la parabola del Buon Samaritano (Lc 10, 25-37), modello ed esempio di atteggiamento e di condotta da seguire nei confronti di qualsiasi persona emarginata e bisognosa. La prima cosa da fare è quella di *AVVICINARSI* a queste persone ovunque esse siano.

"Invece un Samaritano, che era in viaggio, passandogli accanto lo vide e n'ebbe compassione. Gli si fece vicino, gli fasciò le ferite, versandovi olio e vino; poi caricatolo sopra il suo giumento, lo portò a una locanda e si prese cura di lui. Il giorno seguente, estrasse due denari e li diede all'albergatore, dicendo: 'Abbi cura di lui e ciò che spenderai in più te lo rifonderò al mio ritorno'".

Giovanni Paolo II e i malati di HIV-AIDS

Il Santo Padre ci ha dato numerosi esempi riguardanti l'*AVVICINARSI* alle persone che convivono con questa malattia. Ricordiamo la sua visita pastorale negli Stati Uniti, quando ha accolto tra le sue braccia un bambino ammalato di AIDS (1987), e in Africa, quando ha incontrato molti malati.

Cittadini, credenti e non credenti, insieme ai malati di HIV-AIDS

Numerosi cittadini – credenti e non credenti – sono uniti alle persone colpite dall'HIV-AIDS. Diversi religiosi e religiose, sacerdoti e laici dedicano notevoli energie all'attenzione e all'accompagnamento di quanti convivono con l'HIV-AIDS, in particolare ai più bisognosi della società. Essi sono la personificazione autentica del Buon Samaritano.

In questo avvicinamento, la prima cosa da fare è scoprire le ferite, il dolore, i sentimenti e i desideri della persona alla quale ci avviciniamo. Abbiamo bisogno, soprattutto, di vedere e di ascoltare. Le seguenti parole rivolte da un malato al suo medico, valgono anche per noi:

Parole vere di un paziente al proprio medico:

Dottore, per favore, ascoltami
senza giudicarmi
senza valutarmi
senza etichettarmi.

Dottore, per favore, sii giusto con me
e, per questo, sii giusto con te stesso
e sii sereno.

Dottore, per favore, per ascoltarmi
non ti faccia paura il silenzio
e offrirmi la tua pazienza:

io troverò il momento della mia parola vera
quando parlerà questo corpo
che non conosco bene,
i cui dolori

spesso nascondono una grande sofferenza.

Dottore, per favore, insegnami a provare
e ad affermare i miei passi
in questo cammino fruttuoso
dove tu cammini al mio fianco
dove tu mi insegni ad accettarmi.
Io voglio curarmi o, almeno, superarmi.

Dott.ssa Françoise Roday
Docteur, s'il vous plaît, écoutez-moi!
Pour une médecine relationnelle
Editions Jouvence, Genève 1992

Attività valore 4

Segnaliamo quattro attività principali della Fondazione *Dimensió SIDA* sul suo avvicinamento alle persone che convivono con l'HIV-AIDS.

1) Attenzione e accompagnamento personale.

La Fondazione *Dimensió SIDA* si prende cura e accompagna diverse persone colpite da HIV-AIDS, come pure i loro familiari e amici che lo richiedano. Alcuni di questi malati sono ancora in vita mentre altri sono già morti. Le loro necessità psicologiche e le loro inquietudini spirituali e religiose sono oggetto di particolare attenzione.

2) Pubblicazioni su persone morte di AIDS.

Per esporre il nostro lavoro



di accompagnamento menzioniamo due pubblicazioni su persone morte di AIDS. Abbiamo contribuito ad entrambe le pubblicazioni, perché abbiamo accompagnato le persone in questione nel loro processo personale:

– JOSEPH M. MERCADER, *Ricerca segreta*;

– JOAN FERRER I SISQUELLA, *AIDS, stimolo di vita?*

3) Memoriale *Proyecto de los Nombres*.

Collaboriamo anche con l'associazione "Proyecto de los Nombres" che vuole mantenere vivo il ricordo di coloro che sono morti a causa di questa malattia.

4) Guida per l'accompagnamento pastorale delle persone che convivono con l'HIV-AIDS.

Il Consiglio Mondiale delle Chiese (Ginevra) ha pubblicato in inglese e in francese una Guida per l'accompagnamento pastorale delle persone che convivono con l'HIV-AIDS. La nostra Fondazione l'ha tradotta in catalano e castigliano:

– *Guia per a l'acompanyament pastoral de persones que viuen amb VIH-SIDA*. Editorial Claret, Barcelona 1996.

– *Guía para el acompañamiento pastoral de personas que viven con el VIH-SIDA*. Gayata ediciones, Rubí (Barcelona) 1997.

Valore 5 DIRITTI UMANI (giustizia e solidarietà)

Constatiamo molte volte una mancanza e persino una violazione dei diritti umani nel trattamento delle persone che convivono con l'HIV-AIDS. È necessario fare attenzione alle discriminazioni che soffrono queste persone e difendere i loro diritti umani.

Attività valore 5

Segnaliamo la pubblicazione *Diritti umani e HIV-AIDS*.

In occasione della celebrazione, il 10 dicembre 1998, del 50° anniversario della *Dichiarazione Universale dei Diritti dell'Uomo* (Ginevra, 10 dicembre 1948), la Fondazione *Dimensió SIDA* ha pubblicato il Quaderno di Lavoro n.

4 (di 157 pagine) dal titolo *Diritti umani e HIV-AIDS*.

La raccolta dei documenti di tale pubblicazione è stata realizzata da David Xancho, coordinatore della nostra Fondazione. La pubblicazione è divisa in tre parti ed è accompagnata da quattro allegati.

Le tre parti sono:

– documenti generali sui Diritti umani;

– documenti specifici sull'HIV-AIDS e Diritti umani;

– risoluzione del Parlamento di Catalogna sulla garanzia della privacy personale e della confidenzialità nelle prove diagnostiche dell'AIDS.

Gli allegati sono:

– documenti delle Nazioni Unite sulla storia del riconoscimento dei Diritti umani in materia di HIV-AIDS (New York e Ginevra, 1998);

– messaggio di Giovanni Paolo II in occasione del 50° anniversario della Dichiarazione Universale dell'ONU (*L'Osservatore Romano*, n. 51, 18-21-98);

– Fondazione *Dimensió SIDA*.

Valore 6 RIFLESSIONE RELIGIOSA "L'HIV-AIDS segno dei tempi"

La nostra Fondazione constata la necessità di una maggiore riflessione religiosa sulla questione dell'HIV-AIDS da parte di tutti coloro che costituiscono la Chiesa, considerata come "popolo di Dio". La pandemia dell'HIV-AIDS è un autentico "segno dei tempi" attuali. Dio ci parla attraverso questa realtà dura e universale, ci invita alla solidarietà nei confronti delle persone colpite e alla prevenzione dell'infezione per evitarne l'espansione. Per questo raccogliamo documenti della gerarchia ecclesiastica a cui accompagniamo, a volte, la riflessione e la critica di quanti convivono con questa malattia.

Attività valore 6

Segnaliamo tre pubblicazioni della nostra Fondazione:

1) Giovanni Paolo II e l'AIDS (1987-1997).

Contiene 17 discorsi e

scritti di Giovanni Paolo II sull'AIDS negli anni dal 1987 al 1997: due negli Stati Uniti, sette in Vaticano e otto in Africa (Burundi, Madagascar, Malawi, Rwanda, Tanzania e Uganda). L'introduzione al dossier è opera di una persona che ha contratto la malattia nel 1989: "a mio fratello Giovanni Paolo II dall'esperienza dell'HIV-AIDS".

2) *Dichiarazione del Consiglio Mondiale delle Chiese* (Ginevra, 1998).

La nostra Fondazione ha tradotto e pubblicato in castigliano la *Dichiarazione del Consiglio Mondiale delle Chiese*, con sede a Ginevra, edita nel 1998.

3) *Vescovi e Conferenze Episcopali del mondo sull'AIDS (1986-1999)*.

Abbiamo raccolto e pubblicato quarantanove documenti sull'AIDS di vescovi e conferenze episcopali di venti paesi dei cinque continenti. Alcuni documenti sono presentati in una sola lingua e altri in due o tre lingue. Il totale dei documenti raccolti, comprese le diverse lingue, ammonta a settantasei.

Facciamo notare che abbiamo trascritto tutti i documenti che abbiamo potuto trovare in riviste, biblioteche e altrove. Per nessun motivo abbiamo selezionato o escluso documenti di Vescovi e Conferenze episcopali del mondo in materia di AIDS, di cui siamo entrati in possesso. Il nostro lavoro ha richiesto onestà e rispetto della "collegialità episcopale" con le sue differenti manifestazioni. Abbiamo operato con la libertà richiesta da ogni ricerca di materiale esistente e che caratterizza le impostazioni e l'operato della Fondazione "privata e civile" *Dimensió SIDA*.

Il documento che a suo tempo ha avuto maggiore risonanza sulla stampa internazionale è stato quello dei Vescovi francesi (cfr. *Le Monde*, 13-2-96).

Valore 7
PREGHIERA
INTERRELIGIOSA

La Fondazione *Dimensió SIDA* crede profondamente

nel valore della preghiera, tanto individuale quanto comunitaria. Gesù ci ha detto: "Chiedete e vi sarà dato; cercate e troverete; bussate e vi sarà aperto; perché chiunque chiede riceve, e chi cerca trova e a chi bussa sarà aperto" (Mt 7, 7-8). "In verità vi dico ancora: se due di voi sopra la terra si accorderanno per domandare qualunque cosa, il Padre mio che è nei cieli ve la concederà. Perché dove sono due o tre riuniti nel mio nome, io sono in mezzo a loro" (Mt 18, 19-20).

Attività valore 7

Segnaliamo due attività di preghiera comunitaria della nostra Fondazione.

1) *Incontro mensile di preghiera*.

Ogni secondo giovedì del mese realizziamo un incontro di preghiera per le persone che convivono con l'HIV-AIDS, per quelle che sono morte e per i loro familiari ed amici. Preghiamo anche perché tutti i membri della società diano maggiormente prova di mancanza di discriminazione, di rispetto dei diritti umani e di solidarietà fraterna.

Tali incontri mensili hanno luogo nella cripta della Basilica di Santa Maria del Pi di Barcellona alle 20.30, e durano circa mezz'ora. Dal novembre 1995 fino ad oggi (dicembre 1999) abbiamo realizzato 45 incontri. Normalmente vi partecipano da 30 a 40 persone.

2) *Incontro annuale di preghiera interreligiosa sull'AIDS*.

In occasione della Giornata Mondiale dell'AIDS (1 dicembre), dal 1996 celebriamo tutti gli anni un Incontro di Preghiera Interreligiosa sull'AIDS a cui partecipano rappresentanti di diverse chiese e confessioni religiose.

A causa dell'AIDS molte persone restano sole, ma la malattia unisce anche anglicani, buddisti, cattolici, ebrei, musulmani, ortodossi, protestanti e gente di ogni credo ed inquietudine.

Nel 1999 abbiamo celebrato il IV incontro con la partecipazione di oltre 1.000 persone.

Valore 8
COMUNICAZIONE
Spiritualità e AIDS
(pagina web)

La Fondazione *Dimensió SIDA* si è specializzata nell'accompagnamento interiore, spirituale, delle persone che convivono con l'HIV-AIDS e nella sensibilizzazione delle forze spirituali e religiose di fronte a questa pandemia. Per questo ha voluto conoscere, tenere e porre a disposizione di quanti lo richiedono il materiale esistente su *Spiritualità e AIDS*. Tale materiale richiede comunicazione e interazione.

Attività valore 8

Segnaliamo due delle nostre principali attività.

1) *Centro di documentazione e pubblicazione "Spiritualità e AIDS"*.

Le pubblicazioni della nostra Fondazione nei suoi cinque settori sono:

- a) libri;
- b) documento "Chiesa e AIDS";
- c) quaderni di Lavoro;
- d) collezione "Spiritualità e AIDS";
- e) memorie della Fondazione e progetti prioritari.

2) *Pagina web "Spiritualità e AIDS"*.

Con la pagina web e la posta elettronica della nostra Fondazione intendiamo facilitare gli utenti:

- ad accedere alla documentazione e alle pubblicazioni della Fondazione;
- a conoscere la Fondazione;
- a riflettere sul materiale esistente e disponibile;
- a comunicare con la Fondazione e con i suoi utenti;
- a mettersi in contatto con altre istituzioni e pagine web che trattano il tema "Spiritualità e AIDS".

4. Sintesi e conclusione

Come sintesi del nostro intervento, riassumiamo i valori e gli ambiti di attuazione della Fondazione *Dimensió SIDA*.

Riassunto di valori

Valore 1
CORAGGIO di fronte alla pandemia dell'HIV-AIDS

Valore 2
ASCOLTARE gli scienziati
e i professionisti

Valore 3
CONDOTTE scientificamente
"salutari" (dialogo interdisciplinare)

Valore 4
AVVICINARSI a coloro
che convivono con l'HIV-AIDS

Valore 5
DIRITTI UMANI (giustizia e solidarietà)

Valore 6
RIFLESSIONE RELIGIOSA
"L'HIV-AIDS segno dei tempi"

Valore 7
PREGHIERA INTERRELIGIOSA

Valore 8
COMUNICAZIONE "Spiritualità e AIDS" (pagina web)

Campo di attuazione della Fondazione Dimensió SIDA

I principali campi di attuazione della Fondazione *Dimensió SIDA* sono:

- 1) attenzione e accompagnamento pastorale delle persone che convivono con l'HIV-AIDS;
- 2) sensibilizzazione delle Chiese e confessioni religiose;
- 3) preghiera comunitaria e interreligiosa;
- 4) pubblicazioni;
- 5) centro di documentazione (pagina web "Spiritualità e AIDS").

Conclusione

Terminiamo citando il manifesto tedesco del Congresso sull'AIDS svoltosi ad Amburgo nel 1992: "Se non comunichiamo, l'AIDS ci vincerà". Ciò vuol dire che, se chiudiamo i nostri sensi e la nostra mente alla complessa realtà dell'HIV-AIDS e dei suoi diversi aspetti, se non comunichiamo con le persone colpite dall'HIV-AIDS e con il loro ambiente, se non dialoghiamo con gli scienziati e i professionisti sui diversi modi di prevenzione e attenzione, l'AIDS ci vincerà.

Dott. ANTONI MIRABET
Presidente della Fondazione Dimensió SIDA Spagna

IV: L'Aids e la Caritas Internationalis

L'HIV è diventata una realtà della nostra vita da oltre un decennio. Ora l'arrivo della terapia combinata, malgrado i suoi limiti, ha fondamentalmente cambiato la nostra percezione dell'impatto del virus. La tecnologia biomedica si sta muovendo con un passo tale che nel nord del mondo l'HIV viene sempre più trattato come un'infezione cronica. Abbiamo ragioni per sperare, mentre una volta avevamo ben poche speranze.

Tuttavia, la crescente somministrazione della terapia combinata nel nord sottolinea in modo molto intenso l'enorme abisso tra cosa è disponibile in questa parte del mondo e ciò che invece è disponibile al sud. Le statistiche più recenti dell'UNAIDS (dicembre 1998) mostrano che, dall'inizio dell'epidemia, oltre 47.3 milioni di persone sono state infettate dal virus e che 14 milioni di adulti sono morti per malattie connesse con l'HIV.

Molti si chiedono perché ci si concentri così tanto sull'HIV-AIDS mentre tante persone muoiono per malattie curabili come la malaria. Lo

scorso anno l'OMS stimava in 2 milioni i morti per malaria. Nello stesso periodo i morti per AIDS ammontavano a 2.5 milioni. Per la prima volta, perciò, le morti connesse all'AIDS hanno sorpassato quelle dovute alla malaria.

Uno sguardo al quadro della diffusione dell'HIV nel mondo al dicembre 1997 mostra la dura realtà che la pandemia è concentrata nei paesi dell'emisfero meridionale.

La riduzione dell'aspettativa di vita per gli adulti sta diventando un aspetto spiacevole in diversi paesi africani, ribaltando i successi raggiunti nel campo della salute e dell'economia negli ultimi decenni. È un'altra indicazione degli effetti devastanti della pandemia, specialmente per questi paesi.

Ogni ora che passa la maggioranza delle persone che convivono con il virus e che si trovano nel sud riceve una proporzione sempre minore delle risorse mondiali che si spendono per l'HIV-AIDS. L'UNAIDS stima che meno del 10% dei fondi per l'HIV-AIDS viene speso a favore del

95% della popolazione globale dei sieropositivi nel sud del mondo.

In paesi come lo Zambia, il Malawi, la Tanzania e lo Zimbabwe i governi nazionali non sono in grado di assicurare alle persone che vivono con l'HIV e l'AIDS neanche medicinali essenziali quali gli antibatterici, i fungicidi, gli antidiarroeici e gli antidolorifici. L'incidenza della TBC è aumentata in modo esponenziale nelle zone in cui alta è la prevalenza dell'HIV; e dove i programmi nazionali contro la TBC cercano di controllarla spesso falliscono miseramente la diagnosi e il trattamento di coloro che ne sono infetti. Alle ONG viene chiesto sempre più di supportare i sistemi sanitari prima funzionanti. Pur trattandosi di un'infezione curabile, la TBC miete ancora 3 milioni di vittime nel mondo ogni anno. Dal 30 al 40% delle persone che muoiono per questa malattia, saranno infettate anche dall'HIV. Nei paesi in via di sviluppo ogni minuto ci sono persone che muoiono per infezioni e condizioni che potreb-

bero essere curate facilmente con medicinali che costano meno del prezzo di un giornale. È uno scandalo.

L'impatto sulle comunità locali è enorme. I genitori muoiono prematuramente, lasciando i figli orfani e senza risorse. Oltre il 95% dei bambini rimasti orfani a causa dell'AIDS vive in Africa.

Durante le recenti visite dello staff del CAFOD nell'Africa orientale e del sud, il problema del crescente numero di orfani è stata la principale preoccupazione espressa dai partner locali. La famiglia tradizionale e le strutture della comunità non possono più rispondere adeguatamente a questo problema, e chiedono disperatamente aiuto. Nello Zambia meno del 50% dei bambini va a scuola. L'impatto a lungo termine di questo fenomeno sul paese ci spaventa.

Un'altra area sempre più vasta di disparità è questa: nei passati sei o sette anni le terapie per la prevenzione della trasmissione da madre a figlio hanno quasi eliminato nel nord del mondo il rischio di un bambino nato con l'HIV, mentre nel sud circa quattro bambini su dieci, figli di madri infette, nascono con il virus. Il problema della mancanza di accesso a cure e interventi appropriati ha portato alcuni funzionari della sanità pubblica dello Zimbabwe e di altri paesi ad interrogarsi sull'opportunità di prescrivere ancora questo intervento, in quanto i bambini rimarranno inevitabilmente orfani, poiché le loro madri non avranno più accesso al trattamento a lungo termine. Si tratta di un duro esempio che dimostra la crudeltà e l'ingiusta disuguaglianza tra nord e sud e le questioni etiche che tali disuguaglianze fanno emergere.

Ma non esiste disparità tra nord e sud solo per quanto riguarda il trattamento e le risorse. Secondo le stime dell'UNAIDS solo un sieropositivo su dieci sa di esserlo. L'accesso al consulto e al test volontario è deplorabilmente inadeguato a livello mondiale. Molti affermano che non è opportuno offrire dei test laddo-

ve non sono assicurati il trattamento e le cure di quanti vengono trovati positivi. Sotto molti punti di vista essi hanno ragione. Tuttavia, molte persone che sospettano di essere state infettate vogliono conoscere la loro condizione e si vedono negare questo diritto perché il consulto e il test volontario non sono disponibili in loco.

L'HIV prospera nelle condizioni di povertà. Fikansa Chanda del Programma AIDS della Diocesi di Ndola, in Zambia, rispondendo a domande sull'accesso alla terapia combinata in un recente programma della televisione britannica, faceva notare che la preoccupazione principale per la maggioranza degli abitanti della regione Copperbelt, nello Zambia, era quella di avere abbastanza cibo da mangiare. Cito testualmente: "Perché dare alle persone medicine sofisticate dal momento che moriranno comunque di fame?".

In un'analisi compiuta sul benessere comunitario nell'Uganda rurale, Seeley et al. (*Medical Anthropology Quarterly* 1994, 8 (1), 78-89) è giunto alla conclusione che sia tra gli uomini che tra le donne delle famiglie più povere, molto probabilmente il capo famiglia è HIV-1 positivo (0, 02(p(0,002)). Dato che l'AIDS intacca queste società, il risultato delle colture agricole viene ridotto a causa della malattia, della morte e del tempo speso per i funerali.

Sappiamo che molte giovani pensano che l'unico modo per sfamare le proprie famiglie sia vendere il proprio corpo. Devono essere ideate strategie realistiche e significative per la riduzione del rischio nel contesto della più ampia realtà delle barriere economiche e strutturali poste allo sviluppo. Vorrei raccontarvi la storia di Margaret.

Margaret ha nove anni e vive a Kitovu, una zona rurale dell'Uganda. La madre ha mantenuto la famiglia, prostituendosi per procurare il cibo, per le spese scolastiche o di abbigliamento per la sua bambina. Nessuno, compresa Margaret, la considerava una

prostituta. Margaret, sua madre e la comunità sapevano che era il solo modo che avesse per assicurare alla sua famiglia la sopravvivenza. La madre di Margaret è morta di AIDS, come pure diversi zii e zie. Margaret è una dei 13 nipoti che la nonna accudisce. Anche Margaret è sieropositiva. Da sola, si mette in fila nel reparto dell'ospedale riservato alle persone con l'HIV, unica bambina a fare la fila tra centinaia di adulti. Quando viene il suo turno, si avvicina all'operatore sanitario portando la sua cartella sanitaria. Gli riferisce che è stata male negli ultimi mesi, ma che ora sta bene. Quando le viene chiesto perché non è venuta in ospedale per tanto tempo, risponde che la nonna non aveva i soldi per pagare le (irrisorie) spese che l'ospedale ha introdotto di recente (si diceva in giro che la clinica forniva cibo gratis nel mese, un incentivo ad essere curati!).

La Caritas Internationalis ritiene che, come le comunità ecclesiali si concentrano sulla responsabilità individuale, così anche noi dobbiamo levare la nostra voce contro l'ingiustizia del peccato strutturale e corporativo perpetuato dall'IMF/World Bank Structural Adjustment Programmes e dobbiamo mettere in risalto come questi programmi colpiscano direttamente i poveri.

Un futuro incerto?

Le disuguaglianze che l'HIV-AIDS ha fatto emergere formano un quadro di enorme incertezza per il futuro.

A quale futuro possono guardare le persone del sud del mondo riguardo ai trattamenti e ai vaccini? Le terapie combinate, che nel nord danno l'impressione che l'HIV sia solo un'infezione cronica ma curabile, vanno oltre i sogni più fantastici delle persone del sud. L'uso sporadico e incontrollato di queste terapie nel contesto di infrastrutture sanitarie inadeguate, se e come i fondi lo permettano, evoca un potenziale e spaventoso scenario di un HIV resistente ai medicinali che diventa il

ceppo virale prevalente in enormi distese dell'Africa e dell'Asia del sud. Bisogna notare che la recente trattazione da parte dei media del Regno Unito dell'intera questione dell'accesso al trattamento, ha evidenziato il rischio per il nord di importare dal sud del mondo forme di HIV resistenti ai medicinali. In effetti, sappiamo che questo è già uno dei problemi principali per gli USA e l'Europa, con la comparsa di ceppi di HIV resistenti alla terapia anti-retrovirale in un numero significativo di persone sotto trattamento.

In ogni caso, in che modo le persone possono aspirare ad accedere agli anti-retrovirali quando l'armadietto dei medicinali è privo di antidolorifici o di antibiotici basilari ed economici? Il Dr. Kevin de Koch, già della London School of Hygiene and Tropical Medicine, osservava nella sua relazione sull'AIDS alla Conferenza Africana tenutasi a Kampala nel 1995: "Abbiamo già trattamenti efficaci ed abordabili per la TBC, ma malgrado ciò l'incidenza di questa malattia, in particolar modo nei paesi del sud, è più alta di prima e aumenta costantemente. Se non possiamo sconfiggerla, in che modo possiamo sperare di affrontare l'HIV in modo efficace?".

Un vasto campo di incertezza è quello che riguarda lo sviluppo del vaccino. Sebbene gli attuali tentativi di prevenire l'HIV abbiano mostrato piccoli segni di successo in alcuni paesi del sud, gli scienziati concordano che la migliore speranza a lungo termine di porre fine all'epidemia è

quella di sviluppare un vaccino. Tuttavia, a causa delle difficoltà tecniche inerenti ai tentativi di sviluppare un qualsiasi vaccino, il successo in questo campo è più che altro una questione di obiettivi raggiunti e di fallimenti. Le società farmaceutiche e le istituzioni che si occupano della ricerca hanno proceduto a stento nello sviluppo di un vaccino per l'HIV, concentrandosi piuttosto su trattamenti maggiormente orientati ai profitti che hanno avuto un notevole impatto sul corso dell'infezione per migliaia di persone nei paesi del nord.

Per contrasto, sembra ci sia una riluttanza a investire denaro in una ricerca difficile che promette un esiguo ritorno finanziario. I paesi che hanno maggiormente bisogno di un vaccino sono quelli in cui le società sono meno verosimilmente intenzionate al profitto. Lo sviluppo del vaccino è altresì carico di sfide etiche. Nel nostro emisfero qualsiasi ricerca è soggetta a rigorose linee guida etiche, che non sempre possono essere applicate in modo così scrupoloso quando gli esperimenti vengono applicati nel sud. Indubbiamente, parte del primo lavoro realizzato nel sud dai ricercatori di un vaccino provenienti dal nord, ha fatto emergere importanti questioni etiche a proposito di chi erano i beneficiari della loro ricerca.

Più incoraggiante è la notizia di quest'anno che l'International AIDS Vaccine Initiative (IAVI) sta investendo 9.1 milioni di dollari in due partnerships internazionali di ricerca di un vaccino. La prima coinvolge i ricercatori dell'Università di Oxford e dell'Università di Nairobi, Kenya, e la seconda è tra l'Università di Città del Capo e l'AlphaVax Corporation del Nord Carolina. I vaccini che saranno trovati deriveranno da ceppi di HIV circolanti in Kenya e nel Sudafrica; entrambe le iniziative implicano una preparazione di qualità a livello organizzativo e intellettuale per assicurare che i frutti della ricerca siano resi prontamente disponibili nei paesi più gravemente colpiti dall'HIV.

Le statistiche sull'HIV-AIDS aggiungono incertezza al futuro. L'enormità dell'epidemia e il suo impatto sull'Africa fanno disperare molte persone che affermano che il problema è troppo grande per sapere da dove iniziare. Altri non lo considereranno, ritenendolo "un problema dell'Africa, che non ha niente a che vedere con noi". La maggior parte dei paesi africani prevede un futuro in cui, a causa dell'AIDS, essi saranno cancellati, in quanto "senza speranza", da coloro che controllano i cordoni della borsa nel nord.

Incerta è anche l'efficacia della risposta della comunità internazionale all'HIV nei paesi del sud. Le ONG internazionali, i governi del nord, gli Organismi delle NU e quelli della Chiesa, realizzano ancora troppo spesso programmi con scarsa o nulla partecipazione o consultazione con le comunità locali. Il coinvolgimento dei sieropositivi spesso non viene preso in considerazione, particolarmente nella progettazione e nella visione delle attività programmatiche. L'HIV-AIDS sfida continuamente tutti noi ad interrogarci sull'autenticità del linguaggio della partnership nel nostro lavoro di sviluppo.

Al termine di questo millennio, dobbiamo essere orgogliosi degli enormi passi avanti compiuti nel riconoscere i diritti umani basilari di ciascuna persona. Sotto molti aspetti, la pandemia dell'AIDS ha affinato la nostra consapevolezza su molti abusi insiti nelle nostre società e ha aumentato gli sforzi per combattere la discriminazione basata sul sesso, sull'orientamento sessuale o sullo stato di salute. Tuttavia, in molti paesi del nord e del sud, il pregiudizio provocato dall'HIV, o solo l'interesse pragmatico nell'efficacia della spesa, ha portato ad una intensificazione della discriminazione contro le persone infettate o affette dall'HIV e all'allontanamento dai loro diritti umani di base come casa, istruzione e lavoro.

Il test HIV obbligatorio, troppo spesso usato come filtro nel campo del lavoro, delle



assicurazioni e della selezione degli studenti (nelle istituzioni della Chiesa e in quelle statali) e nel selezionamento degli immigrati, sta diventando una prassi accettata in alcune zone come requisito pre-matrimoniale. Sempre di più in alcune parti dell'Africa, come ad esempio in Tanzania ed in Malawi, le chiese raccomandano il test obbligatorio come requisito per coloro che desiderano sposarsi, e rifiutano il matrimonio a coloro che vengono trovati sieropositivi. Esse sostengono che tali azioni sono giustificate dalla vastità dell'epidemia che affligge il loro paese e la loro Diocesi, e considerano la loro azione come una necessaria misura preventiva dell'HIV. Offrire il test per l'HIV volontario e un consulto confidenziale e parte del più ampio processo preparatorio per le coppie in procinto di sposarsi è indubbiamente raccomandabile. Comunque, la conseguenza più probabile del test obbligatorio è quella di spingere la gente a nascondere il problema; ed è anche una violazione di uno dei diritti umani fondamentali riconosciuti, il diritto al matrimonio.

Abbiamo visto le enormi conseguenze sociali ed economiche per le comunità ed i paesi con alti livelli di infezione da HIV. La perdita di forza lavoro qualificata, ha già un impatto negativo sulla produttività dei paesi dell'Africa orientale e meridionale. Nei settori del commercio e dei servizi l'assenteismo dovuto alla malattia e ai lutti familiari sta raggiungendo proporzioni inimmaginabili. In alcuni casi i datori di lavoro limitano lo staff a due o tre funerali a settimana, o soltanto a funerali di coniugi, genitori o figli. Nel settore agricolo i campi rimangono incolti, perché le persone diventano troppo malate per provvedere al raccolto. L'AIDS deve essere riconosciuto sempre di più come un fattore che, assieme alle devastazioni della guerra e ai disastri naturali, provoca la fame per milioni di africani. Il fatto di trascurare l'agricoltura ha delle conseguenze a lungo termine per l'ambiente, in

quanto le aree incolte tornano ad essere territori polverosi cui segue l'erosione del terreno se non si re-impiantano le foreste. Quale sarà l'aspetto dell'Africa in questo terzo millennio?

L'aver menzionato la guerra e i disastri naturali ci ricorda che in tutti i continenti non è una semplice coincidenza che nelle aree di maggior conflitto ci sia un'alta incidenza di HIV-AIDS. Il dislocamento in massa delle persone, l'interruzione di servizi e di infrastrutture di base e il movimento di forze militari indigene ed internazionali aumenta la vulnerabilità delle persone all'HIV. Ad esempio, le statistiche di rilevamento dell'UNAIDS/OMS mostrano che in Ruanda, Liberia, Mozambico e Sierra Leone c'è stato un sorprendente aumento dell'incidenza dell'HIV nel periodo seguente le rispettive "emergenze". Mentre la verità di queste situazioni è più complessa di quanto non si possa qui descrivere, queste statistiche sono indicative di un legame tra le emergenze e l'incidenza dell'HIV. I dati dell'UNAIDS riguardanti la Cambogia mostrano un aumento dell'incidenza dell'HIV tra le prostitute di Phnom Penh dal 10% del 1992 a oltre il 40% del 1996. Si crede che la presenza in Cambogia delle forze di pace delle NU sia uno dei fattori che hanno contribuito a tale forte aumento.

Il cambiamento dei comportamenti Speranza per il futuro?

Leggendo la storia di Margaret, dobbiamo capire le ragioni per cui sua madre si comportava in questo modo se vogliamo essere in grado di offrire alla figlia ed alle altre donne un aiuto realistico. La congregazione dei Missionari Medici di Maria ha portato avanti dal 1987 un programma di cure domiciliari, a partire dal suo ospedale di San Giuseppe a Kitovu. Il risultato di questa esperienza è stato lo sviluppo di un programma che prevede un cambiamento comportamentale, e che è sta-

to chiamato *Educazione alla Vita*. Le Suore erano state testimoni della morte di centinaia di persone nei villaggi limitrofi, si erano occupate di molti di loro fino alla morte ed avevano continuato a lavorare nell'ambito delle comunità per curare i bambini rimasti orfani. Col tempo, molti di questi bambini, diventati adolescenti, venivano infettati dall'HIV. Ciò causava molto dolore alle Suore, ai fratelli di questi giovani che dipendevano da loro e naturalmente era una tragedia per tutti i giovani. Nonostante per anni avessero ricevuto una buona istruzione e fossero stati responsabilizzati sull'HIV, i giovani venivano infettati ugualmente. Le Suore capirono che se non avessero affrontato argomenti più profondi, i giovani avrebbero continuato ad essere infettati e a morire.

Il cambiamento comportamentale coinvolge tre considerazioni principali e complementarie.

Il cambiamento comportamentale interessa atteggiamenti e pratiche che consentono di ridurre al minimo la vulnerabilità all'infezione da HIV. Ciò richiede che agli individui e alle comunità sia consentito di fare scelte che, nelle circostanze specifiche, riducano il rischio dell'infezione. Questo pone un'enfasi sulla responsabilità dei programmi ecclesiali di fornire, all'interno di una rete operativa olistica più ampia, informazioni mediche accurate e di vasta portata che possano ridurre il rischio di contrarre l'HIV.

Il cambiamento comportamentale deve innestare anche un processo che veda la riduzione o l'eliminazione degli atteggiamenti e delle pratiche di pregiudizio, discriminazione, ostilità e violazione dei diritti umani di coloro che sono affetti da HIV-AIDS. Questo processo di cambiamento può verificarsi a livello di individui o a livello di comunità, così come nell'ambito di pratiche insite in norme culturali o religiose e nelle legislazioni nazionali ed internazionali.

Inoltre, i programmi di prevenzione dell'HIV che non tengano conto della privazio-

ne economica, dell'ineguaglianza tra i sessi, e delle pressioni sociali, non riusciranno a rallentare la diffusione dell'HIV. Emerge chiaramente dalla storia di Margaret come la povertà sia una delle cause principali della diffusione dell'HIV, in special modo per le donne e le ragazze.

Da un'analisi realizzata da CAFOD nel 1998 sono emerse le seguenti raccomandazioni¹.

Bisogni avvertiti. È essenziale farne il punto di partenza di ogni lavoro; di qui l'importanza di dedicare del tempo ad esplorare e prendere conoscenza dei bisogni sentiti dalla comunità e di localizzare un programma in questo ambito. Quando ai partners nello Zimbabwe è stato chiesto perché l'HIV-AIDS non compariva nella diagnosi dei problemi comunitari, essi hanno risposto che non era il caso di parlare di HIV-AIDS quando la preoccupazione principale della comunità era che gli elefanti calpestavano i loro raccolti!

Il loro programma e non il nostro. Partire dai bisogni sentiti dalle comunità ed assicurare che in tutti i settori della comunità ci sono operatori attivi ad ogni livello sono elementi chiave per rafforzare il senso di appartenenza alla comunità e minimizzare i pericoli della dipendenza.

Approccio olistico. Ciò pone l'accento sull'importanza per l'agenzia ed i suoi partner di riconoscere la complessità degli argomenti coinvolti in ogni programma HIV di lavoro e di avvicinamento ad un cambiamento comportamentale.



Analisi sessuale. Qualsiasi lavoro sul cambiamento comportamentale deve esaminare i ruoli delle donne e degli uomini, i rapporti tra di loro ed i fattori che determinano il potere o la sua mancanza in ciascuno di loro.

Bisogni di coloro che convivono con l'HIV e l'AIDS. Bisogna prendere coscienza e rispondere ai vari bisogni delle persone che convivono con l'HIV e con l'AIDS. Essi hanno bisogno di cure, ma anche di attività che producano un reddito, per sviluppare strategie volte a ridurre i rischi per la propria salute sessuale, per una consulenza confidenziale e di sostegno, ecc. Le organizzazioni devono anche assicurare che quanti convivono con l'HIV-AIDS abbiano un ruolo attivo nella pianificazione e nella messa in atto dei programmi e nei processi o forum decisionali.

Chiarezza dell'agenda-filosofia. È essenziale definire chiaramente quali sono l'agenda e la filosofia alla base dei programmi riguardanti il cambiamento comportamentale.

Gruppi paritari – gruppi specifici per età o per sesso. L'analisi sottolinea l'importanza di operare con gruppi paritari separati, basati sul sesso o sull'età, e talvolta su altri criteri rilevanti (ad esempio, stato dell'HIV, benessere socio-economico, gruppi religiosi, posizione impiegatizia nell'ambito di una organizzazione, ecc.). Perché un approccio del genere abbia successo bisogna riunire regolarmente i gruppi paritari separati, per permettere l'apprendimento e la condivisione reciproci. Ciò assicura, inoltre, che le attività portate avanti con un gruppo specifico siano approvate dalla comunità in generale.

Equilibrio tra bisogni pratici e strategici. Per quanto possibile, è importante assicurare che vengano ugualmente presi in considerazione i bisogni strategici di una comunità, anche se ci sono bisogni pratici più immediati. Operare sui bisogni strategici in modo olistico richiede che le organizzazioni incorporino un'analisi

del sesso ed esaminino i fattori tradizionali, religiosi, sociali e culturali che definiscono i ruoli delle donne e degli uomini nell'ambito delle comunità e che determinano così il loro comportamento ed i loro rapporti reciproci.

Osservazione e valutazione. Le agenzie ed i partner devono introdurre e poi sviluppare a livello locale dei sistemi significativi ed usabili per definire obiettivi e osservarne il progresso, i quali possano essere adottati dagli stessi membri della comunità. Ciò si basa sull'assunzione del fatto che se le persone sono interessate e capaci di tracciare il proprio progresso, più probabilmente si sentiranno coinvolte nel programma, il che a sua volta renderà possibile raggiungere più facilmente gli obiettivi del programma stesso.

Violenza sessuale. La violenza domestica è diffusa nelle comunità. Ciò include violenza sessuale, violenza fisica e abuso psicologico. L'analisi ha evidenziato le connessioni con la vulnerabilità all'HIV ed il bisogno che tutti i programmi facciano di questo argomento la parte centrale del loro operato.

Giovani di sesso maschile: autostima, un futuro. Essi sono particolarmente insicuri sul loro ruolo a causa della nuova indipendenza, anche economica, delle giovani. Devono essere sostenuti nel definire un lavoro futuro e nei loro rapporti, in modo che possano trovare nuovi ruoli significativi ed apprezzati nella società. I programmi devono identificare e sviluppare i modi per raggiungere queste persone così come sono.

Peso dei programmi basati sulle cure a domicilio e degli orfani. Bisogna prendere coscienza ed affrontare il problema dell'enorme peso che questi programmi impongono sulle donne. Le comunità devono essere impegnate nello sviluppo di modi per ridurre questo obbligo, coinvolgendo gli uomini, in particolar modo quelli giovani, nelle cure, siano esse dirette o indirette. Sarà necessario sviluppare approcci metodologici che consentano a questi cambiamenti strategici

nei ruoli sessuali tradizionali di aver luogo.

Sostenibilità e proprietà. Questi due argomenti devono essere espressi in modo più esplicito nel programma di lavoro. Si ritiene che molti programmi attuali appartengano alle organizzazioni partner, sia agli stessi partners che alle comunità con le quali operano. Ciò ha portato molte comunità a sviluppare una malsana dipendenza, in materia di benefici sociali, da chi porta avanti il progetto o dalle agenzie investitrici. Da parte loro, le organizzazioni rischiano imponendo un programma che non abbia alcun legame con i bisogni delle comunità.

L'estrema tensione che l'HIV porta a queste comunità significa che la sostenibilità del programma non è verosimile a breve termine. Tuttavia, in termini di una sana pratica di sviluppo, è un elemento che, almeno, deve essere considerato. Sebbene ci si aspetti che i programmi della Chiesa operino con (e all'interno) di una comunità per il welfare, sforzarsi per assicurare la sostenibilità è la chiave per l'efficacia di un programma a lungo termine. Tale concetto nel contesto africano è una cosa complessa e irta di difficoltà.

Ambiente rurale – urbano. L'HIV sta avendo sempre di più un effetto devastante sulle comunità rurali, così come su quelle urbane. Le organizzazioni devono costantemente rivedere i loro programmi per esaminare se sono focalizzati esclusivamente sulle aree più urbanizzate o unicamente su quelle rurali, con infrastrutture maggiori (ad esempio, quartieri più vicini all'ospedale, ecc.).

Su base comunitaria ma con legami più ampi. Le agenzie ed i loro partner devono sostenere e sviluppare un approccio che combini la loro visione a base comunitaria e i legami con le ONG, altri gruppi della chiesa ed il governo locale. Questo approccio è importante per assicurare alle comunità locali che i bisogni vengono presi in considerazione e nel facilitare il reciproco apprendimento e la

condivisione di esperienze. È altresì importante in termini di appartenenza e sostenibilità del programma.

Conclusioni

Nell'approssimarci al 21° secolo, in un numero sempre maggiore di paesi e di regioni continentali il conflitto e il fermento politico estremo costituiscono la norma. Cosa si può prevedere in queste circostanze per le comunità colpite così massicciamente anche dall'HIV-AIDS?

In un paese dell'Africa meridionale un partecipante ad un seminario descriveva uno scenario tipico, dove il marito spesso picchiava e violentava la moglie quando la notte tornava a casa dal bar. Quando la donna alla fine si rivolse al sacerdote locale affinché intervenisse in quella insopportabile situazione, le fu detto di tornare a casa e di sopportare con coraggio la sofferenza.

In un paese dell'Africa orientale, tutti i sacerdoti locali si sono rifiutati di visitare una donna malata di AIDS perché era stata una prostituta. Appresa la notizia, il Vescovo in persona si recò da lei, regolarmente, fino alla sua morte. Quando la donna morì, il Vescovo celebrò una solenne Messa funebre nella cattedrale.

In un paese dell'Asia un sacerdote trovato HIV positivo è stato dapprima allontanato dalla sua parrocchia e poi da tutte le attività diocesane, inviato in una casa di ritiro lontana centinaia di miglia e non ha più avuto contatti con la sua Diocesi.

In una conferenza tenutasi a luglio nell'Africa meridionale un vescovo, quando gli è stato chiesto quali consigli avrebbe dato ad una donna il cui marito era HIV positivo, ha risposto che ella avrebbe dovuto sacrificare la sua vita per salvare il matrimonio. Un segno di coraggio è stato mostrato dalle altre donne partecipanti, che sono uscite per protesta.

Nei paesi del sud le donne sono le più vulnerabili sessualmente. Certamente la maggior parte delle donne nel

mondo che convivono con l'HIV è stata infettata dalla persona che esse consideravano il loro unico partner, quello della vita intera: il marito. Le disparità sessuali presenti in tante culture e società lasciano le donne senza potere e dipendenti dagli uomini nella sfera domestica, in quella sociale ed in quella economica.

Recenti statistiche sull'HIV ci danno alcuni piccoli motivi di speranza. I rapporti dall'Uganda, Thailandia e ultimamente dallo Zambia, indicano che in alcune parti di questi paesi il numero dei giovani infettati dall'HIV sta diminuendo. Ciò viene attribuito agli sforzi congiunti delle iniziative dei governi e delle comunità per informare le persone sull'HIV-AIDS. Siamo ancora all'inizio ed è forse prematuro voler vedere molto di più in questi risultati. Ma ancora osiamo sperare.

Accanto all'evidenza delle statistiche vediamo segni di cambiamento di vita nelle culture e nelle tradizioni. La discriminazione, che è il risultato della paura e dell'ignoranza, sta gradualmente cedendo il passo, in molti paesi, alla comprensione e all'accettazione. Le pratiche tradizionali (ad esempio, re taglio delle donne, scarificazione e circoncisione rituale con strumenti non sterilizzati, ecc.) che hanno accresciuto i rischi di contrarre l'HIV mediante il sesso o il sangue vengono sostituiti in molti luoghi da rituali alternativi o da pratiche di incisione della pelle più sicure. Anche questo ci permette di sperare.

Nel lavoro della Caritas, con i suoi numerosi programmi partner in materia di HIV, veniamo costantemente rinnovati e rafforzati dalla testimonianza delle centinaia di volontari mobilitati da vari programmi di cure domestiche, di sostegno agli orfani, di educazione e di consulenza. La seguente riflessione scritta dal Rev. Jon Sobrino, SJ, riguardo alla situazione politica in El Salvador, esprime nel modo migliore come anche noi possiamo sperare, quando ci troviamo di fronte a una tale forza di testimonianza di fronte

al dolore e alle ingiustizie dell'HIV.

Non è facile sapere come continuare a sperare.

E tutti noi dobbiamo rispondere a questo a modo nostro.

Sembra che tutto sia contro la speranza.

Ma, almeno per me, dove vedo che c'è stato grande amore

vedo rinascere una grande speranza.

Non è una conclusione razionale e forse nemmeno teologica.

E semplicemente vero. L'amore produce speranza.

E un grande amore produce una grande speranza.

Jon Sobrino, El Salvador

Questi volontari dedicano altruisticamente il proprio tempo e le proprie risorse, non il tempo libero (di solito non esistente), ma del tempo prezioso che verrebbe altrimenti speso nel prendersi cura delle proprie famiglie o nel procurare loro più cibo o entrate. Essi stessi sono spesso colpiti o infettati dall'HIV, ciò nonostante vanno avanti instancabilmente così da testimoniare, insieme a coloro che servono, la vita e non la morte. Essi sono la nostra forza e la nostra ispirazione. Generano nuova speranza dal loro grande amore, e quindi noi osiamo sperare.

Anche nella Chiesa vediamo segnali di speranza. Troviamo sempre più comunità pronte ad abbracciare il messaggio evangelico di giustizia e di accettazione predicato da quanti convivono con l'HIV o con l'AIDS. Vediamo casi in

cui quanti sono emarginati per il comportamento o l'orientamento sessuale ci portano a riconoscerli nuovamente come sorelle e fratelli dello stesso Cristo. Vediamo lentamente apparire delle spaccature nelle nostre maschere di rettitudine quando comprendiamo le parole dei lebbrosi di oggi diventati profeti. Infine, iniziamo ad ammettere che la Chiesa, in quanto corpo di Cristo, è colpita dall'AIDS. Vediamo ugualmente a livello pastorale segnali che le differenze apparentemente insuperabili tra e all'interno delle chiese, e tra le popolazioni di diverse fedi, vengono superate con i tentativi di rispondere alla pandemia dell'HIV.

Un membro importante del programma di educazione e salute in materia di HIV dell'Arcidiocesi di Khartoum è un medico di religione musulmana.

In Etiopia, i leader religiosi più inclini ad avere la meglio sugli altri hanno messo da parte le loro differenze per partecipare ad una conferenza sull'HIV-AIDS patrocinata da CAFOD.

Il personale di un programma diocesano di Dar es Salaam, che fornisce consulenza, test, sostegno volontario all'HIV e cure a domicilio, è composto da cristiani di diverse denominazioni e da musulmani, i quali lavorano e pregano insieme felicemente e con successo.

Nel Botswana un recente seminario sponsorizzato dall'UNAIDS con CAFOD e l'Esercito della Salvezza ha contribuito a mettere insieme i leader religiosi di diversi continenti affinché prendano in considerazione le sfide pastorali poste loro dall'HIV-AIDS.

Abbiamo anche tratto speranza dall'esperienza di CAFOD come agenzia leader per la Caritas Internationalis negli ultimi 12 anni. Durante questo tempo e malgrado le enormi sfide e difficoltà sono stati creati numerosi programmi basati sulla Chiesa, i quali offrono consulenza e sostegno a quanti sono colpiti dall'HIV, forniscono educazione, cure a domicilio, sostegno degli or-

fani, progetti per produrre entrate finanziarie e gruppi di difesa e di pressione per coloro che soffrono la discriminazione a causa dell'HIV. Si sono svolte riunioni nazionali e regionali di vescovi e leader di altre religioni desiderosi di riconoscere che l'HIV-AIDS riguarda anche le loro chiese. Questi leader vogliono imparare e mettere in atto risposte pastorali all'interno della loro giurisdizione. Abbiamo visto l'investimento di enormi risorse da parte delle agenzie della Caritas per rispondere ai bisogni posti dall'HIV-AIDS nel mondo.

Forse, dato che il giubileo del nuovo millennio è un tempo per la riconciliazione, ci sono indicazioni che la Chiesa e i governi dei due emisferi cominciano a riconoscere gli errori passati. A volte avvertiamo distintamente i peccati della nostra avidità e della manipolazione finanziaria operata dal nord sul sud, i peccati della corruzione e di una indebita appropriazione delle risorse da parte dei governi del sud e del nord.

Un aspetto chiave del giubileo biblico è la cancellazione del debito. Durante la Conferenza su "AIDS in Africa", svoltasi lo scorso mese a Lusaka, l'on. Godfrey Simasiku, Ministro delle Finanze dello Zambia, ha ripetuto la proposta del suo paese perché almeno parte del debito internazionale dello Zambia venga "cambiato" per mettere a disposizione ulteriori risorse affinché il paese possa rispondere all'HIV-AIDS. Il Rev. Peter Henriot, SJ, del Jesuit Centre for Theological Reflection e della Jubilee 2000 Campaign in Zambia, ha sottolineato nel suo intervento al Forum che le "preoccupazioni sull'HIV-AIDS - guardando al futuro - sono integralmente legate a ciò che noi stiamo facendo nella campagna per il debito: la costruzione di uno sviluppo giusto, sostenibile e centrato sulla persona, alle soglie del nuovo millennio". Jonathan Simon dell'Harvard Institute for International Development ha osservato che anche se l'ammontare assoluto del denaro messo a disposi-



zione per i programmi sociali dalla cancellazione del debito è modesto, esso potrà avere un effetto significativo sugli sforzi di prevenzione dell'HIV.

Dio ora?"; un altro gli rispose in tono solenne "Il nostro Dio è qui, appeso al patibolo".

Nel tempo dell'AIDS, dobbiamo denunciare coloro che asseriscono che la pandemia

	Spese pro capite per la prevenzione e la cura dell'HIV nel 1996	Risparmio potenziale pro capite dal cambio bilaterale del debito (al 1997)
Zambia	\$ 0.73	\$ 10.73
Kenya	\$ 0.76	\$ 5.24
Nigeria	\$ 0.03	\$ 1.69
Uganda	\$ 1.81	\$ 3.66

Fonte: Intervento di Jonahan Simon, Harvard Institute for International Development, presentato all'11^a ICASA Conference, Lusaka, Settembre 1999.

L'Uganda, dove la campagna nazionale contro l'AIDS è riuscita a ridurre la percentuale di prevalenza tra i giovani dal 28% del 1992 al 10% del 1996, non ha investito di più nel controllo dell'epidemia di quanto potrebbe essere rimesso alla maggior parte di altri paesi subsahariani attraverso il cambio bilaterale del debito.

Quando aggiungiamo la nostra voce alla Campagna del Giubileo 2000 per il condono del debito per i paesi più poveri (tra i quali possiamo annoverare alcuni di quelli che sono maggiormente colpiti dalla pandemia dell'AIDS), anche in questo caso osiamo sperare.

Come cristiani, ci troviamo spesso di fronte alla domanda di dove sia Dio in tutto questo. Mi sono ricordato di una storia che il Rev. Enda McDonagh, il teologo morale irlandese consultore della Caritas Internationalis AIDS Task Force, ci ha narrato riflettendo su questo. Enda ha raccontato di come, in un campo di concentramento della Germania nazista, tre prigionieri ebrei, due uomini e un ragazzo, dovessero essere giustiziati mediante pubblica impiccagione per alcune trasgressioni minori. Tutti gli altri prigionieri furono fatti uscire per assistere all'esecuzione. I due uomini morirono rapidamente mentre il ragazzo, più leggero, ebbe una morte lenta e penosa; rimase appeso, e ancora lottava e soffocava mentre i prigionieri furono fatti sfilare davanti a lui e tornare alle loro baracche. Uno dei prigionieri gridò con voce arrabbiata "Dov'è il vostro

sia la punizione di un Dio arrabbiato. Essi non conoscono il Gesù dei Vangeli. Soltanto nella misura in cui ci allineeremo al Dio "appeso al patibolo", solo nella misura in cui abbracceremo e proclameremo Dio presente in quanti sono infettati e affetti dall'HIV, possiamo essere abbastanza audaci per osare sperare.

Informazioni generali

Introduzione

La Caritas Internationalis (CI), Confederazione di organizzazioni cattoliche per l'assistenza umanitaria e lo sviluppo, ha incluso le attività relative all'HIV-AIDS tra i suoi programmi prioritari nel corso dell'Assemblea Generale del 1987. Da allora, la Confederazione ha messo in atto una risposta all'HIV-AIDS all'altezza della sua missione complessiva di *Animazione, Coordinamento e Rappresentazione* e si è impegnata nelle seguenti attività:

- sponsorizzazione di consultazioni regionali, nazionali e locali sull'HIV-AIDS per assistere i leader religiosi nonché quanti sono impegnati nei servizi ecclesiali, socio-pastorali, sanitari e spirituali della Chiesa per quanti sono colpiti dall'HIV-AIDS nei loro rispettivi apostolati;

- raccolta di fondi per sostenere a livello nazionale e locale le iniziative di educazione e servizio;

- organizzazione di consultazioni teologiche sull'HIV-

AIDS in Africa, Asia, Europa e America del Nord;

- ruolo di rappresentazione nelle Nazioni Unite e in altri forum internazionali;

- creazione di un Gruppo di Lavoro sull'HIV-AIDS (tra il 1988 e il 1995) e una Task Force su HIV-AIDS (1995-2003) per controllare la diffusione della pandemia, motivare la risposta più completa possibile da parte delle organizzazioni membri della Caritas Internationalis e di altre organizzazioni collegate alla Chiesa, e condividere esperienze attraverso i continenti.

La quarta, ed attuale, AIDS Task Force è stata costituita nel luglio 1999 dal Segretario Generale della Caritas per assistere la Confederazione nello svolgimento del suo Piano di Lavoro 1999-2003, che ancora una volta ha identificato l'HIV-AIDS come un tema prioritario per la riflessione e l'azione. La Task Force è strettamente legata alla CI Liaison Agency for HIV-AIDS, CAFOD, ed è stata incaricata dal Segretario Generale della Caritas di coordinare le attività della Confederazione in questo campo. CAFOD, organizzazione membro della Caritas per l'Inghilterra e il Galles, ha servito come Liaison Agency della Caritas per le attività nel campo dell'HIV-AIDS dal 1987. Così la Task Force fornisce alla Liaison Agency un punto di riferimento e un forum in cui discutere e riferire sulle sue attività di coordinamento. Il Direttore della Liaison Agency CAFOD, Mr. Julian Filochowski, e il Rev. Robert Vitillo sono stati nominati nuovamente Co-Direttori della Task Force dopo l'Assemblea Generale del giugno di quest'anno.

La Task Force attuale ha ricevuto il seguente mandato: assistere la Confederazione della Caritas Internationalis (CI) nel mantenere un'attenzione prioritaria alla pandemia dell'HIV-AIDS nelle attività delle sue organizzazioni membri e in altre organizzazioni e strutture importanti della Chiesa cattolica.

Obiettivi:

- 1) condividere informazioni

all'interno della Task Force e della Confederazione Caritas sullo status della pandemia in relazione alle questioni mediche, pastorali, spirituali, sociali e di sviluppo;

2) sostenere la riflessione teologica sulle questioni e i problemi che emergono come risultato della pandemia;

3) incoraggiare la Confederazione Caritas ad approfondire o iniziare un'azione in risposta a quanti sono colpiti dall'HIV-AIDS nel contesto locale;

4) costituire un network per conto della Caritas Internationalis con le organizzazioni cattoliche e altre, compresa l'UNAIDS, al fine di assicurare una risposta adeguata a quanti sono colpiti dall'HIV-AIDS;

5) costruire il momentum della Conferenza CI/CIDSE su HIV e TBC per assicurare che le lezioni apprese vengano diffuse ed incorporate nelle attività della Confederazione.

Dal 1987 la Confederazione Caritas ha dedicato molte energie ed esperienza a far crescere la consapevolezza tra i leader della Chiesa e gli operatori di altre Chiese. Alcune delle pubblicazioni prodotte sotto gli auspici della Task Force sono: *Caritas Training Manual on the Pandemic of HIV-AIDS* (1994); *Proceedings of the CI/CIDSE Workshop on Sustainable Health Care* (1995); *The Church Responds to HIV-AIDS* (1996); *AIDS, Emergenza Planetaria* (1997). Inoltre, CAFOD ha intrapreso diverse valutazioni di programmi sulle cure a domicilio in Kenya, Uganda e Brasile. Più di recente, ha condot-



to uno studio sul cambiamento di comportamento dal titolo: *Safely Through the Night* (1998) in collaborazione con partner di Malawi, Tanzania, Zimbabwe e Zambia, ed ha prodotto un rapporto sull'accesso al trattamento e alle cure intitolato *Valuing Life* (1999), che si basa su esperienze di partner in Zambia.

Caritas Internationalis ha coinvolto i leader e gli operatori pastorali della Chiesa per mezzo di sponsorizzazioni o partecipazioni a corsi di formazione su HIV-AIDS in molte parti del mondo. In questi seminari i membri dello staff CAFOD e della Task Force hanno servito da oratori e moderatori. Durante gli anni 1995-1999 tali programmi sono stati resi accessibili in diverse parti del mondo:

AFRICA	Benin, Burkina Faso, Burundi, Camerun, Congo, Congo-Brazzaville, Costa d'Avorio, Etiopia, Ghana, Lesotho, Madagascar, Malawi, Mali, Niger, Sudafrica, Sudan, Swaziland, Tanzania, Togo, Uganda, Zambia, Zimbabwe
ASIA	Burma/Myanmar, India, Corea, Filippine, Thailandia
EUROPA	Lituania, Polonia
AMERICA LATINA - CARAIBI	Repubblica Dominicana, Perù

Questi seminari comprendevano i seguenti argomenti.

1. Consultazione in Asia/Regione del Pacifico

Con l'aiuto della Task Force della Caritas Internationalis su HIV-AIDS e di CAFOD, rappresentanti di 12 paesi dell'Asia e del Pacifico, e colleghi dell'Europa e del Nord America, si sono riuniti dal 2 al 3 febbraio 1998 a Manila, Filippine, per condividere le esperienze dei servizi cattolici in materia di HIV-AIDS. L'organizzazione locale ospitante era la Caritas Manila.

2. Seminario sulle cure sanitarie sostenibili

Come risultato del loro impegno nell'educazione e nei servizi in materia di HIV-AIDS, le organizzazioni membri della Caritas Internationalis hanno testimoniato il significativo impatto dell'HIV-

AIDS sui servizi sanitari gestiti dalla Chiesa nei paesi del sud. È stato notato che la mancanza di infrastrutture sanitarie in tali paesi è stata una delle cause della rapida diffusione dell'HIV-AIDS tra le popolazioni più povere e vulnerabili. LaTask Force su HIV-AIDS si è quindi unita con Caritas, CIDSE e altre organizzazioni internazionali cattoliche per sponsorizzare un Seminario sulle cure sanitarie sostenibili, che ha avuto luogo in Olanda nell'ottobre 1995.

3. Conferenza sulla Tubercolosi (TBC) e l'HIV-AIDS

La tubercolosi è stata dichiarata un'emergenza sanitaria globale dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS). In risposta a questa

terribile situazione, la Task Force della Caritas su HIV-AIDS ha sponsorizzato, insieme ad altre organizzazioni di servizi sanitari e sociali collegate alla Chiesa, una Conferenza sulla Tubercolosi e l'HIV-AIDS a Würzburg, Germania, dall'8 al 12 marzo 1999. Lo scopo della Conferenza era quello di dare vita ad una migliorata risposta da parte delle organizzazioni CI/CIDSE in relazione all'HIV e alla TBC, per rafforzare strutture appropriate, assicurare che le operazioni siano più efficaci dal punto di vista del costo, eticamente appropriate ed attente all'evidenza scientifica.

4. Consultazioni teologiche su HIV-AIDS

Nel tentativo di incoraggiare un'ulteriore riflessione teologica sulle implicazioni della giustizia sociale della pande-

mia, la Caritas Internationalis, assieme ad altre organizzazioni ecclesiali, ha invitato i teologi a conoscere meglio questo fenomeno globale. Inoltre, i teologi sono stati invitati a condividere approfondimenti teologici sulla risposta più appropriata della Chiesa e dell'intera famiglia umana. Queste consultazioni si sono svolte in Francia (per l'Europa francofona e l'Africa) e nell'Africa meridionale negli anni tra il 1995 e il 1999.

CI e UNAIDS

Dal 1987 la Caritas Internationalis ha intrapreso un'azione di difesa a livello globale e nazionale, tanto con i governi nazionali quanto con le organizzazioni inter-governative, su questioni di preoccupazione per quanti sono colpiti da HIV-AIDS. Il 7 gennaio 1999 essa ha sottoscritto un Memorandum d'Intesa con il Joint United Nations Programme on HIV-AIDS (UNAIDS). L'allora Segretario Generale della CI, Mr. Luc Trouillard, e il Direttore Esecutivo dell'UNAIDS, Dott. Peter Piot, hanno siglato il Memorandum per incoraggiare una risposta alla

pandemia a livello locale, nazionale e internazionale.

Nell'accordo venivano specificate le seguenti aree di cooperazione:

– **ACCESSO ALLE CURE:** al fine di rispondere ai bisogni di quanti convivono con l'HIV-AIDS, l'UNAIDS lavorerà con la CARITAS INTERNATIONALIS per documentare l'esperienza nel campo delle cure come un esempio di pratica migliore che potrebbe essere usata da altre organizzazioni per creare e rafforzare i propri programmi. L'UNAIDS condividerà anche la migliore pratica sviluppata da altre organizzazioni con la CARITAS INTERNATIONALIS;

– **POLITICA DI SVILUPPO:** al fine di ridurre la discriminazione e il marchio associati al virus e rafforzare gli approcci comunitari alle cure, la CARITAS INTERNATIONALIS e l'UNAIDS condivideranno esperienze sullo sviluppo di politiche legate all'HIV sui diritti umani, le questioni sessuali, la cultura, l'etica e la legge, e la loro diffusione nel settore pubblico e privato, compresi i network della Chiesa, i posti di lavoro, le associazioni di professionisti, le

organizzazioni giovanili e le agenzie governative, tenuto conto delle loro diverse prospettive;

– **INFORMAZIONE PUBBLICA:** la prevenzione dell'HIV-AIDS necessita di un'informazione accurata e tempestiva per motivare un comportamento responsabile, per tenere l'HIV-AIDS nell'agenda mondiale, per assicurare che i diritti umani di quanti convivono con il virus siano rispettati e per informare coloro che assumono le decisioni. La CARITAS INTERNATIONALIS e l'UNAIDS rafforzeranno le appropriate attività di informazione pubblica sull'HIV-AIDS e si impegneranno a mantenere gli standard etici più elevati.

S.E. Mons. FOUAD T. EL-HAGE
Arcivescovo maronita di Tripoli
Presidente della
Caritas Internationalis

Nota

¹ *Safely Through the Night: A report of the Thematic Review carried out by CAFOD and four partner organisations between October 1997 and October 1998 on behaviour change in the context of HIV and AIDS*, CAFOD, London 1998.

V: L'Africa

Introduzione

Da due decenni una malattia terribile e temibile colpisce decine di milioni di persone nel mondo senza distinzione di razza, etnia, condizione socio-professionale, sesso o età.

Mai nessun'altra affezione aveva mobilitato tanti ricercatori di ogni tipo, e tante risorse finanziarie.

Nell'Africa subsahariana, ove già esistono problemi di risorse per assicurare la salute della popolazione, l'AIDS è venuto ad aggravare la situazione.

La povertà peggiora le condizioni di vita delle popolazioni:

– impossibilità di accedere

perfino ai medicinali essenziali per la maggior parte della popolazione;

– impossibilità di assicurare una buona alimentazione;

– cattive condizioni igieniche;

– mancanza di educazione sanitaria.

La cura di questa affezione richiede la competenza di diverse categorie professionali: medici, biologi, ricercatori, socio-antropologi, psicologi, religiosi, comunità, ecc.

Nel corso di questo intervento, affronteremo:

– la situazione attuale in funzione di gruppi specifici;

– il dispositivo attualmente esistente per rispondere a questa epidemia e il rapporto

tra tale dispositivo e la risposta della chiesa al livello:

– dei paesi

– della comunità internazionale;

– come possiamo rafforzare questo dispositivo?

L'esperienza da noi acquisita in Africa ed estesa ad altri continenti grazie allo scambio di esperienze, ci permette di focalizzare il nostro intervento al livello del continente africano.

Obiettivi

1. Orientare la problematica dell'HIV-AIDS secondo il Magistero pontificio.

2. Coordinare i movimenti

e i gruppi della Chiesa cattolica che lavorano nel campo dell'HIV-AIDS.

3. Promuovere l'aiuto ai sieropositivi e ai malati di AIDS.

Quale può essere il ruolo della Chiesa nelle strategie di prevenzione dell'AIDS?

Le iniziative devono rivol-

Alcuni dati epidemiologici dell'AIDS nel mondo e in Africa in particolare

	Prevalenza media negli adulti	Prevalenza
Africa Meridionale	17,2	2,7 - 27,0
Africa Orientale	9,6	3,2 - 14,5
Africa Centrale	4,3	0,1 - 11,1
Africa Occidentale	2,4	05 - 10,1

Strategie di prevenzione

Trasmissione mediante il sangue

– Assicurare la sicurezza trasfusionale in modo standardizzato in tutti i paesi del mondo (tanto nei paesi industrializzati quanto in quelli in via di sviluppo).

– Combattere le pratiche tradizionali che utilizzano strumenti taglienti (escissione, scarificazione, tatuaggio).

– Assicurare la sterilizzazione del materiale medico.

– Promuovere l'utilizzo di materiale monouso.

– Assicurare le attrezzature o il materiale necessario per prevenire la trasmissione professionale accidentale.

Trasmissione sessuale

– Incoraggiare l'individuazione volontaria prima di ogni legame (matrimonio, convivenza) in vista della procreazione.

– Fedeltà.

– Astinenza.

– Educazione sessuale nel contesto religioso.

– Insegnamento dei valori morali, del rispetto del corpo, del significato dell'amore.

– Includere il modulo AIDS nei programmi di insegnamento del catechismo.

Trasmissione materno-fetale

– Proporre l'individuazione volontaria dell'HIV in previsione del matrimonio.

– Proporre l'individuazione volontaria in consultazione prenatale.

– Assicurare il trattamento delle donne incinte sieropositive per ridurre il tasso di trasmissione madre-figlio.

gersi a gruppi specifici quali:

– i giovani (ragazzi e ragazze);

– le donne;

– le coppie;

– gli uomini.

I giovani sono i più colpiti e la prevalenza dell'HIV è del 27%. Rafforzare l'educazione dei giovani su temi specifici:

– la salute riproduttiva degli adolescenti;

– i malati (MST-AIDS);

– le gravidanze precoci;

– gli abusi sessuali precoci;

– i rapporti sessuali precoci.

L'educazione dei giovani deve essere condotta nelle scuole primarie, secondarie (mestruazioni, sessualità), universitarie e nelle famiglie (rafforzare i valori morali e familiari mediante la comunicazione).

Quali sono le strutture esistenti nella Chiesa per rafforzare le strategie di prevenzione?

– Movimenti di scouts.

– I CAVV (anime coraggiose, cuori coraggiosi).

– Il rinnovamento carismatico.

– La gioventù (studenti cattolici).

– La Legione di Maria.

– Il gruppo del Rosario.

– Tutte le congregazioni.

– I laici e i catechisti.

– L'associazione delle famiglie cristiane.

– L'associazione dei quadri cattolici.

– La commissione giustizia e pace.

Discussioni e dibattiti sui temi specifici potrebbero essere affrontati:

– nel corso delle messe;

– dopo le messe;

– durante la formazione dei giovani al catechismo;

– altro.

Le donne

All'inizio dell'epidemia le persone infette erano divise in egual misura tra uomini e donne. Oggi, su 20 africani infetti, 12-13 sono donne.

Alla fine del 1999 nell'Africa subsahariana erano sieropositivi 12,2 milioni di donne e 10,1 milioni di uomini tra i 19 e i 49 anni d'età.

– Analfabetizzazione elevata.

– I fattori socio-culturali non permettono alla donna di progredire e di assumere decisioni.

Esse sono assoggettate agli uomini, economicamente deboli (dipendenza, necessità di concedersi per sovvenire ai propri bisogni), divorzio, separazione.

Cosa esiste nelle strutture per aiutare le donne?

Vanno intrapresi un'educazione e uno sviluppo di progetti che generino entrate a favore di queste donne, in quanto esse svolgono un ruolo molto importante nella cellula familiare:

– educano i figli;

– si prendono cura dei figli e del marito;

– badano alla proprietà e all'igiene della casa.

Come può la Chiesa aiutare mediante le strutture esistenti? Esistono centri di ascolto e di sostegno per le donne prive di mezzi o abusate? Come possono i movimenti associativi religiosi integrare nelle loro attività le questioni attuali?

Al livello dei paesi, esistono gruppi di giovani delle cooperative femminili che potrebbero essere presi per modello.

Gli uomini

Le malattie sessualmente trasmissibili si manifestano clinicamente molto presto negli uomini; di qui una sensibilizzazione verso una attenzione precoce per il trattamento. L'educazione in questo gruppo deve tendere al cambiamento di comportamento:

- astenersi dai rapporti sessuali extraconiugali;
- insegnare le questioni d'abuso sessuale;
- favorire la comunicazione nella coppia (implicare gli uomini nei movimenti delle donne);
- rafforzare i valori morali e familiari;
- utilizzare il sistema della confessione per il counselling e il sostegno psico-sociale.

La coppia

- Sensibilizzazione ed educazione per assicurare rispetto e fedeltà nella coppia;
- affrontare queste questioni durante la preparazione al matrimonio;
- alcuni movimenti cristiani devono cogliere l'opportunità offerta dall'AIDS per organizzare discussioni sulla pandemia al fine di evitare rapporti sessuali extraconiugali e altri comportamenti che possono nuocere al matrimonio.

Impatto socio-economico

- Diminuzione della speranza di vita.
- Assenteismo:
 - l'impiegato colpito dall'HIV-AIDS sarà costretto ad assentarsi spesso a causa dei ripetuti periodi di riposo in seguito a manifestazioni cliniche.
- Diminuzione del rendimento e della produttività.
- Diminuzione dell'indice di sviluppo umano:
 - l'impiegato malato di AIDS ad un certo stadio è incapace di fornire il proprio contributo.
- Licenziamento o pensionamento anticipato:
 - in seguito a ripetute assenze, il datore di lavoro spesso procede al licenziamento o al pensionamento anticipato;
 - conseguenze sui sussidi degli impiegati;
 - il costo del trattamento è molto elevato.
- Conseguenze familiari:
 - impossibilità di sovvenire ai bisogni della famiglia; diminuzione delle entrate mensili;

- impoverimento (depau-perazione);
- problemi psicologici:
 - abbandono,
 - dipendenza,
 - depressione,
 - orfani di AIDS.

Accompagnamento del malato di HIV-AIDS

Cosa fa la comunità internazionale per la cura dei malati di HIV-AIDS?

Le agenzie quali l'OMS, il PNUD, l'UNICEF, il FNUAP, la Banca Mondiale e l'Unione Europea hanno creato un programma, l'ONUSIDA, per riflettere sulle questioni relative all'AIDS.

Tuttavia, l'Organizzazione Mondiale della Sanità resta l'agenzia per apportare un sostegno tecnico nell'esecuzione e nella messa in atto delle attività di attenzione alle persone sieropositive e malate di AIDS.

L'attenzione ai malati è molto delicata nel senso che i problemi psico-sociali costituiscono un peso rilevante.

Per affrontare la questione psico-sociale è stato sviluppato un approccio mediante il counselling, mentre devono essere organizzati gruppi di sostegno nelle scuole, nelle imprese e nelle comunità per assicurare un'integrazione sociale.

Per quanto riguarda le attività di cura, esistono servizi di cure per i pazienti di HIV-AIDS integrati nelle strutture esistenti.

Per evitare la lunga degenza in ospedale da parte di questi malati, in alcuni paesi africani sono stati sviluppati programmi di cure a domicilio con kits di cure. I malati devono far riferimento alle strutture sanitarie i cui professionisti sono stati formati a questo scopo.

- Assicurare il comfort del malato:

- camera singola, gradevole;
- vestiti e biancheria pulita, buona igiene;
- assistenza.
- Lottare contro il dolore:
 - somministrare analgesici forti per i dolori.

- Assicurare un sostegno psicologico:
 - ascolto del malato;
 - affetto;
 - disponibilità.
- Fornire un sostegno spirituale:
 - alcuni malati chiedono di ricevere il battesimo;
 - preparazione ad accettare la morte.

Cosa esiste a livello della Chiesa che possiamo rafforzare? Le strutture sanitarie cattoliche devono:

- assicurare l'individuazione precoce dei sintomi;
- fornire un trattamento precoce, se possibile;
- rinviare alle strutture più specializzate;
- assicurare la formazione e l'educazione dei professionisti;
- coinvolgere le famiglie nell'assistenza dei malati;
- assicurare l'educazione della comunità sulle questioni sanitarie (cosa fare? dove andare? cartelli? poster?);
- aprire un servizio di VCT;
- aiutare i malati in fase terminale a fare testamento;
- permettere ai partner dei malati di fare il test di individuazione e assicurare loro il counselling post-test e il sostegno psico-sociale.

Conclusione

La pandemia dell'AIDS interpella tutti noi. Il coinvolgimento dei religiosi mediante l'influenza dell'insegnamento dei valori morali alla popolazione giovane è molto importante per un cambiamento di comportamento.

In effetti, la fascia di età più colpita da questo flagello è quella giovane/adulta tra 15 e 49 anni. Essa è esposta a comportamenti a rischio quali attività sessuale precoce, diversi partner, uso di droga mediante scambio di siringhe, ecc.

L'educazione e l'insegnamento degli atteggiamenti nefasti alla vita devono costituire il cavallo di battaglia dei religiosi per preservare una gioventù sana.

Dott. J. AGNESS-SOUMAHORO
Responsabile regionale per la cura
e l'assistenza dell'HIV-AIDS
Ufficio Regionale per l'Africa
Costa d'Avorio

II Sezione

L'ACCOMPAGNAMENTO

Interventi programmati “Assistenza alla persona con HIV-AIDS”

I: Aspetti medico-sanitari

Tra i molteplici aspetti che dal punto di vista medico-sanitario hanno caratterizzato l'epidemia di AIDS negli ultimi anni, mi sembra importante evidenziarne alcuni che, per il loro impatto di sanità pubblica o di salute dei singoli individui, sono particolarmente importanti.

1. La prevenzione della trasmissione materno fetale

Questo tema è uno dei più attuali per svariate ragioni, anzitutto per le dimensioni del problema e per le recenti incoraggianti prospettive di prevenzione. Per quanto riguarda le dimensioni del fenomeno si calcola che l'anno scorso siano nati 600.000 bambini infetti da madri HIV-positive. La stragrande maggioranza di questi bambini nasce in Africa, dove anche i problemi legati alla povertà, alla malnutrizione, alle pessime condizioni igieniche e agli squilibri socio-politici rendono ogni approccio preventivo enormemente più complicato che nei paesi industrializzati. È necessario ricordare che ogni bambino che nasce infetto è inoltre destinato a rimanere orfano in un tempo relativamente breve. Infatti il problema degli orfani dell'AIDS ha già assunto in Africa dimensioni drammatiche.

Numerose ricerche hanno

messo in luce il fatto che un bambino si infetta con l'HIV quasi sempre al momento del parto, e che è pertanto possibile ridurre la possibilità di infezione del neonato grazie a terapie antivirali negli ultimi mesi della gravidanza e al parto. Già da alcuni anni, infatti, sono stati messi a punto dei protocolli di trattamento in gravidanza delle donne HIV-positive e del neonato per ridurre il tasso di trasmissione materno-fetale dell'infezione. Tali schemi, fondati finora sull'uso dell'AZT, il primo farmaco antiretrovirale largamente utilizzato, hanno consentito di abbattere in modo consistente il numero di bambini contagiati in gravidanza e durante il parto. È stato calcolato un abbattimento del tasso di trasmissione dal 20-30% a meno del 10% nei diversi studi. Purtroppo tali brillanti risultati sono stati conseguiti soltanto nei paesi industrializzati a causa dei costi elevati e della complessità organizzativa del trattamento. Laddove, viceversa, più forte sarebbe il bisogno di intervento, cioè nei paesi africani, i limiti economici e la mancanza di reti sanitarie efficienti hanno ostacolato una diffusione estesa di tale pratica preventiva. Ultimamente alcuni segnali di speranza vengono da studi effettuati con un altro farmaco antiretrovirale, la nevirapina, che consentirebbe uno schema di trat-

tamento molto più semplice (un'unica dose alla madre in travaglio e una al neonato), costi molto più contenuti e un'efficacia preventiva simile o superiore a quella dell'AZT. Già numerose agenzie internazionali, governi e NGO si stanno mobilitando per promuovere progetti pilota o di intervento per estendere il più possibile questo nuovo e promettente schema di trattamento.

2. La co-infezione HIV-tubercolosi

La pandemia da HIV ha aggravato negli ultimi anni il problema della tubercolosi, già molto grave in tutti i paesi del mondo, ma ancora una volta con dimensioni drammatiche nel sud del pianeta, e particolarmente in Africa. Nel 1999 si calcola che vi siano stati circa 2,5 milioni di morti per AIDS, dei quali almeno il 30% era causato direttamente dalla tubercolosi. È ormai scientificamente accertato che l'infezione da HIV favorisce l'acquisizione dell'infezione tubercolare o la progressione clinica di un'infezione tubercolare latente. D'altra parte, la presenza di tubercolosi accelera la progressione dell'infezione da HIV, per cui si stabilisce una relazione di potenziamento negativo delle due infezioni. Nei pazienti con AIDS la tubercolosi può presentarsi in forme clinica-

mente e radiologicamente atipiche, con maggiori difficoltà diagnostiche e possibili ritardi nell'inizio della terapia. Questa circostanza ha importanti ripercussioni in termini di sanità pubblica. È noto, infatti, che il più importante fattore di controllo epidemiologico della tubercolosi è il rapido riconoscimento e trattamento dei soggetti colpiti: un ritardo diagnostico comporta un prolungamento del periodo di contagiosità e di conseguenza una più efficiente diffusione dell'infezione. Un altro inquietante fenomeno legato all'aumento dei casi di tubercolosi è quello della resistenza del *Mycobacterium tuberculosis* (il bacillo responsabile della malattia) ai più potenti farmaci antitubercolari. Si calcola che circa il 2% dei ceppi sia attualmente resistente, ma tale percentuale è destinata ad aumentare. La resistenza ai farmaci è condizionata da vari fattori, il più importante dei quali è la correttezza con cui vengono seguiti i lunghi e complessi schemi di trattamento. Un'efficace terapia antitubercolare va infatti eseguita con farmaci diversi in associazione per almeno 6 mesi. È evidente che laddove la strutture sanitarie non sono efficienti o i costi non sono sostenibili, il rischio di terapie incongrue o troppo brevi è altissimo, per cui aumenta la probabilità di selezionare ceppi resistenti.

3. L'affinamento delle tecniche diagnostiche e la comparsa di nuovi potenti farmaci antiretrovirali

A metà degli anni Novanta si sono verificati due importanti passi avanti nell'assistenza dei pazienti con infezione da HIV. Il primo consiste nella possibilità, attraverso sofisticate tecniche di biologia molecolare, di misurare nel sangue la quantità di genoma virale e dunque, indirettamente, la capacità replicativa del virus nel singolo soggetto. Si tratta di un'analisi che, unita al più classico dosaggio dei linfociti CD4+, permette di valutare l'"attività" dell'infezione, la sua progressione e anche l'eventuale ri-

sposta alle terapie. L'altro importante progresso è stata la messa a punto di nuovi e più potenti farmaci antiretrovirali, in particolare gli inibitori delle proteasi (saquinavir, ritonavir, indinavir, nelfinavir) e gli inibitori non-nucleosidici della trascrittasi inversa (nevirapina, efavirenz). Tali farmaci, usati in associazione con i più classici inibitori nucleosidici della trascrittasi inversa (zidovudina, didanosina, zalcitabina, stavudina, lamivudina), hanno permesso inimmaginabili miglioramenti in pazienti già in stadio avanzato di malattia e la stabilizzazione immunologica e clinica di pazienti nelle fasi intermedie dell'infezione. Naturalmente non si tratta della soluzione definitiva, anzitutto perché non si è mai ottenuta finora in nessun paziente una vera e propria eradicazione dell'infezione; bisogna poi considerare che gli schemi di terapia sono complessi e vanno applicati per un tempo illimitato, vanno seguiti in ambiente specialistico, non sono privi di effetti collaterali, anche gravi. Il principale inconveniente dei nuovi approcci diagnostici e terapeutici resta quello dei costi che, essendo già alti nei paesi industrializzati ad alto reddito pro-capite, sono assolutamente proibitivi per i paesi poveri. Non vi è purtroppo nessuna realistica possibilità di applicazione su vasta scala delle nuove analisi diagnostiche né delle nuove terapie. Ciò deve ulteriormente far riflettere sulla cruciale importanza dei programmi di prevenzione dell'infezione da HIV.

4. Diagnosi e cura delle principali infezioni opportunistiche

Negli ultimi anni non vi sono stati decisivi passi avanti nella cura delle principali infezioni opportunistiche. Restano sostanzialmente efficaci i farmaci che fin dall'inizio dell'epidemia sono stati utilizzati, come ad esempio il cotrimoxazolo per la polmonite da *Pneumocystis carinii*, la pirimetamina e la sulfadiazina per la toxoplasmosi cerebrale o gli azoli per le infezioni fungine. La

profilassi e la cura delle principali infezioni opportunistiche è spesso accessibile anche in termini di costi, e dunque questo è uno dei campi su cui potrebbero concentrarsi gli sforzi di pianificazione degli interventi. Inoltre, è stato dimostrato che la prevenzione delle infezioni opportunistiche, anche in assenza di terapia antiretrovirale, può migliorare la sopravvivenza e la qualità della vita oltre che ridurre il numero delle ospedalizzazioni.

5. Le cure palliative

Chi cura le persone con AIDS ha a che fare con pazienti a prognosi infausta, destinati a morire in un tempo più o meno breve. Per questa ragione è importante che vengano applicati in modo esteso i principi della medicina palliativa, intesa come disciplina che si occupa di rimuovere le conseguenze piuttosto che le cause di una malattia. In particolare, molta attenzione andrà posta nel trattamento del dolore e degli altri sintomi che inevitabilmente accompagnano il paziente con AIDS in fase avanzata di malattia. Bisognerà moltiplicare gli sforzi per accompagnare il paziente verso una morte dignitosa, evitando l'isolamento dalla famiglia e dagli operatori socio-sanitari. Bisognerà promuovere la qualità della vita residua, evitando cure inutili e impegnative per il malato senza che vi siano ragionevoli prospettive di miglioramento.

Dott. MASSIMO FANTONI
Università Cattolica
del Sacro Cuore, Roma



II: La trasmissione materno-fetale dell'AIDS

Nuove possibilità di prevenzione

La pandemia da HIV, il virus che provoca l'AIDS, non si è fermata, anzi continua a diffondersi sempre più nel mondo. Le recenti stime dell'Organizzazione Mondiale della Sanità parlano di 33,6 milioni di persone con l'infezione da HIV, mentre nello scorso anno si sono infettati 5 milioni di adulti e 600.000 bambini. Sempre nello scorso anno sono morte 2,6 milioni di persone, portando il numero totale dei decessi per AIDS a 16,3 milioni di individui.

Le modalità di diffusione dell'infezione sono sostanzialmente tre: quella sessuale ematica, sangue infetto e quella materno-fetale, da una donna infetta al proprio figlio.

Negli ultimi anni numerose ricerche hanno messo in luce il fatto che un bambino si infetta con l'HIV quasi sempre al momento del parto e che pertanto è possibile ridurre la probabilità di infezione nel neonato grazie a trattamenti medici antivirali negli ultimi mesi della gravidanza e al parto.

Negli scorsi anni la dimostrazione che un trattamento con l'azidotimidina (AZT, nome commerciale Retrovir) era in grado di ridurre il numero di infezioni nei bambini, ha portato, in occidente, a un trattamento estensivo delle madri con HIV con conseguente significativa riduzione dei nuovi casi pediatrici. Negli USA, tra il 1992 e il 1997, c'è stata una riduzione fino all'80% delle infezioni nei neonati; lo stesso si è verificato in quelle nazioni europee che hanno applicato tali trattamenti preventivi.

Anche il taglio cesareo comporta una riduzione del rischio del neonato di infettarsi con HIV. Studi europei su popolazioni che utilizzano entrambe le precauzioni segnalano un rischio per il neonato ridotto a poche unità per cento.

Questi sistemi di cura e prevenzione hanno significativamente ridotto il numero di nuovi nati in Europa e negli Stati

Uniti, ma poco è stato fatto per i paesi dell'Africa subsahariana, dove vive oltre il 70% della popolazione con HIV.

Un'importantissima ricerca è stata pubblicata alla fine del 1999 sulla maggiore rivista scientifica europea (L. GUAY, *Lancet* 1999, 354:795-802): *trattamenti anche brevissimi della madre al momento del parto e del neonato nelle prime ore di vita sono ancor più efficaci di quelli lunghi e costosi disponibili finora nei paesi più ricchi. In pratica sarebbe sufficiente una sola compressa di nevirapina (nome commerciale Viramune, un potente antiretrovirale, dato al momento del parto e una sola dose dello stesso somministrata al neonato per ridurre significativamente (47%) la possibilità del virus HIV di essere trasmesso.*

I vantaggi di questo trattamento sono molteplici, legati alla semplicità del trattamento – una sola dose alla madre e una al bambino – al costo contenuto di circa 4\$ in totale – al periodo di somministrazione – al parto – quando la maggioranza delle donne o va in ospedale o comunque viene assistita da personale sanitario o paramedico.

Studi di valutazione sul rapporto "costo-efficacia" di tale trattamento ne confermano gli elevati vantaggi (E. MARSEILLE, *Lancet* 1999, 354:803-809).

A livello scientifico internazionale vi è una grande consapevolezza sulle potenzialità sociali e di sanità pubblica di queste ricerche, e le stesse Nazioni Unite (UNAIDS) hanno mostrato grande interesse a promuovere e sostenere progetti di prevenzione della trasmissione materno-fetale.

Molti sono ancora i problemi da risolvere, come quello dell'allattamento al seno, che è anch'esso fonte di contagio, e quello della malattia della madre e del destino di orfani di questi bambini, che tuttavia, se non infetti, hanno migliori

possibilità di vita.

In sintesi, la dimostrazione scientifica che con una sola pillola data una volta sia possibile ridurre quasi alla metà lo spaventoso numero di seicentomila nuovi nati infetti ogni anno, impone la pianificazione urgente di nuove strategie di prevenzione in tutti i paesi in via di sviluppo nel mondo.

Un ragionamento molto pratico ci porta a considerare che se fosse possibile applicare tale trattamento ai circa 2 milioni di bambini che nascono nel mondo ogni anno da donne con HIV, il costo totale del farmaco sarebbe di circa 8 milioni di dollari, una cifra davvero irrisoria se paragonata al costo sociale e umano della malattia, che probabilmente potrebbe essere prevenuta in almeno 300.000 bambini. Molto più difficile l'organizzazione capillare della distribuzione e l'educazione degli operatori sanitari locali. L'esperienza dimostra, infatti, che anche malattie più semplici da curare e meno costose (come la diarrea o il morbillo) non vengono di fatto trattate per difetti di organizzazione e disinformazione.

Una iniziativa che veda la Santa Sede e le Nazioni Unite (UNAIDS) come promotrici di attività volte a pianificare interventi davvero incisivi sulla salute dei nuovi nati, ha grandi potenzialità di realizzazione grazie all'unione dell'alta capacità organizzativa dell'UNAIDS e della presenza capillare e motivata della Chiesa cattolica sia a livelli istituzionali che nel territorio.

È auspicabile pertanto un incontro per definire i rispettivi ambiti di interesse e di azione, le risorse umane, organizzative e finanziarie impiegabili.

Dott. MASSIMO FANTONI
Università Cattolica del Sacro Cuore
Roma

Dott. GUIDO
CASTELLI GATTINARA
Ospedale Pediatrico Bambin Gesù
Roma

III: Aspetti psicologici

Introduzione

L'AIDS si caratterizza, nell'immaginario collettivo, come una "catastrofe sociale", una "malattia colpevole" pregnante di simbolismi inconsci, essendo contagiosa, pregiudizievole e discriminante; incurabile e letale, connotata a stili di vita devianti, trasgressivi, amorali¹.

Per tali ragioni essa scatena una reazione sociale emotiva patofobica², psicologicamente difensiva, ambivalente e contraddittoria, che tende ad allontanare da sé il disvalore morale della malattia e, di fatto, a giustificare e legittimare la ghettizzazione delle persone malate, per le quali gli interventi di solidarietà, sostegno e cura, dovendo tener conto sia del diritto alla libertà individuale che di programmi di protezione e prevenzione per la collettività³, sono interventi ancora ben lontani dall'essere equi, coordinati, efficaci ed etici.

Il tempo di una diagnosi e la vita cambia

Per quanto sia notevole l'impegno informativo da parte degli operatori nel distinguere le varie fasi della malattia, prendere coscienza del proprio stato infettivo comporta al paziente un livello d'ansia così grave da trasformarsi in angoscia paralizzante, che mina il senso della progettualità di vita, con fantasie di morte imminente, con inevitabili, destrutturanti ripercussioni sulle relazioni affettive, interpersonali, sociali e lavorative⁴. Va anzi detto che la diffusione pandemica dell'AIDS e la pubblicità che ad essa viene fornita dai mezzi di comunicazione⁵ inducono in soggetti psicologicamente disturbati, che hanno consapevolezza di comportamenti a rischio di contagio, i cosiddetti *worried well* degli Autori anglosasso-

ni⁶, convinzioni ipocondriache che possono evolversi in un quadro ossessivo delirante, pur in assenza di sintomatologie cliniche.

Sebbene recenti indagini registrino un notevole aumento del contagio tra gli eterosessuali⁷, derivante, almeno per quanto attiene ai Paesi occidentali, da modelli identitari di vita sempre più proposti e diffusi dai *mass media*, orientati alla liberalizzazione dei costumi con tendenza all'esaltazione della trasgressione, non bisogna dimenticare che l'infezione da HIV privilegia soggetti con storie e stili di vita a più alto rischio di contagio, come i tossicodipendenti e gli omosessuali⁸.

Le cause che determinano la loro problematicità sono ben note: in questa sede basti dire che l'oscillazione della personalità in questi soggetti va da una grave disfunzione psicologica ad una più adeguata maturità psicosociale⁹.

Le personalità tossicomani che, per la loro vulnerabilità psicologica, l'immatunità caratteriale, la bassa capacità di tollerare le frustrazioni e la loro alienazione spirituale, tendono a negare la gravità della malattia ed il rischio del contagio, confidando nella capacità di reazione del proprio organismo. Per tali motivi, sono soggetti difficili, poco recettivi a programmi di prevenzione, educazione sanitaria, *counselling*.

Nei pazienti omosessuali la diagnosi di sieropositività e AIDS induce gravi sentimenti di colpa relativi alle proprie scelte sessuali: si sentono responsabili della malattia, ma più rispettosi ed attenti riguardo alla diffusione del contagio. La loro maggiore preoccupazione è rappresentata dal timore di essere scoperti, di mantenere o meno il segreto della propria condizione che li stigmatizza sia per le scelte di diversità, sia per l'appartenenza ad un gruppo trasgres-

sivo ed amorale, visto come potenzialmente infetto e contagioso¹⁰.

Un'importante considerazione riguarda i problemi psicologici derivanti dal rapporto con il o la partner sieropositivi: dinamiche tanto più rilevanti e sconvolgenti se si esaminano nelle persone infettate accidentalmente e con un vissuto di "responsabilità" di vita¹¹.

Ciò porta a situazioni di angoscia e paura per l'eventuale avvenuto o futuro contagio, che dà luogo a profondi cambiamenti nella relazione di coppia, defraudandola della dimensione del quotidiano. Si possono determinare la sua "frantumazione" o il mantenimento del legame, con la consapevolezza dei rischi e la condivisione di responsabilità marcatamente depressive, come se nulla più contasse nella vita; oppure si sceglie l'astensione dal rapporto sessuale come ritiro della libido da un investimento oggettuale ad alto rischio, ma con esaurimento del rapporto in tempi brevi.

Da quanto esposto, appare sempre più evidente quanto sia importante e necessario investire nell'opera di prevenzione, che, mentre realizza un'informazione adeguata, educi alla maturità responsabile: una maturità che, nell'ambito della coppia, porti al ritrovamento del valore spirituale dell'amore che si dona come senso fondamentale dell'esistenza. Concetto, come meglio approfondirò in seguito, da divulgare già presso gli adolescenti affinché acquistino forza caratteriale per evitare e superare i comportamenti a rischio, a contrastare i quali la Chiesa indica un ideale positivo, che comprenda ed applichi norme morali di condotta, in grado di preparare all'amore responsabile e fedele, principale garanzia per tutelare la propria e altrui salute.

In base a questo ideale, come afferma il Santo Padre:

“...appare profondamente lesivo della dignità della persona, e perciò moralmente illecito, propugnare una prevenzione della malattia dell’AIDS basata sul ricorso a mezzi e rimedi, che violano il senso autenticamente umano della sessualità e sono un palliativo per quei disagi profondi, dove è chiamata in causa la responsabilità degli individui e della società... e pretesto per un cedimento che apra la via al degrado morale”¹².

Reazioni psicologiche alla comunicazione di sieropositività

Le possibili reazioni psicologiche alla rivelazione diagnostica da HIV, che ricerche scientifiche internazionali hanno dimostrato interferire sia con i parametri immunitari che con l’accettazione del trattamento¹³, dipendono da alcune variabili: dalle caratteristiche di personalità e dalle capacità di risposte adattamentali; dallo stile di vita condotto, che espone i soggetti ad aumentato rischio di contagio e, infine, dalle complicazioni organiche determinate dall’infezione. Tali reazioni possono sintetizzarsi in: negazione, collera e depressione.

Negazione, come reazione immediata tesa ad esorcizzare la malattia; atteggiamento dapprima incredulo, ipertrofico e poi introspettivo, via via mutacico, teso alla chiusura dei rapporti interpersonali.

Collera, per essere la vittima designata del contagio; il più delle volte tale reazione

comporta manifestazioni classiche, capaci di arrivare – in casi estremi – alla volontà di contagiare gli altri, diffondendo la malattia a scopo rivendicativo.

Depressione, determinata da sentimenti di disperazione e fortissimi sensi di colpa nei confronti di un vissuto immanente di morte che rafforza e amplifica la visione mitica e simbolica dell’AIDS.

Le varie fasi della malattia

Nel periodo che intercorre tra il contagio e la positività anticorpale, definito “fase finestra”, un soggetto risulta sieronegativo pur essendo già infetto e contagiante: si possono ipotizzare quali potenziali, seri pericoli di trasmettere e contrarre la malattia possano incombere sulla collettività per scelte comportamentali a rischio, specialmente nell’ambito della sessualità.

Quando la diagnosi di sieropositività viene confermata dalle analisi cliniche, come suddetto, la persona mette in atto varie reazioni psicologiche che la pongono in oscillazione continua tra pensieri di vita e di morte, la impegnano in frequenti rielaborazioni cognitive e comportamentali, che dovrebbero consentirle di sperimentare nuove forme di equilibrio psicologico¹⁴.

Il delicato compito di *counselling* nella persona HIV+ deve promuovere l’accettazione del proprio stato e ricostruire un’immagine positiva di sé, che le permetta di stabilire obiettivi futuri e realistici, mantenendo viva la speranza

che essi possano essere conseguiti¹⁵.

Nell’ambito della malattia conclamata i recenti regimi terapeutici, inducendo significative riduzioni della carica virale, hanno originato nuove aspettative sulla qualità di vita e, a volte, irrealistiche speranze di guarigione che, disilluse dalla tragicità della malattia, vedono il paziente perdere il controllo sulla realtà circostante, in stato di disperazione e decadimento psicofisico, che in casi estremi può portare al suicidio¹⁶.

Come riportato da Nichols¹⁷, l’*iter* psicologico del malato di AIDS è caratterizzato da tre fasi: lo stato di crisi iniziale, lo stato di transizione e, infine, quello di adattamento e preparazione alla morte.

Il dolore morale per il pregiudizio sociale, accanto alla paurosa perdita di speranza, il disagio derivante dall’isolamento e dall’abbandono degli altri e, non ultima, l’identificazione con la morte di un amico caro con il quale si sono condivise le stesse scelte di vita si contrappongono conflittualmente al bisogno di supporto affettivo, psicologico e sociale, compensato in linea di massima dalla figura materna con un rapporto simbiotico a modalità regressivo-infantili, accanto a un rinnovato e ritrovato interesse verso la ricerca di un competente consigliere spirituale, punto di svolta di molti processi di riabilitazione morale ed importante elemento interattivo al trattamento terapeutico.

È in questa sua fase esistenziale che il malato di AIDS riscopre e riafferma i valori fondamentali della vita, accanto ad uno spirito combattivo verso la malattia che, purtroppo, ineluttabilmente conclude il ciclo vitale¹⁸.

La famiglia del malato HIV-AIDS: reazioni

In linea generale, i soggetti con HIV, sino alla fase asintomatica, tentano di tenere sotto controllo la situazione, minimizzando anche a se stessi le penose conseguenze della



malattia. Quando ciò non è più contenibile, a causa delle complicate evolutive dei sintomi e delle incalzanti terapie sanitarie, la diagnosi di AIDS spesso coglie la famiglia impreparata alla rivelazione della malattia, venendo a conoscenza, solo in concomitanza con essa, delle problematiche tossicomane o dei comportamenti infedeli o trasgressivi del congiunto¹⁹.

Ne deriva un cambiamento nell'ambiente familiare, che modifica, con una riorganizzazione globale, tutte le variabili relazionali coinvolte: in casi estremi, a rendere più complesse e disgreganti le dinamiche familiari, incidono i timori per la condanna morale, le stigmatizzazioni dell'opinione pubblica verso una diagnosi "vergognosa".

La famiglia tende a dissimulare, chiudendosi nella propria sofferenza, dalla quale riemergono conflitti interni molto gravi, con scambi di accuse e colpevolizzazioni nei confronti del malato, sino ad arrivare alla sua espulsione per difesa dal sentirsi associata alla devianza, allo stile di vita e ai disvalori che ne determinarono le divergenze²⁰. Tutto ciò avviene con profonde lacerazioni intime, che impediscono ad ambo le parti decisioni costruttive capaci di riconciliarsi con la vita; dinamica sottolineata da Sua Santità nel discorso tenuto nel 1990 in occasione della Conferenza Internazionale sull'AIDS, promossa dal Pontificio Consiglio della Pastorale per gli Operatori Sanitari: "... la perdita del calore familiare provoca nei malati di AIDS la diminuzione e persino l'estinzione di quella immunologia psicologica e spirituale che a volte si rivela non meno importante di quella fisica per sostenere la capacità reattiva del soggetto"²¹.

Gli operatori sanitari

Le implicazioni psicologiche dell'AIDS e delle infezioni da virus HIV meritano di essere analizzate anche nella relazione con gli operatori sanitari²², che, oltre ad incidere sull'equilibrio del personale

stesso, frequentemente ha rilevanza sulla funzionalità della struttura sanitaria e sulla qualità dell'assistenza. La persona malata sviluppa nei confronti degli operatori uno stato di dipendenza psicofisica, mentre la famiglia, riconoscendo loro l'autorità del sapere, si pone in uno stato di soggezione: pazienti e famiglia proiettano sugli operatori desideri di sopravvivenza, attraverso un meccanismo che definirei di "ancoraggio alla vita".

Il personale di assistenza,



viceversa, può strutturare due opposti atteggiamenti difensivi, più o meno inconsci, che servono ad allontanare angosce di morte e sentimenti d'impotenza terapeutica: o il distanziamento emotivo verso il malato, che viene ad essere considerato "caso clinico", contenitore di sintomi svuotato della sua umanità e del suo essere persona; oppure un ipercoinvolgimento affettivo, attraverso un processo di identificazione con la persona malata che danneggia l'immagine professionale, la quale comunque richiede empatia, solidarietà, carità nel loro più alto significato²³.

Il problema più sentito dagli operatori è certamente quello del contagio per sé e per la propria famiglia. Le precauzioni, a volte superiori alle reali necessità, rappresentano un'ulteriore barriera psicologica interposta nella relazione con il malato, mentre il ricorso a modalità di comunicazione imprecise, equivocate, contraddittorie, tendono ad evitare assunzioni di responsabilità che possono scadere nel ben noto fenomeno *burn-out* ²⁴.

Rarissimi i casi di rifiuto di curare le persone affette da HIV-AIDS, contravvenendo clamorosamente agli articoli 5 e 7 della legge 135 del 18/9/1990 dell'attuale Codice Deontologico Italiano: rifiuto sintomatico di disagi profondi personologici, oltre che professionali²⁵. Appare evidente quanto sia necessario offrire a tutto il personale che tratta con pazienti HIV-AIDS una consulenza psicologica che, favorendo il controllo dell'ansia e riducendo lo stress lavo-

rativo, migliori sia la comprensione dei propri compiti professionali, sia la capacità di fornire una positiva relazione dialogica, un aiuto umano presente, capace, efficiente.

Riflessioni

Tutti argomenti, questi trattati, di scottante attualità, resi ancor più cruciali dalle divergenze culturali evidenti nelle risposte di soluzione al problema della prevenzione dell'AIDS. Questioni che vedono da una parte il grande ruolo-guida morale e pedagogico della Chiesa, dall'altra una visione culturale della società moderna, che, in virtù del principio della razionalità scientifica, non esente da coinvolgimenti con il potere politico e/o economico, va sempre più fondandosi sulla tecnologia e sul controllo del reale.

Ottiche differenziate, da cui scaturiscono opposte correnti emotive, che trovano l'uomo comune in una condizione di smarrimento e preoccupante crisi di valori, che possono

portare all'insinuarsi di una soggettività etica tendente a ricercarsi un modello di Chiesa più rispondente ai bisogni personali, determinando un ir-reale, comodo dualismo tra Etica laica ed Etica cristiana, tra Scienza e Religione, tra Stato e Chiesa.

Come il Santo Padre ha sottolineato nella già citata conferenza internazionale sull'AIDS: "...non si è lontani dal vero, se si afferma che, parallelamente al diffondersi dell'AIDS, è venuta manifestandosi una sorta di immunodeficienza sul piano dei valori esistenziali, che non può non riconoscersi come una vera patologia dello Spirito"²⁶.

L'HIV-AIDS e le sue rilevanti problematiche costituiscono, infatti, pur nella drammaticità della malattia, solo la punta d'un *iceberg*, di una realtà psicofisica e spirituale più complessa, su cui occorre intervenire.

È questa la vera "sfida": scongiurare il rischio dell'annullamento delle coscienze, della negazione della dignità della persona umana, per promuovere una *cultura della vita*, utile a costituire una Società più giusta ed umana. Tale sfida è accolta dalla Chiesa, che in questo senso opera da sempre: madre e maestra²⁷, rispondendo con il cuore, sa parlare agli uomini, conoscendone la fragilità e comprendendo turbamenti e difficoltà; promuove instancabilmente nuove letture del comportamento umano, con il coraggio di chi cerca la verità, quella dei valori, della sacralità della vita, nel rispetto dei principi inderogabili del suo Magistero, della Fede e dell'Etica.

Tuttavia, come confermano i dati emersi dal questionario condotto dal Pontificio Consiglio degli Operatori Sanitari per la Pastorale della Salute, l'accelerazione storica richiede oggi nuove strategie di evangelizzazione e di speranza, che la Chiesa, al di là di ogni pregevole iniziativa locale, dovrà e saprà essere in grado di organizzare per gli ammalati di AIDS e per le loro famiglie, ossia un aiuto concreto, solidale, caritatevo-

le e spirituale, che dia loro sollievo, reperendo ad esempio vecchi conventi che potrebbero essere trasformati in case di accoglienza o dando incarico ad Ordini di religiose di occuparsi degli orfani dell'AIDS nel loro habitat naturale. Un aiuto che, mediante l'istituzione d'un Osservatorio Centrale con funzioni di coordinamento delle risorse umane, sociali e scientifiche sull'AIDS, possa essere nucleo di conoscenza informativo, divulgativo e propulsivo per tutte le complesse realtà ecclesiali locali, nonché giusto riconoscimento alla loro opera pastorale.

Un aiuto della Chiesa, dunque, che deve concretizzarsi, oltre che nell'attiva esaltazione dei grandi valori posti alla base della vita, attraverso programmi d'informazione, educazione, formazione e prevenzione, attuati capillarmente in tutti i settori sociali e resi più fruibili da azioni determinate, coinvolgenti e molto pubblicizzate, in sinergia con altre iniziative statali o private.

La Chiesa stessa deve farsi *trait-d'union* tra Stato e Comunità Scientifica, per incoraggiare la Società ai suoi ideali, "valori autentici" tramite cui superare sterili posizioni di politica demagogica e di determinismo scientifico, a favore di atteggiamenti più maturi e responsabili, ad iniziare dai giovanissimi, come scelta consapevole di vita, valore fondante di quel progetto umano basato su incisività e significatività morali e spirituali.

Tutto ciò sarà possibile con interventi miranti all'affermazione dei principi universali, proposti e auspicabilmente attuati nei contesti più difficili, con modalità pragmatiche rispettose ed adeguate alle diverse realtà politico-economiche, antropologiche e culturali del Pianeta, capaci di opporsi all'impoverimento e degrado morale che trova purtroppo spazi di libera conquista tra problemi di ignoranza, analfabetismo, disoccupazione, prostituzione, in contesti sociali poco evoluti o tecnologicamente avanzati e spesso depersonalizzanti.

A tal fine gli interventi di mediazione diplomatica della Chiesa con le Autorità di Governo dovranno essere pressanti ed urgenti, diretti a ridurre il divario esistente tra Paesi poveri e ricchi in fatto di tutela della salute in generale e nella lotta contro l'AIDS in particolare, disuguaglianze scandalose e disumane delle quali dobbiamo assumerci la responsabilità.

Solo nella totale collaborazione si potranno, con slancio umanitario, sottrarre queste persone sofferenti e le loro famiglie, entrambe segnate nel corpo e nell'anima, alla drammatica solitudine e alla disperazione che la malattia dell'AIDS comporta attraverso una valida ed equa assistenza sanitaria e psicologica (per procedere ad un'elaborazione catartica della malattia, che le ricodifichi interiormente) affiancata ad un conforto spirituale, sensibile come sempre, ma specificamente preparato alla conoscenza delle tecniche di *counseling* (*crisis counseling, problem-solving counseling, decision-making counseling*)²⁸, per aiutare ad aprire il cuore dei malati alla speranza verso la riscoperta della propria dignità di uomini e figli di Dio.

Attraverso un'azione di *feedback* i precoci interventi educativi potranno essere resi più incisivi se orientati su fattori *personologici* (disistima di sé, ricerca d'un ruolo, angoscia da crisi abbandonica o di morte, conflitti profondi, insicurezza, ricerca di gratificazione, etc.); sociali (emarginazione, cambiamenti delle strutture sociali in un marcato processo di accelerazione storica, immigrazione, urbanizzazione, disoccupazione, etc.); sanitari (accessibilità alle terapie, costi, etc.); tenendo presenti due obiettivi fondamentali, quanto mai importanti e nobili per la loro incidenza nella Società attuale, che spesso sembra aver smarrito i propri punti di riferimento: da un lato la rivalutazione del ruolo della donna nella sua essenza di madre, sposa e figlia, delegata spirituale dell'amore che si dona e peculiare testimone nel cam-

mino di ogni essere umano²⁹; dall'altro il recupero dell'importanza della famiglia, oggi troppo spesso carente per disarmonie, crisi, conflittualità tra genitori, oppure paradossalmente inesistente nella sua essenza istituzionale, quando invece, come afferma il Cardinale Trujillo, essa è "testimonianza della fedeltà al progetto di Dio e cuore della civiltà dell'amore, dono ed impegno per il futuro dell'umanità"³⁰.

L'impegno della Chiesa, con la missione dei suoi "araldi del Vangelo"³¹, come il Papa ha definito i sacerdoti, le religiose e i religiosi, nonché di tutti gli operatori cattolici che ai suoi ideali si ispirano, potrà facilitare, attraverso la riappropriazione di una coscienza morale, il raggiungimento degli obiettivi preposti al fine di combattere e vincere aberrazioni e negazioni dei valori della persona, per consentirle di raggiungere quella dignità e pienezza di vita che deve recuperare la sua vera essenza, la sua spiritualità, la sua trascendenza.

Dott.ssa ROSA MEROLA
Psicologa
Italia

Note

¹ NICHOLS S.E., *The social climate when the AIDS develops*, in NICHOLS S.E. e OSTROW D.G. (a cura di), *Psychiatric implication of AIDS*, Am. Psych. Press Inc., pp. 86-92, Washington (USA) 1984.

² OSTROW D.G., *Models for understanding the psychiatric consequences of AIDS*, in *Psychological, Neuropsychiatric and Substance abuse aspects of Aids*, a cura di BRIDGE T.P., pp. 85-94, Raven Press, New York (USA) 1988.

MILLER D., *Psychosocial problems associated with HIV infection and disease*, in MILLER D., WEBER J., GREEN J. (a cura di), *The management of AIDS patients*, (seconda edizione), McMillan Press, Londra, 1989.

³ NICHOLS S.E., *An overview of the psychological and social reactions to AIDS*, in J.C. GLUCKMAN e E. VILMER (a cura di), *Acquired Immunodeficiency Syndrome*, Conferenza Internazionale sull'AIDS, Parigi, 23-25 giugno 1986, p. 261, Parigi, Elsevier, 1987.

⁴ DENMAN A., *Immunity and depression*, British Medical Journal, n. 293,



pp. 464-465, 1985.

⁵ DILLEY J.W., OCHTILL H.N., PERL M., VOLBERDING P.A., *Findings in psychiatric consultations with patients with Acquired Immune Deficiency Syndrome*, American Journal of Psychiatry, n. 142, pp. 82-86, 1985.

GREEN J., *Dealing with anxiety and depression*, in GREEN J., MCCREANER A. (a cura di), *Counselling in HIV infection and AIDS*, pp. 174-177, Blackwell Scientific Publication, Regno Unito, 1989.

⁶ HEDGE B., ACTION T., MILLER D., *The Worried Well: identification by simple checklist*, in Abstract Books of the V International Conference on AIDS, p. 701, Montreal (Canada), 1989.

⁷ MUSICCO M., LAZZARIN A., GASPARRINI M., *Trasmissione eterosessuale HIV: conoscere per prevenire*, Atti della Prima Giornata Italiana di Studio sulla Trasmissione Eterosessuale dell'HIV, Milano, 1983.

⁸ CAZZULLO C.L., GALA C. e altri, *Psychopathologic features among drug addicts and homosexual with HIV infection*, International Journal of Psychiatric Medicine, USA, 1989.

⁹ DSM IV, *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, Masson, Milano 1995.

¹⁰ MARTINI S., ROSSINI M., RUSSO R., *AIDS: problematiche e aspetti psicosociali*, Psichiatria & Medicina, anno II, n. 2, pp. 34-38, Edimedica, Milano 1988.

¹¹ SOCIETÀ ITALIANA MEDICINA GENERALE, *Manuale pratico sull'infezione da HIV per medici di medicina generale*, Supplemento a SIMG - Medicina Generale, anno X, n. 6, UTET Periodici Scientifici, Torino 1993.

¹² GIOVANNI PAOLO II, *Discorso tenuto alla Conferenza Internazionale sull'AIDS*, Dolentium Hominum, n. 13, a cura del Pontificio Consiglio della Pastorale degli Operatori Sanitari, Città del Vaticano, 1990.

¹³ SOLOMON G.F., TEMOSHOK L., O'LEARY A., ZICH J., *An intensive psychoimmunologic study of longsurviving persons with AIDS*, Annual of the New York Academy of Science, n. 496, pp. 647-655, 1987.

TEMOSHOK L., *Psychoimmunology and AIDS*, in *Psychological, neuropsychiatric and substance abuse aspects of AIDS*, a cura di BRIDGET T.P., pp. 187-197, Raven Press, New York (USA) 1988.

¹⁴ BELLOTTI G.G., BELLANI M.L., *Il Counselling nell'infezione da HIV e nell'AIDS*, pp. 97-120, McGraw-Hill, Milano 1997.

BELLANI M.L., BELLOTTI G.G., *Aspetti psicologici dell'infezione da*

HIV e linee guida per il counselling, in DIANZANI F., IPPOLITO G., MORONI M. (a cura di), *AIDS 1988: Il contributo italiano*, pp. 135-142, Piccin Editore, Padova 1998.

¹⁵ TROTTI E., BELLANI M.L., *Il counselling nella fase di HIV sieropositività asintomatica*, in BELLOTTI G.G., BELLANI M.L., *Il Counselling nell'infezione da HIV e nell'AIDS*, pp. 159-169, McGraw-Hill, Milano 1997.

¹⁶ MARZUK P.M., TIERNEY H., TARDIFF K. e altri, *Increased risk of suicide in persons with AIDS*, JAMA, n. 259, pp. 1333-1337, 1988.

¹⁷ NICHOLS S.E., *Psychiatric aspects of AIDS*, Psychosomatics, n. 24, pp. 1083-1089, 1984.

¹⁸ MILLER R., BOR R., *AIDS: a guide to clinical counselling*, Science Press Ltd, Philadelphia (USA) 1991.

¹⁹ BOR R., LEASK C., *Il counselling nell'HIV-AIDS e la famiglia*, in BELLOTTI G.G., BELLANI M.L., *Il Counselling nell'infezione da HIV e nell'AIDS*, pp. 459-470, McGraw-Hill, Milano 1997.

MILLER R., GOLDMAN F., BOR R., *Application of a family system approach to working with people affected by HIV disease. Two case studies*, Journal of Family Therapy, n. 16, pp. 295-312, 1994.

²⁰ SCHWARTZ P. e altri, *Projective report about self, family, environment and discomfort associated with symptomatic HIV infection in children*, in Abstract Books of the V International Conference on AIDS, p. 272, Montreal (Canada), 1989.

LEVINE C., *AIDS and changing concepts of the family*, The Milbank Quarterly, n. 68, pp. 35-58, 1990.

²¹ GIOVANNI PAOLO II, *Discorso tenuto alla Conferenza Internazionale sull'AIDS*, op. cit.

²² BELLOTTI G.G., BELLANI M.L., DE MEI B., GRECO D. (a cura di), *Il counselling nell'infezione e nella malattia da HIV*, Istituto Superiore di Sanità, ISTISAN 95/28, Roma, 1995.

²³ DI GIANNANTONIO M., MATTIONI T., FAVETTA S., TEMPESTA E., *Burn-out: Helping Professions and AIDS. The stressing care of AIDS patients*, Italian Journal of Psychiatric and Behavioural Sciences, vol. I, n. 1, pp. 85-93, Idelson, Napoli 1991.

²⁴ CHERNISI C., *La sindrome del burn-out. Lo stress lavorativo degli operatori dei servizi socio-sanitari*, Centro Scientifico Torinese, Torino 1983.

²⁵ COMMISSIONE NAZIONALE AIDS - MINISTERO DELLA SANITÀ, *Aggiornamento dell'epidemiologia dell'AIDS e dell'infezione da HIV in Italia*, Giornale Italiano dell'AIDS, vol. III, n. 3, 1992.

²⁶ GIOVANNI PAOLO II, *Discorso tenuto alla Conferenza Internazionale sull'AIDS*, op. cit.

²⁷ GIOVANNI XXIII, Enciclica "Mater et Magistra", III, in AAS 53, 1961.

²⁸ WORLD HEALTH ORGANIZATION, *Global programme on AIDS (WHO-GPA)*, Progress Report 1992-1993, Ginevra (Svizzera) 1995.

²⁹ GIOVANNI PAOLO II, *Lettera alle Donne*, Ed. Vaticane, Città del Vaticano, 29/6/1995.

³⁰ TRUJILLO L.A., *Famiglia: Vita e Nuova Evangelizzazione*, Ed. San Paolo, Cinisello Balsamo 1997.

CAFFARRA C., *AIDS: aspetti etici generali*, Dolentium Hominum, n. 13, a cura del Pontificio Consiglio della Pastorale degli Operatori Sanitari, Città del Vaticano, 1990.

³¹ GIOVANNI PAOLO II, *Discorso tenuto alla Conferenza Internazionale sull'AIDS*, op. cit.

IV: Aspetti etico-morali

Il conflitto fra i valori in gioco

La prospettiva etico-morale dalla quale esaminare l'assistenza alla persona con infezione da HIV o con AIDS conclamata ha dovuto tener conto sin dalla prima comparsa dell'epidemia di un numero impressionante di problemi. Si può dire, anzi, che l'infezione da HIV ha funzionato da catalizzatore di numerosi conflitti etici che, come da un vaso di Pandora del ventesimo secolo, sono venuti fuori, interpellando la coscienza dei singoli operatori sia sul piano personale sia su quello delle politiche sanitarie.

Agli inizi del secolo l'insigne clinico Sir William Osler, trattando della sifilide – malattia con la quale spesso si fa un'analogia parlando dell'AIDS – scriveva nella prefazione al suo famoso trattato di medicina interna che la sifilide, appunto, era la sola malattia che gli studenti di medicina dovevano studiare a fondo, data la complessità dei quadri clinici con cui si poteva manifestare: “Studiate la sifilide in tutte le sue manifestazioni e correlazioni cliniche – egli diceva – e qualsiasi altra patologia vi sarà nota in sovrappiù”. Allo stesso modo oggi si potrebbe dire che conoscere l'AIDS in tutte le sue correlazioni etico-morali significa confrontarsi con tutti i problemi dell'etica biomedica, o almeno con gran parte di essi, tante sono le sfaccettature dell'infezione da HIV.

Se esaminiamo i diversi problemi etico-morali che l'assistenza alla persona con infezione da HIV ha sollevato, vediamo che si tratta di problemi anche molto diversi tra loro ma che ruotano tutti, sostanzialmente, attorno al conflitto tra: a) il diritto-dovere di prevenire l'infezione nei

soggetti sani – di proteggere cioè la società; b) quello di assistere e proteggere l'individuo infetto, che sia solamente sieropositivo o anche affetto dalla malattia conclamata. Da questo conflitto si snodano, appunto, tutte le questioni che, già affrontate in altri campi della bioetica, diventano particolarmente critiche nel caso dell'infezione da HIV in relazione alle peculiarità della malattia, tuttora priva di una cura definitiva, e alle modalità stesse della sua diffusione.

In particolare, tale conflitto sorge quando si tratta di definire i principi etici di riferimento e, più ancora, quando si tratta di accordarli e armonizzarli fra loro. La letteratura etica, infatti, mette in evidenza una pluralità di valori e di conseguenti doveri etico-morali che vengono chiamati in causa nell'assistenza alla persona con HIV.

Innanzitutto, il *principio del rispetto della dignità e autonomia* dei soggetti coinvolti, in particolare del soggetto sieropositivo o malato, il quale non può essere fatto scomparire come persona a motivo della sua condizione, qualunque sia la modalità con cui è stata contratta. Egli deve essere invece aiutato ad affrontare le conseguenze del suo stato attraverso scelte personali e responsabili che vanno dal ripensamento stesso sui propri comportamenti, alle decisioni di informare altri del proprio stato, di contrarre matrimonio, di procreare, di rifiutare o accettare un trattamento sperimentale, ecc. Si tratta, cioè, di promuovere la libertà responsabile dei soggetti, facendo in modo che tale responsabilità incontri la responsabilità della società ad evitare che si determinino occasioni di discriminazione o di violazione della privacy dei pazienti.

Per la verità, occorre anche sottolineare che spesso in nome del principio di autonomia si sono rivendicate libertà non sempre associate a piena responsabilità come, ad esempio, quella di voler continuare in comportamenti disordinati e pericolosi. Di fatto, nei primi anni dell'infezione da HIV il dibattito etico ha spesso enfatizzato il significato dell'autonomia individuale del soggetto infetto e l'Aids è stata fortemente ideologizzata da gruppi di pressione sociale coinvolti in comportamenti a rischio, i quali hanno fatto dell'infezione una bandiera per legittimare i loro comportamenti e rivendicare una serie di “privilegi” (leggi speciali, finanziamenti da parte dello stato per le loro associazioni, per i loro progetti di distribuzione gratuita e massiva di preservativi, rispetto assoluto della loro privacy, ecc.). L'attenzione alla protezione dell'individuo infetto, in sostanza, è stata spesso prevalente su quella dovuta alla società, come bene comune e come bene dei singoli soggetti sani a rischio di infettarsi.

Un articolo comparso all'inizio degli anni '90 sulla rivista *New England Journal of Medicine* col titolo *An end to HIV exceptionalism?* descriveva così la politica adottata di fronte al sorgere dell'AIDS: «Durante il primo decennio dell'epidemia una comunità di interessi, composta da portavoce di omosessuali, difensori delle libertà del cittadino, medici e funzionari dei servizi sanitari, si venne a sviluppare una politica di comportamento nei confronti della malattia basandosi sul concetto di un “trattamento speciale”. Non solo negli USA, ma anche in molti paesi industrializzati occidentali la politica sanitaria venne determinata da un'alleanza che poneva la

libertà individuale al di sopra della responsabilità verso il prossimo e verso la società. Si ottenne così lo scopo di far riconoscere all'infezione da HIV uno statuto speciale fra le malattie infettive e in particolare quelle sessualmente trasmesse».

Oggi che la malattia si è così diffusa che gli infetti vivono – e possono infettare – più a lungo, che la fruizione di servizi sanitari può non essere necessariamente correlata all'infezione, che fra gli stessi operatori sanitari vi sono molti soggetti infetti, la paura reciproca tra medici e pazienti sembra spostare ora il dibattito. Si è portati, cioè, a mettere da parte l'autonomia e il diritto alla riservatezza assoluta dell'individuo mentre si fa spazio la necessità di un maggiore coinvolgimento della comunità e delle istituzioni nella conoscenza dello status infettivo al fine di proteggere gli interessi comuni, in un contesto di responsabilità. In altre parole, non vi sono motivi medici né di altra natura che richiedano uno statuto speciale da riservare all'AIDS o per cui non si debba trattarla, sulla base di criteri già considerati per le malattie infettive, principalmente trasmessa per via sessuale.

Questi criteri sono: la protezione di chi non è ancora contagiato, l'identificazione di chi è contagiato, il rafforzamento del senso di responsabilità e della motivazione a non propagare la malattia; provvedimenti coercitivi in una minoranza di casi in cui manchi il senso di responsabilità; la dedizione al malato con lo scopo di ridurre la sua sofferenza.

Questa esigenza – che per la verità ha un fondamento che va ben oltre le contingenti modificazioni sociologiche a cui è andata incontro l'infezione da HIV – conferma, appunto, che il principio dell'autonomia è insufficiente senza il riferimento alla responsabilità personale e sociale.

Un altro principio in gioco è il *principio di beneficiabilità*, invocato sia nei confronti del soggetto infetto – che deve essere curato e assistito in modo

ottimale – sia nei confronti dei soggetti sani e della collettività in generale, e della famiglia in particolare, la salute dei quali va difesa dal contagio con efficaci ed opportuni programmi di prevenzione che prevedano anche il controllo delle cause prossime, remote e concomitanti come la tossicodipendenza e l'uso disordinato della sessualità.

In nome del principio di beneficiabilità, ad esempio, il medico ha il dovere di curare i malati infetti, non potendo rifiutarsi di fornire la dovuta assistenza solo per paura di essere a sua volta contagiato; i ricercatori hanno il dovere di impegnarsi a far avanzare la ricerca al fine di trovare dei rimedi per la patologia; la società deve intervenire con opportune campagne di prevenzione per limitare la diffusione dell'infezione e proteggere i soggetti sani.

Viene richiamato, infine, il *principio di giustizia*, il quale si applica non solo nel senso di una equità sociale nella ripartizione degli oneri, ma anche nel senso di intervenire in relazione ai bisogni del singolo individuo (che non sono uguali per tutti) e alle possibilità che lo stesso ha di provvedervi personalmente. Questo principio richiama dunque la solidarietà e la sussidiarietà, e non vuol dire semplicemente egualitarismo.

Sul principio di giustizia, oltre che su quello di beneficiabilità già richiamato, viene fondato anche il dovere di informare e di essere informati circa lo stato di sieropositività di un soggetto al fine di mettere in atto tutti quegli interventi per prevenire il contagio. Solo sapendo di un rischio si possono attuare interventi preventivi e sarebbe, perciò, ingiusto tacere in merito ad informazioni decisive per modificare un comportamento. Questo argomento, ad esempio, viene sostenuto in relazione al problema del segreto professionale che, proprio nel caso dell'AIDS, è stato profondamente rimesso in discussione circa i criteri di deroga ad esso, non solo per motivi legali ma anche per motivi socialmente rilevanti

come è, ad esempio, l'imminente pericolo di infezione di un soggetto ignaro del rischio.

Anche alla luce del principio di giustizia, ancora si può non essere perplessi in merito all'orientamento di molte legislazioni di non inserire l'infezione da HIV all'interno della lista delle altre malattie infettive già esistenti – e quindi applicare le misure previste per queste – ma piuttosto di creare una legislazione *ad hoc*. Questo orientamento solo in parte è giustificabile con le peculiarità dell'infezione da HIV rispetto alle altre malattie infettive; sono apparse, invece, con molta chiarezza le ragioni che hanno determinato questa scelta, ragioni non estranee proprio a quei comportamenti e a quei gruppi sociali (tossicodipendenti e omosessuali) che sin dall'inizio sono stati collegati con le modalità di infezione. L'infezione, in altre parole, ha costituito un'occasione, come si è detto, per riaffermare sul piano ideologico che non si potevano mettere in discussione certi comportamenti, ma che tutto quello che si doveva fare era di continuarli a garantire, solo con una maggiore sicurezza di evitare l'infezione.

E non sono mancate, a questo proposito, denunce di insigni clinici i quali hanno rilevato che il trattamento “di favore” nei confronti dell'AIDS – leggi speciali, destinazione di fondi per la ricerca e l'assistenza – sembrava ingiusto rispetto alle politiche sanitarie adottate per altre patologie, ugualmente gravi e riguardanti un numero di pazienti certamente non inferiore, come è il caso delle malattie neoplastiche. In Italia, per esempio, nonostante l'elevata incidenza di queste patologie, non vi sono mai state leggi speciali né, per molto tempo, fondi pubblici specificamente destinati a sovvenzionare ricerca e trattamenti in questo settore.

A parte queste considerazioni, comunque, il principio di giustizia sottolinea che la dimensione sociale dell'AIDS è strettamente connessa con quella etica e assume una particolare rilevanza in questa malattia in quanto coinvolge

la persona non solamente come singolo, ma anche in rapporto ad altre persone. Tutti, perciò, si devono sentire impegnati in una serie di responsabilità sociali e doveri professionali che richiamano valori ed indicano obbligazioni morali.

I principi sopra esposti, nati in particolare nella letteratura bioetica nordamericana, acquistano senso e significato solo all'interno di un modello etico che li accordi e li armonizzi tra loro. Dal punto di vista della metodologia, propria della riflessione etica, infatti, è importante avere chiaro il quadro dei valori che si vogliono perseguire, per riuscire a capire anche il modo con cui comporre la loro armonizzazione. E l'armonia da perseguire non è un semplice compromesso ottenuto mediante un pragmatico "bilanciamento dei valori", ma comporta anche la ricerca, non sempre facile sul piano pratico, di una gerarchia dei valori in questione, perché l'uomo è unitario, e cresce nella sua perfezione, si mantiene nella sua rettitudine personale ed etica soltanto se ricerca continuamente questa convergente unità che è fatta di armonia-gerarchia di valori.

Il valore centrale e primario che viene coinvolto nel problema dell'AIDS, come in ogni problema di assistenza sanitaria, è la persona umana: è nella persona umana e a vantaggio della persona umana che convergono l'opera del medico e dello scienziato, quella del pastore di anime, l'azione della società e della cultura. La persona umana, in forza della visione che risulta da una com-

piuta antropologia filosofica, non è soltanto il punto centrale dell'ecosistema – gravemente turbato dalla comparsa del fenomeno AIDS come da altre gravi epidemie in altri tempi – ma è anche il punto di riferimento e la sorgente stessa della società; è infine il bene o il valore oggettivo e trascendente rispetto al cosmo stesso.

Problemi etici particolari nell'assistenza alla persona con HIV-AIDS

Esaminiamo ora, brevemente, alcuni dei problemi etici che vengono a sollevarsi, e che scaturiscono proprio da quel conflitto prima richiamato tra il dovere di proteggere la società e il dovere di proteggere i diritti delle persone infette. Ne ho scelti alcuni più significativi rimandando alla numerosa letteratura per la trattazione sistematica di essi.

A) Un primo problema che si è venuto a sollevare è stato quello del *rifiuto di assistere da parte del personale sanitario*. Il tema ha riproposto la riflessione sul significato, del tutto peculiare, dell'attività medico-sanitaria. Si dice al punto 2 della Carta degli Operatori Sanitari (Pontificio Consiglio della Pastorale per gli Operatori Sanitari, 1995) che tale attività è "un incontro tra una fiducia e una coscienza: la fiducia di un uomo segnato dalla sofferenza e dalla malattia e perciò bisognevole, il quale si affida alla coscienza di un altro uomo che può farsi carico del suo bisogno e che gli va incontro per assisterlo, curarlo, guarirlo".

Purtroppo oggi si vuole scardinare questo significato della professione, sottolineando l'aspetto del *contratto* fra medico e paziente piuttosto che della *beneficialità nella fiducia* e, perciò, è più difficile sostenere l'obbligo di curare e di assistere i malati: io operatore sono obbligato dopo che ho accettato il contratto, ma non sono obbligato ad accettare il contratto!

Il rifiuto di ricevere e curare i pazienti infetti è, invece, contrario al significato stesso

della professione, significato che ha bisogno oggi di essere riscoperto dagli operatori sanitari, fortemente tentati dall'idea del contratto.

In accordo con quanto è stato affermato dalla Commissione dell'Episcopato statunitense, bisogna dire, dunque, che gli operatori sanitari non possono rifiutare le cure, anzi tutto perché l'obbligo di curare senza discriminazioni i pazienti rientra nella deontologia professionale, e in secondo luogo perché esistono precauzioni valide e sufficienti ad evitare il contagio in ambito sanitario; tali misure, come si sa, non sono maggiori o più impegnative di quelle richieste per altre infezioni da virus come, ad esempio, quello dell'epatite B.

Ovviamente, da parte del paziente che sa di essere sieropositivo vi è l'obbligo morale di informare il medico e il personale curante perché questi possano prendere tali precauzioni per sé e per gli altri malati, pur sapendo che il rischio sussiste, e anzi è più insidioso quando si sopravvaluta l'informazione di negatività del test, potendo nascondere comunque un'infezione dato il noto "periodo finestra" che segue al contagio.

Tuttavia, i diversi obblighi di diligenza ed assistenza del medico vanno interpretati alla luce della loro "ratio" e delle effettive possibilità operative, anche rapportate alla sicurezza del personale medico ed infermieristico, ai quali, se deve chiedersi l'adempimento diligente, professionale e non discriminatorio del proprio lavoro, non può certo richiedersi un inutile eroismo.

B) Sempre nell'ambito del dovere di assistere richiamiamo anche l'ambito particolare della fase terminale della malattia. L'assistenza al malato di AIDS in fase terminale si pone come concreta prospettiva – più o meno a breve scadenza – che impegna gli operatori sanitari e la società tutta di fronte ad una patologia che tuttora non presenta terapie risolutive. Sin dal momento della diagnosi di malattia conclamata, infatti, l'AIDS entra



in una fase in cui sembra non esserci più nulla fare sul piano delle possibilità per bloccare la malattia, mentre molto si può e si deve ancora fare sul piano dell'assistenza, della palliazione e dell'accompagnamento di questi malati. In questa assistenza il medico curante deve tener conto delle valenze emozionali proprie e del paziente, della flessibilità del ruolo che può assumere nel progredire della malattia, delle possibilità di trattamento, tecniche e non tecniche, anche al solo fine di assistere, senza obiettivo terapeutico in assenza di presidi causali. Al rifiuto tanto dell'eutanasia quanto dell'accanimento terapeutico deve essere contrapposto l'intervento della medicina palliativa, nella quale considerare la terapia del dolore, tutte le cure normali dovute ad ogni paziente, la comunicazione della verità e l'assistenza umana e religiosa.

Oggi vi è chi teorizza una sorta di "razionalità" nella decisione del suicidio da parte dei pazienti ai quali venga diagnosticata la malattia conclamata, sostenendo perfino un "obbligo morale degli altri di proteggere e anzi favorire il più possibile – laddove la legge lo preveda – la razionalità di quella scelta". Ora, a proposito di questa "assistenza", l'*Evangelium Vitae* ribadisce con forza che «condividere l'intenzione suicida di un altro e aiutarlo a realizzarla mediante il cosiddetto "suicidio assistito" significa farsi collaboratori, e qualche volta attori in prima persona di un'ingiustizia, che non può mai essere giustificata, neppure quando fosse richiesta... E tanto più perverso appare il gesto dell'eutanasia se viene compiuto da coloro che – come i parenti – dovrebbero assistere con pazienza e con amore il loro congiunto o da quanti – come i medici – per la loro specifica professione, dovrebbero curare il malato anche nelle condizioni terminali più penose».

C) Anche il *dovere alla riservatezza* merita una riflessione di ordine etico-morale essendo diventato, il tema del segreto, un argomento critico

per una serie di motivi: 1) mai prima della comparsa dell'AIDS il segreto professionale era stato messo così in discussione al punto da determinare profondi conflitti fra diritto, deontologia ed etica; 2) la riflessione etica si è ben presto scontrata con la difficoltà di interpretazioni dei principi dell'etica, soprattutto nella traduzione applicativa di quella riflessione; 3) il problema se tacere o rivelare ha fatto emergere una rinnovata attenzione al rapporto medico-paziente, rapporto che sicuramente è il riferimento primario per chiarire alcune "zone grigie" che possono emergere di fronte alle decisioni etiche, ma che non sempre viene unanimemente interpretato nel senso di un dovere di beneficiarietà del medico anche nei confronti della società oltre che del singolo paziente. Per questo, pur rimanendo l'assoluta importanza e il fondamentale riconoscimento del segreto professionale nell'attività medica, emerge prepotentemente anche l'esigenza di prestare se non maggiore, almeno uguale attenzione a quei soggetti che, in conseguenza di un rigoroso rispetto del segreto, correrebbero seri pericoli di vita.

L'interesse sociale della salute può, infatti, talora esigere la rivelazione del segreto (tale è la situazione per l'infezione da HIV finché essa continua ad essere inguaribile e mortale) e i classici principi di etica medica così come il ricorso al principio del necessario rispetto dovuto alla persona umana convergono nell'indicare i caratteri di relatività del segreto professionale e le condizioni alle quali possa considerarsi legittima una rivelazione a particolari terzi.

Dal punto di vista etico la consapevolezza che il principio di autonomia, come si è detto, non possa giocare un ruolo assoluto nell'ambito del rapporto medico-paziente induce ad aprire qualche breccia nel muro della riservatezza. La fondazione della deroga al segreto si ritrova nel principio di giustizia, cioè nella necessità di evitare un danno ingiusto ad un terzo innocente o a

se stesso, in quanto il beneficiario del segreto rappresenta un ingiusto aggressore.

Evidentemente la priorità concessa non deve oltrepassare i limiti del necessario né può essere motivo di alcuna discriminazione.

D) Infine, il tema della *ricerca scientifica* e la *sperimentazione di nuovi farmaci*, che rientrano a pieno titolo tra i doveri di assistenza alle persone infette. Certamente, di fronte ad una malattia di cui si conosce l'origine e l'epidemiologia ma per la quale non si ha ancora a disposizione il rimedio, il primo impegno è quello di programmare una valida prevenzione. Tuttavia, occorre anche incoraggiare gli scienziati nella ricerca di nuovi farmaci e vaccini che siano in grado di sconfiggere il virus. L'AIDS, a differenza di altre gravi malattie per le quali si realizzano trials clinici, è una malattia epidemica di natura infettiva che induce nei ricercatori grandi aspettative circa la possibilità di trovare efficaci misure di controllo così come è stato fatto per altre malattie infettive in questo secolo. In conseguenza di ciò vi è un impressionante sviluppo di nuovi farmaci proposti come trattamento singolo o in combinazione – spesso pubblicizzati senza alcuna convalida, inducendo false aspettative – che chiedono di essere valutati clinicamente.

Oggi grandi aspettative sono connesse con la sperimentazione dei vaccini per l'HIV, di cui recentemente è stato dato l'annuncio anche in Italia. Numerosi e di diversa natura



sono i problemi etici che si presenteranno nella sperimentazione di essi e che i Comitati Etici saranno chiamati a valutare.

In particolare, vorrei esaminare brevemente i problemi etici che si pongono oggi nella fase III dello sviluppo dei vaccini, la quale richiede di valutare l'efficacia nella popolazione ad alto rischio. Dal punto di vista etico mi pare che non ci si potrà "accontentare" di somministrare il vaccino ai soggetti a rischio e di attendere l'eventuale efficacia, lasciando che il soggetto persista nel suo comportamento. Risulta opportuno, e moralmente obbligante, che già in questa fase venga associato un adeguato *counseling* il quale aiuti a rimuovere, ove possibile, le cause di rischio anche a costo di veder ridotta la possibilità di valutazione dell'efficacia del vaccino nel caso che il *counseling* fosse da solo sufficiente a rimuovere o limitare le cause di infezione.

Il problema si complica laddove il disegno sperimentale prevedesse l'uso di un gruppo di controllo, cioè un gruppo di soggetti che non riceverà il vaccino ma solo un placebo: si potrà mai accettare che tale gruppo continui nel suo com-

portamento a rischio per fare da controllo a coloro a cui verrà dato il vaccino? Certamente l'assenza di una terapia preventiva *standard* rende in questo caso accettabile l'uso del placebo e delle altre metodiche che riducono le interferenze (randomizzazione e doppio cieco), ma è chiaro che anche per il gruppo di controllo è eticamente doveroso prevedere un appropriato *counseling* che corregga i comportamenti a rischio.

Sono questi solo alcuni dei problemi etici che possono insorgere nella sperimentazione di nuovi farmaci per l'infezione da HIV, ma sono sufficienti per farci esprimere la convinzione che la loro soluzione non possa avvenire privilegiando in modo riduttivo o solamente la libertà della ricerca scientifica, o solamente l'autonomia dell'individuo di sottoporsi o meno alla sperimentazione, o solamente l'utilità sociale in termini di costi-benefici: sopra questi singoli valori, e come punto di contatto, deve essere considerato il valore della persona umana nella sua totalità e concretezza, valore che armonizza l'autonomia, la terapia, la prevenzione e l'intervento sociale.

Come si è visto, la riflessione etica si pone con sempre maggior evidenza in tutti gli ambiti in cui si estrinsecano gli effetti e le conseguenze dell'infezione da HIV: accanto alle competenze tecnico-professionali, vi sono per gli operatori sanitari responsabilità etiche, e si prospetta pertanto la necessità di includere fra i programmi di formazione ed aggiornamento professionale anche i contenuti dell'etica biomedica come parte integrante della formazione stessa e come presupposto per un pieno servizio alla vita che è tale solo nella fedeltà alla legge morale.

Ed è direttamente agli operatori sanitari che Giovanni Paolo II si è rivolto nel suo discorso ai partecipanti alla IV Conferenza Internazionale sull'AIDS organizzata proprio da questo Pontificio Consiglio esattamente 10 anni fa: «... aggiornate la vostra preparazione, fatevi promotori di un'azione rivolta a sensibilizzare la comunità sociale, siate portavoce delle ansie, delle necessità, delle attese di coloro che assistete» (n. 13).

Dott. ANTONIO G. SPAGNOLO
Istituto di Bioetica,
Università Cattolica del Sacro Cuore
Roma

V: Aspetti spirituali

La storia di ogni persona è un mosaico di relazioni e fallimenti, di amori e tradimenti, di opportunità colte e realtà perdute, di gesti di fedeltà e incoerenze.

In questo quadro si colloca anche la storia delle persone con HIV-AIDS i cui bisogni spirituali sono da leggere attraverso il filtro della loro autobiografia.

Nell'ottica dei bisogni interiori ci sono tre orizzonti entro cui possiamo situare l'esperienza di questi malati.

a) *L'orizzonte religioso*: è rappresentato da coloro che, bene o male, fanno riferimento a un'esperienza di fede ricevuta, combattuta o recuperata e

che avvertono il bisogno della preghiera, della riconciliazione con Dio e con la Chiesa e il desiderio di affrontare temi religiosi.

b) *L'orizzonte spirituale*: è rappresentato da coloro che coltivano una propria spiritualità i cui elementi includono la ricerca di senso nella malattia e nella morte, il bilancio della propria vita, il senso del limite e l'accettazione di sé, la valorizzazione del trascendente, l'affermazione di valori quali la pace e l'altruismo, la gioia di relazioni profonde, il bisogno di dire addio.

Oggi è particolarmente urgente il compito di costruire ponti con questo linguaggio

spirituale, che mette a contatto con i valori e il cuore delle persone.

c) *L'orizzonte umano*: è rappresentato da coloro che non credono né in Dio né nella Chiesa, rifiutano la presenza e il discorso religioso, snobbano quanti cercano di dare un significato alla sofferenza o alla morte, ridicolizzano l'idea dell'aldilà, assumono atteggiamenti aggressivi e di fuga. Anche a costoro occorre offrire il dono dell'umanità senza colpevolizzarli né cercando di convertirli, ma testimoniando, attraverso la comunicazione rispettosa, la loro dignità umana e aiutandoli a varcare il tunnel della protesta per costruire

la loro identità di uomini.

Nei diversi percorsi la ricerca spirituale non consiste tanto nell'addentrarsi nella fragilità del malato per orientarlo a Dio, quanto nell'adeguarsi al suo linguaggio, nel vegliare accanto al suo mistero di uomo sofferente per scoprire il mistero di Dio operante in lui. Dio non è schiavo dei nostri schemi, ma sa plasmare con le sue mani l'argilla umana.

Il mettersi in ascolto di queste persone provate aiuta a comprendere tre ferite che, spesso, accomunano chi ha contratto HIV-AIDS.

1) *La ferita della condanna*

L'AIDS è, spesso, provocato da comportamenti sessuali promiscui o trasgressivi. Le vittime sono con frequenza omosessuali e tossicodipendenti, anche se oggi è in aumento il numero di coloro che contraggono la malattia attraverso rapporti eterosessuali. Di conseguenza questi malati si sentono giudicati, in particolare dalla Chiesa, e tendono ad avere immagini di Dio negative, sperimentandolo come giudice severo, sadico, vendicativo. Questo intensifica il senso di colpa, di alienazione e di risentimento.

A livello spirituale, il dolore di questa ferita si lenisce diventando *testimoni di accoglienza*, così come rappresentato dall'icona del figliol prodigo che si sente abbracciato e festeggiato dal padre, senza che gli si rivolga nessuna domanda sul suo passato.

2) *La ferita dell'isolamento*

Nel contesto relazionale le persone con HIV-AIDS sperimentano, spesso, un senso di emarginazione e segregazione dalla società.

Chi li rifiuta è, in primo luogo, la famiglia, che non accetta la scelta di un figlio o si sente stigmatizzata dalla sua malattia.

In qualche occasione il rifiuto si manifesta nel divieto di tornare tra le mura domestiche, in altre nel tagliare con loro ogni contatto, per sempre.

In secondo luogo c'è anche l'isolamento dalla società, l'abbandono da parte della Chiesa, l'emarginazione dal

lavoro, il tradimento degli amici, la spersonalizzazione dei rapporti con il personale sanitario.

Al cuore del Cristianesimo c'è l'ingiunzione di Gesù: *"Ogni volta che avete fatto queste cose a uno solo di questi miei fratelli più piccoli, l'avete fatto a me"* (Mt 25, 40).

A livello spirituale il dolore dell'isolamento e della solitudine si lenisce diventando *testimoni di vicinanza* così come evidenziato dall'icona di Gesù con il lebbroso, che, con il suo contatto umano, lo restituisce alla comunità umana.

L'isolamento si cura promuovendo progetti di speranza e di solidarietà, dissipando le false paure di contagio che sono ingigantite dall'ignoranza, coltivando gesti di tenerezza e di calore che aiutano il malato a recuperare un senso di appartenenza e sicurezza e a sentirsi amato.

3) *La ferita del cordoglio e della morte*

L'evoluzione della malattia comporta un crescente numero di perdite da affrontare: la perdita di salute e sicurezza, la perdita d'immagine, la perdita di un lavoro o della produttività, la perdita d'indipendenza, la perdita del futuro o della propria progettualità fino all'ultima perdita della morte.

Ogni perdita ha un suo prezzo a seconda di ciò che i diversi distacchi rappresentano.

Dinanzi al graduale sfaldarsi di tasselli del mosaico personale, la cura spirituale consiste nel dare ascolto ai diversi sentimenti di collera e smarrimento, colpa e tristezza, angoscia e turbolenza che accompagnano queste separazioni.

Il distacco non è solo un vissuto psicologico, ma spirituale... è il venerdì santo delle persone.

All'ombra dei sentimenti si annidano ricordi e disappunti, la consapevolezza di opportunità perdute e di sogni incompiuti.

Nell'elaborazione del cordoglio emerge la spiritualità travagliata della creatura che sperimenta la sua fragilità e mortalità ed esprime la sua nostalgia di salute e di salvezza.

A livello spirituale, il dolore

per il graduale susseguirsi di queste perdite si lenisce diventando *testimoni di ascolto e comprensione*, così come evidenziato dall'icona di Emmaus, in cui Gesù si fa compagno di cammino dei pellegrini guidandoli dallo sconforto alla speranza.

S. Paolo ci rammenta bene il travaglio dell'esistenza: *"Noi abbiamo questo tesoro in vasi di creta... siamo infatti tribolati da ogni parte, ma non schiacciati; siamo sconvolti, ma non disperati; perseguitati ma non abbandonati; colpiti, ma non uccisi, portando sempre e dovunque nel nostro corpo la morte di Gesù"* (2Cor 4, 7-10).

Il viaggio nella malattia: un viaggio interiore

La persona con HIV-AIDS guarisce quando il viaggio nella malattia si trasforma in un viaggio interiore e lungo questo percorso incontra buoni Samaritani che l'aiutano a riscattare la storia personale, a recuperare la propria dignità, a dare un significato nuovo a una vita cambiata, a scoprire immagini positive di Dio percepito come vicino, compassionevole, buon pastore, guaritore, provvidente.

Questi testimoni della bontà di Dio rispettano le sue credenze, accolgono i suoi stati d'animo e i suoi silenzi, lo aiutano a morire in pace e, dove le condizioni sono favorevoli, lo accompagnano con la preghiera, i sacramenti o il conforto delle promesse della fede.

Concludo con le parole che un tossicodipendente che stava morendo di AIDS rivolse al pastore che lo visitava:

"Ero abituato a pensare che Dio mi avesse punito con questa malattia, ora ho iniziato a pensare che mi ama veramente se mi ha mandato un amico come te".

Che queste parole ispirino anche il nostro modo di essere presenti accanto a loro.

P. ARNALDO PANGRAZZI
Professore al "Camillianum",
Istituto Internazionale di Teologia
di Pastorale Sanitaria
Roma, Italia

Interventi programmati “Accesso alle cure, assistenza sul campo, esperienze pastorali da alcune Chiese locali”

I: Asia - Thailandia

La Chiesa cattolica nel Regno di Thailandia

La Thailandia, conosciuta prima del 1939 come Siam, si trova nella Regione del Sud-Est Asiatico. Ha una popolazione di 61 milioni di abitanti. La religione principale è il Buddismo (95%), seguita dall'Islam (4%); la Chiesa cattolica conta soltanto 250.000 fedeli (0,4%). Essa comprende 10 Diocesi. Ci sono 400 sacerdoti autoctoni, 225 consacrati, 1.445 religiose e 120 fratelli. Sebbene il numero dei cattolici sia piuttosto esiguo, la Chiesa svolge un ruolo molto importante nello sviluppo del paese, in particolare nell'area dell'educazione moderna e dello sviluppo comunitario. Dirige circa 300 scuole, distribuite in ogni Diocesi e ha anche un'università nella capitale. Ci sono 4 ospedali per i servizi e la cura di tutte le malattie.

Situazione dell'HIV-AIDS in Thailandia

Il primo caso di AIDS è stato segnalato nel 1984. Nei primi cinque anni seguenti ci furono pochi altri casi. Dal 1988, il paese ha dovuto fronteggiare quattro grandi ondate di epidemia da HIV tra popolazioni target: quanti fanno uso di droga per via endovenosa, lavoratori del sesso, clienti maschili delle prostitute e donne incinte. La maggiore diffusione del virus avviene mediante trasmissione eterosessuale attraverso la prostituzione e altri tipi di sesso casuale, in particolare tra i giovani tra i 18-29 an-

ni. Ecco alcuni dati relativi alla presenza dell'HIV-AIDS nel paese.

– In totale, nel paese ci sono circa 900.000 sieropositivi. Sebbene l'epidemia abbia raggiunto il picco negli anni 1993-1994, ci sono ancora 40.000 nuovi casi ogni anno. La maggior parte delle nuove infezioni è il risultato di attività connesse con il sesso.

– Ogni anno un'indagine incrociata effettuata da agenzie governative rivela almeno 80.000 donne dedite alla prostituzione. I dati di monitoraggio più recenti (giugno 1999) hanno riscontrato una prevalenza di HIV tra prostitute delle case di tolleranza (17%) e tra quelle che lavorano in altri luoghi del sesso (6,5%).

– I tossicodipendenti sono almeno 100.000. Coloro che fanno uso di droga per via endovenosa sono 60.000. Gli ultimi dati sono ancora superiori al 50%.

– Ogni anno c'è 1 milione di donne incinte e gli ultimi dati hanno rivelato una sieropositività dell'1,7%, il che dà come risultato 17.000 donne incinte sieropositive con circa 3.000 neonati infetti quest'anno.

– Secondo i dati, nel 1999 ci sono stati circa 60.000 nuovi casi di AIDS che hanno bisogno di cure mediche; questo numero raggiungerà il culmine nel 2002.

– Il numero totale di orfani a causa dell'AIDS è di 200.000.

Esperienza pastorale

La Chiesa cattolica in Thailandia ha messo in atto, a parti-

re dal 1990, dei servizi di HIV-AIDS per rispondere all'appello del Papa Giovanni Paolo II. Dalla nostra ultima inchiesta, ottobre 1999, risultano almeno 28 organizzazioni che offrono un certo tipo di servizi o attività in questo campo. Questi servizi, tuttavia, sono disponibili soltanto in 5 delle 10 Diocesi del paese. I tipi di servizi e di attività possono essere classificati come nella Tabella 1.

Tabella 1. Tipi di servizi o attività per prevenire ed alleviare il problema dell'HIV-AIDS, organizzati dalla Chiesa cattolica in Thailandia, 1999.

TIPI DI SERVIZI/ATTIVITÀ	NUMERO
Riabilitazione comunitaria per tossicodipendenti	2
Centri sociali per prostitute	2
Orfanotrofi e attività relative	8
Cura per malati di AIDS a differenti livelli	3
Counselling e ricoveri per sieropositivi	11
Ospedali per il trattamento HIV-AIDS	3
Attività per le famiglie e i giovani	2

Quelli che seguono sono alcuni esempi del lavoro pastorale che possono dare un'idea del tipo di servizi o di attività collegate all'HIV-AIDS.

Il *Rebirth Center* è una comunità terapeutica in cui uomini e donne tossicodipendenti imparano e lavorano insieme per aiutarsi a liberarsi dalla droga e a diventare membri produttivi della società. Ha iniziato l'attività nel 1979 e attualmente è situato nella provincia del Rajchaburin, nella regione centrale della Thailandia. Il centro è diretto dalla So-

cietà di Nostra Signora della Santissima Trinità ed ospita circa 400 tossicodipendenti.

Il *Foundation of Life Center* è un luogo dove sviluppare l'amicizia e il sostegno per le donne, le giovani e i bambini dediti o vulnerabili alla prostituzione. Si trova a Pattaya, famoso luogo turistico. Il centro è nato nel 1988 ed è retto dalle Suore del Buon Pastore; vi vengono offerti diversi servizi quali formazione professionale, studio della lingua, educazione scolastica per adulti, ecc.

Ban Mettha Tham a Payao, nella provincia settentrionale, fornisce cura pastorale a quanti convivono con l'HIV-AIDS e alle loro famiglie. Il progetto è diretto dalle Figlie della Carità. A causa delle numerose morti di AIDS nella zona il progetto si è preso finora cura di circa 100 orfani.

Il *St. Clare's Hospice* conta 16 letti per malati di AIDS all'ultimo stadio. La struttura, creata dai Frati francescani per rispondere al grande bisogno di curare i poveri e i senza tetto malati di AIDS, ha accolto i primi pazienti nel 1993; finora essi sono stati 400. Grazie alla terapia antiretrovirale i pazienti all'ultimo stadio possono vivere più a lungo. Ciò pone un nuovo problema per l'hospice, poiché alcuni pazienti migliorano e possono vivere per mesi o anni.

Il budget necessario per svolgere questo lavoro proviene da donazioni nazionali e da fonti estere. Alcune organizzazioni hanno ottenuto sovven-

zioni dal programma AIDS del governo. La Chiesa in Thailandia ha creato un Comitato cattolico per l'AIDS al fine di pianificare, coordinare e sostenere il lavoro in ogni Diocesi. Tuttavia, quanto si fa è ancora limitato se paragonato alle dimensioni del problema.

Da una recente analisi è risultato che la Chiesa cattolica in Thailandia deve sviluppare un piano generale d'azione per i prossimi dieci anni, creare un forte network per condividere le risorse e le esperienze in tutte le diocesi, mobilitare fondi e risorse umane per una risposta maggiormente effettiva.

Struttura politica per il nuovo millennio

Nell'ottobre del 1999 il Comitato cattolico sull'AIDS ha organizzato un seminario per delineare una struttura politica sull'HIV-AIDS nei primi dieci anni del nuovo millennio (2000-2009). Sulla base delle indicazioni ogni Diocesi svilupperà il proprio piano di azione che darà priorità alle seguenti attività:

1. sviluppare e perfezionare un processo educativo appropriato per la vita familiare e l'educazione sessuale in tutte le scuole cattoliche;

2. sviluppare un piano di azione in tutte le scuole cattoliche per prevenire, individuare precocemente ed avviare alla riabilitazione gli studenti dediti alla droga. Ciò verrà fatto senza che lo studente perda

l'opportunità educativa;

3. creare un maggior numero di centri di riabilitazione comunitaria per tossicodipendenti;

4. promuovere attività di vita familiare, educazione pre-matrimoniale e programmi di counselling per fidanzati, sposi e giovani;

5. creare centri comunitari o programmi di cura per orfani, anziani, prostitute e persone che convivono con l'HIV-AIDS;

6. iniziare in tutte le parrocchie programmi di cura domiciliare per i malati di AIDS;

7. educare l'opinione pubblica sulla prevenzione e sulla cura dell'HIV-AIDS.

Conclusione

L'AIDS causa molte sofferenze e molti problemi sociali per i thailandesi. La Chiesa cattolica in Thailandia ha iniziato molte attività per mostrare l'amore di Cristo verso quanti sono vulnerabili e colpiti dall'HIV-AIDS. Tuttavia, la risposta della Chiesa è ancora esigua se paragonata all'attuale vastità del problema. Con la nuova struttura politica per il prossimo decennio si spera che la Chiesa sarà in grado di mobilitare un maggior numero di risorse interne ed esterne per svolgere il suo lavoro pastorale.

KUMNUAN UNGCHUSAK,
MD, MPH

*Comitato cattolico sull'AIDS
Conferenza Episcopale di Thailandia*

II: Africa - Congo

Introduzione

La Repubblica Democratica del Congo è situata al centro dell'Africa, copre una superficie di 2.345 Km² per una popolazione di oltre 52.000.000 di abitanti, di cui 50,6% donne e 46% giovani minori di 15 anni.

I primi casi di AIDS hanno fatto la loro comparsa nel paese nell'ottobre 1983 e, nel

1984, sono state messe in atto strutture di controllo e di prevenzione con un piano di lotta a breve e a medio termine, 1987 e 1991, che non hanno raggiunto i loro obiettivi a causa dell'instabilità politica. Nel luglio del 1999 è stata elaborata e adottata una politica nazionale di lotta contro l'AIDS con un piano strategico nazionale per 3 e 10 anni.

1. Alcuni parametri medico-sanitari nel 1998

La Repubblica Democratica del Congo è tra i paesi africani più colpiti dall'AIDS; le cifre che seguono devono essere aggiornate e risulteranno certamente più allarmanti visto l'ampio contatto della popolazione con quelle venute, a partire dal 1994, dall'Uganda, dal

Rwanda e dal Burundi, paesi fortemente infettati.

Dei 22.600.000 sieropositivi del mondo, 14.400.000 sono in Africa (63%) e 2.000.000 in Congo (8,8%). Del 1.600.188 di casi di AIDS conclamato, 578.172 sono in Africa (35%) e 38.426 in Congo (2,3)%. La ripartizione per provincia dei casi notificati in Congo è la seguente: Kinshasa 45,9%, Kasai Orientale 11,2%, Bandundu 6,8%, Kasai Occidentale 6,5%, Basso Congo 6,2%, Katananga 4,7%, Equatore 4,3%, Nord Kivu 2%, Sud Kivu 1,5% e Maniema 0,2%. La malattia colpisce in preferenza le persone di età compresa tra i 20 e i 49 anni con un picco tra i 20-29 anni, abbassando così il numero di giovani in età di produzione e procreazione.

Il numero di orfani minori di 15 anni è di 410.000, e 310.000 di loro hanno perduto entrambi i genitori.

La prevalenza è di 4,35% in media tra i 15-49 anni, ed è più elevata nelle zone urbane in rapporto a quelle rurali. Questa differenza si nota anche in rapporto ai gruppi sociali quali i donatori di sangue abituali (4,9%) e familiari (8,5%), i lavoratori d'impresa (5,3%), le donne incinte (6%), le prostitute (30%) e i tubercolotici ospedalizzati (33%).

Oltre all'AIDS, gli altri parametri sono altrettanto inquietanti:

- mortalità infantile (119 su 1000 nascite viventi);
- mortalità materna (870 su 100.000 nascite viventi);
- insufficienza ponderale nei bambini (34%);
- aspettativa di vita di 48 anni nel 1996, mentre era di 52 nel 1993;
- PIL/abitante di \$117;
- accessibilità alle cure per la popolazione urbana del 40% e rurale del 17%, cioè in media del 26%.

2. L'assistenza

La comprensione dell'accesso alle cure e all'assistenza passa attraverso l'organizzazione dell'apparato medico-sanitario congolese. Nel 1978 il Congo ha aderito alla carta

d'Alma Ata e nel 1980 alla carta di sviluppo sanitario in Africa. È stata utilizzata la strategia delle cure sanitarie di base, fondata essenzialmente su tecniche e pratiche scientifiche valide, socialmente accettabili ed accessibili a tutti gli individui della comunità che vi partecipano in uno spirito di auto-determinazione. Secondo i fattori economici, demografici, geografici e culturali, la Repubblica del Congo è stata suddivisa in 305 zone sanitarie di cui il 30% è finora operativo a diversi livelli. Le cure dispensate sono curative, preventive, promozionali e di riabilitazione.

Troviamo tre tipi di cure, e cioè:

- periferico al livello della zona sanitaria, elemento operativo di base in cui si effettuano l'elaborazione e l'esecuzione;
- intermedio al livello provinciale, in cui si effettuano l'inquadramento e il coordinamento delle zone sanitarie;
- centrale al livello del ministero della Sanità, in cui si effettuano l'elaborazione, il coordinamento e l'inquadramento. Ritroviamo qui le diverse direzioni e programmi sanitari specializzati, tra cui quello relativo all'AIDS e alle malattie sessualmente trasmissibili;

La politica nazionale di lotta contro l'AIDS è stata adottata nel luglio 1999 con un piano triennale 1999-2001 allo scopo di frenare la diffusione dell'epidemia e il suo impatto sugli individui e sulle famiglie. Per questo è necessario un dispositivo efficace che sia decentralizzato, multisettoriale ed integrato in un sistema di cure sanitarie di base preesistenti.

Gli obiettivi sono i seguenti:

- a) rafforzare la capacità di intervento degli attori e delle istituzioni coinvolte nella lotta a livello centrale ed intermedio nel 60% delle zone sanitarie;
- b) ridurre i rischi di contaminazione sessuale del sangue in tutte le zone sanitarie;
- c) migliorare l'accesso delle persone che convivono con l'HIV alle strutture di assistenza, di follow-up medico, di accompagnamento psico-sociale

e della sua evoluzione verso una risposta estesa.

I campi di intervento sono:

- mobilitazione sociale e partecipazione comunitaria;
- prevenzione della trasmissione in seno a gruppi specifici;
- prevenzione e cura delle malattie sessualmente trasmissibili;
- messa in atto di una rete nazionale efficace di sicurezza del sangue;
- riduzione del rischio di trasmissione madre-figlio dell'AIDS;
- assistenza e accompagnamento psico-sociale delle persone affette e che convivono con l'HIV;
- messa in atto di un comitato d'etica e di diritto per un ambiente favorevole alle persone che convivono con l'HIV;
- rafforzamento del sistema nazionale di sorveglianza epidemiologica dell'HIV e delle malattie sessualmente trasmissibili;
- politica generale degli "intrans" della lotta contro l'AIDS e le malattie sessualmente trasmissibili;
- rafforzamento delle capacità delle istituzioni e degli attori della lotta contro l'AIDS.

Tale politica nazionale non è ancora esecutiva ma, in attesa del programma specializzato, interviene in sostegno alle zone sanitarie per ciò che riguarda l'informazione, l'educazione e la comunicazione, i preservativi, la cura delle malattie sessualmente trasmissibili, la sicurezza del sangue, la cura delle persone che convivono con l'HIV, la sorveglianza epidemiologica, la ricerca operativa e, fondamentale, il follow-up della supervisione, la formazione, l'approvvigionamento di medicinali nonché l'elaborazione di direttive e norme.

A fianco dell'azione governativa, ritroviamo quella di 170 Organizzazioni non governative riunite in un forum di lotta contro l'AIDS dal nome FOSI; tra queste alcune sono grandi come il gruppo religioso (GOS), medie (A MO - CONGO) e piccole (PAES). Il loro finanziamento è assicurato dai finanziatori, dalla comunità e dalle attività d'autosuffici-

cienza condotte in seno a queste stesse organizzazioni.

Poiché queste non dispongono sempre di mezzi materiali sufficienti, è l'azione comunitaria ad essere al centro dell'attenzione alla questione dell'AIDS in Congo in cui le spese sono assicurate essenzialmente dall'individuo e dalla famiglia ristretta.

3. La Pastorale

La Pastorale è rappresentata dal ramo inquadrato e non.

Il primo è caratterizzato da un'attività di sensibilizzazione e di accompagnamento, basato su un messaggio neutro e di speranza. Il gruppo ecumenico di lotta contro l'AIDS Gos, il più importante della serie, raccomanda un approccio globale, cercando di racchiudere tutti gli aspetti del fenomeno AIDS. Utilizza un'équipe multidisciplinare di animatori medico-pastorali raggruppati in una cellula. Le attività assicurate sono la sensibilizzazione (teatro, chiacchierate educative, focus di gruppo, videoforum, micro formazione, esposizione di immagini ed altro materiale audiovisivo, conferenze dibattito) e di accompagnamento (conferma diagnostica, visite e cure a domicilio).

Gli altri gruppi di azione

cristiana contro l'AIDS hanno pochi mezzi, dispongono soltanto di risorse in personale di buona volontà (medici, infermieri, cappellani e membri di piccole chiese) che lavorano nel ramo delle loro attività di base, e non necessariamente di beneficiari. A questo livello, le difficoltà materiali rendono spesso inefficace il supporto instaurato al momento dell'ospedalizzazione.

La pastorale non inquadrata considera l'AIDS come una punizione divina ed è caratterizzata da una colpevolizzazione del malato che ha bisogno di una purificazione mediante pratiche pericolose che dovrebbero condurre ad una guarigione miracolosa (digiuno prolungato nel malato già indebolito, lavaggio con prodotti tossici, euforia collettiva che perpetua il comportamento a rischio, ecc). In questo settore operano soprattutto le sette religiose. Si sta compiendo a questo livello uno sforzo di inquadramento per metterle meno in grado di nuocere.

4. Commento e conclusione

L'accesso alle cure dei malati di AIDS in rapporto alla popolazione in generale può essere ulteriormente ridotto del 26% a causa dell'emarginazione del malato stesso e, di

conseguenza, della sua comunità. Sarà ancor più basso in seguito alla guerra esistente nel paese e alle sue nefaste conseguenze.

Poiché non è ancora in atto una politica nazionale di lotta contro l'AIDS, l'assistenza resta essenzialmente e simbolicamente assicurata dall'individuo e dalla sua famiglia ristretta, malgrado la grande povertà che colpisce questa comunità.

La comparsa dell'AIDS in una famiglia è vissuta attualmente come una catastrofe. Lo sarà ancora per lungo tempo in quanto, oltre ad una buona politica, è necessario un budget sanitario adeguato ed una volontà politica per lottare realmente contro l'AIDS e minimizzare il suo impatto sugli individui e sulle comunità.

Sforzi devono ancora essere compiuti per la promozione della pastorale inquadrata e il controllo dei ciarlatani.

In totale, la Repubblica Democratica del Congo figura tra i paesi maggiormente colpiti dall'AIDS e in cui l'accesso alle cure è fortemente ridotto, l'assistenza ancora settoriale, essenzialmente sulle spalle dell'individuo e della propria famiglia.

Dott. KAPEPELA KAKICHA
MARIE

Repubblica Democratica del Congo

III: America del Sud - Brasile

Fino al mese di febbraio del 1999 il Ministero della Sanità del Brasile aveva registrato 162.865 casi di AIDS. Lo stesso Ministero ritiene che nel paese vivano oltre 500.000 persone sieropositive.

– La storia dell'epidemia dell'AIDS in Brasile conosce varie fasi:

1. uomini, omo e bisessuali, delle classi sociali più elevate delle principali aree metropolitane del paese;

2. quanti fanno uso di droga per via intramuscolare, in particolare soggetti giovani di diversi strati sociali (principal-

mente svantaggiati) di città grandi e medie del paese;

3. diffusione eterosessuale verso le donne, con interiorizzazione e impoverimento dell'epidemia.

– Il primo caso di AIDS è stato diagnosticato in Brasile nel 1980, a San Paolo.

– Fino al 1987 non esisteva alcun trattamento antiretrovirale.

– L'AZT è stato il primo farmaco messo a disposizione dal Ministero della Sanità nel 1991.

– Il DDI è stato reso disponibile nel 1993.

– Nel 1996, con una decisione che ha del pionieristico, il governo brasiliano ha messo a disposizione di tutti i cittadini una terapia combinata gratuita.

– Nel 1996 è stato speso l'equivalente di US\$ 500.000.000 in farmaci per combattere l'AIDS. Attualmente, circa 68.000 pazienti ricevono questo tipo di trattamento.

Tutti i pazienti sottoposti a controllo medico sono autorizzati a ricevere gratuitamente la terapia combinata (HAART).

Per iniziare il trattamento in soggetti sintomatici e asinto-

matici esistono regole specifiche da seguire. Queste regole vengono aggiornate almeno una volta all'anno dal comitato direttivo brasiliano. Attualmente ci sono 12 farmaci anti-retrovirali disponibili per il trattamento.

Per ricevere il trattamento il paziente deve essere registrato nella Databank Nazionale. Usando le informazioni di questa Databank risulta quasi impossibile applicare due volte il trattamento alla stessa persona, e il Ministero della Sanità può seguire il paziente sotto regime HAART nelle diverse regioni del paese.

I medicinali sono distribuiti dietro regolare controllo medico e la loro quantità è sufficiente per almeno un mese di trattamento. Tutti i pazienti hanno diritto ad effettuare gratuitamente i test per il conteggio CD4 e l'aggressività virale fino a tre volte l'anno.

Negli ultimi anni c'è stata una forte diminuzione nella mortalità a causa dell'AIDS. Dal 1995 al 1998 essa è scesa del 49% circa.

La qualità della vita è sostanzialmente migliorata e alcuni pazienti sono tornati alla loro vita "normale". La maggior parte di loro ha ripreso il lavoro. Dopo l'inizio della terapia HAART c'è stata una diminuzione fino all'81% delle infezioni opportuniste tra i pazienti di AIDS in Brasile.

Il Ministero della Sanità ritiene che circa 47.300 pazienti in meno abbiano occupato le corsie degli ospedali nel 1997. Ciò ha significato un risparmio in quell'anno di qualcosa come US\$ 10.000.000.

Per controllare in modo

completo l'Highly Active Anti-Retroviral Therapy il Ministero della Sanità ha reso disponibili in tutto il paese migliori risorse di laboratorio (test, formazione, migliori strutture).

Tutti i pazienti devono sapere e comprendere chiaramente che la piena adesione al trattamento è fondamentale per una migliore qualità della vita e per evitare l'insorgere di una resistenza virale.

La mancata adesione, oltre alle conseguenze negative per i singoli individui, è diventata una delle maggiori minacce alla sanità pubblica nell'era post-HAART.

Alcuni pazienti, con un background culturale molto basso e con una aggressività virale non individuabile, spesso interrompono il trattamento e possono trasmettere il virus, principalmente attraverso rapporti sessuali.

La consulenza costante è fondamentale per tutti i pazienti che seguono la terapia.

In Brasile esiste un'alta incidenza di tubercolosi; il 20% circa di questi pazienti è sieropositivo e non può usare differenti regimi di terapia combinata mentre è sottoposto al trattamento per la tubercolosi, il che richiede strategie alternative.

Alcuni cittadini ritengono che "una cura per l'AIDS" sia già disponibile e non assumono alcun tipo di prevenzione in rapporto all'infezione da HIV.

Alcuni pazienti con una aggressività virale non individuabile intraprendono rapporti sessuali con i loro partner pensando di essere guariti.

Virus altamente resistenti possono essere diffusi da alcuni pazienti che hanno seguito in modo discontinuo il loro regime terapeutico.

L'assistenza è fornita ai malati di AIDS attraverso un complesso sistema messo in atto in 338 ospedali generici.

Cure specializzate sono disponibili nella maggior parte delle regioni del paese tramite 140 strutture per pazienti esterni, 60 unità di day-care e 46 unità di cure domiciliari. Queste ultime cifre sembrano piuttosto basse in confronto all'enorme richiesta di assistenza medica e al gran nume-

ro di problemi sociali esistenti nel paese.

Un altro problema che va ancora pienamente affrontato è lo spostamento dei pazienti da e verso differenti unità di questo enorme ed eterogeneo paese.

Le nostre cliniche e centri di accoglienza si prendono cura dei senza tetto, di uomini e donne dediti alla prostituzione, di ex-prigionieri e di bambini della strada. Abbiamo effettuato il test dell'HIV a molti pazienti e alcuni di loro sono risultati positivi.

La nostra équipe interdisciplinare è composta da medici, dentisti, psicologi, operatori sociali, infermieri.

La nostra popolazione richiede cure speciali, in quanto la maggior parte di loro sono senza tetto. Quindi mettiamo a loro disposizione bagni, vestiti puliti, pasti e day hospital. Si tratta di un compito complesso, raramente offerto da altre strutture e che richiede il lavoro interdisciplinare di differenti specialisti, oltre al sostegno sociale.

La maggior parte dei pazienti è alcolista e tossicodipendente, con uno stato avanzato di logorio dell'organismo, a meno che non riceva cure e sostegno continuo. Un ruolo del tutto speciale è riservato all'assistenza e al sostegno religioso, una strategia fondamentale per rendere la loro vita migliore e significativa, e per aumentare l'adesione alla terapia HAART e ad altri protocolli medici e infermieristici.

Noi trattiamo questi pazienti nel modo più completo e tempestivo possibile, ed essi possono essere sicuri che ci preoccupiamo di loro.

Per mancanza di formazione scolastica di base esistono delle barriere nella comunicazione con alcuni di questi pazienti. A questo scopo abbiamo impartito corsi di formazione al nostro personale.

Uno degli aspetti più importanti del nostro lavoro è quello di salvaguardare l'autostima e la dignità di questi pazienti.

Dott.ssa MARIA INEZ
LINHARES DE CARVALHO,
MD
Arcidiocesi di Rio de Janeiro
Brasile



IV: America Centrale - Haiti

94

La Repubblica Haitiana, che occupa la parte occidentale dell'isola di Haiti, ha una popolazione di 7.500.000 abitanti. Oltre il 70% di questa vive attualmente al di sotto della soglia di povertà assoluta, con un reddito pro capite di 500 gdes/anno (US\$ 28/anno). Oltre il 50% di bambini in età scolare non frequentano la scuola e soltanto il 10% dei bambini che frequentano la scuola arriva ad un livello secondario (Rapporto della BID, 1997).

Le condizioni socio-economiche continuano a degradare a causa dell'instabilità politica e dell'insicurezza crescente. Gravi problemi sanitari affliggono la popolazione e i più colpiti sono i poveri. La fame, la miseria, l'analfabetismo e la disoccupazione spin-

gono la gente, tra cui molti adolescenti, verso la prostituzione e la droga. Per questo malattie sessualmente trasmissibili (MST), e in particolare l'AIDS, costituiscono attualmente ad Haiti uno dei maggiori problemi di salute pubblica.

Tra 240.000 e 335.000 persone sono attualmente infettate dall'HIV, il che rappresenta il 6% della popolazione totale. Tali cifre sono ben al di sotto della realtà. Non esiste nel paese una legislazione che regolamenti questa malattia. Nessuna legge fa obbligo ai medici e al personale sanitario di dichiarare i casi diagnostici. Per questo molti casi sfuggono al controllo delle autorità sanitarie del paese.

Ecco alcune cifre relative al 1998:

	Totale	Adulti	Donne	Bambini
Persone che vivono con l'HIV	da 236.65 a 332.43	da 223.71 a 314.19	da 100.35 a 141.69	da 12.94 a 18.24
Nuovi casi di infezione da HIV	da 40.70 a 56.01	da 36.02 a 49.43	da 18.17 a 24.96	da 4.69 a 6.57
Numero di nuovi casi di AIDS	da 28.26 a 39.2	da 24.45 a 34.51	da 10.43 a 14.78	da 3.82 a 5.40
Totale dei decessi dall'inizio dell'infezione	da 21.600 a 30.000			
Orfani	da 1.300 a 1.900			
Tubercolosi + AIDS	da 44.57 a 58.58			

La Chiesa cattolica di Haiti, la cui missione è quella di servire l'uomo nella sua globalità, offre un importante contributo alla riduzione del tasso di morbidità e di mortalità dovuti alle malattie di ogni tipo. In effetti, l'attenzione nei riguardi dei malati di AIDS viene fatta in maggior parte dalle istituzioni sanitarie cattoliche il cui numero ammonta a 190, il che rappresenta una percentuale del 37,9% delle istituzioni sanitarie del paese. Tra queste istituzioni distinguiamo dispensari, ospedali e centri per malati terminali.

I *dispensari* della Chiesa cattolica sono situati nelle località più interne del paese, il cui accesso è spesso difficile. I casi sospetti sono identificati al livello di questi dispensari e riferiti a centri più avanzati per essere diagnosticati. Una volta diagnosticati, i malati sono rinviati nelle loro rispettive località e la loro cura viene assicurata dal personale di detti dispensari. Tale cura consiste in:

- consultazioni regolari allo scopo di individuare precocemente i segni di malattie opportuniste;

- visite domiciliari per responsabilizzare il paziente di fronte al resto della popolazione;

- recupero nutrizionale.

Gli *ospedali* costituiscono una struttura intermedia tra i dispensari e i centri per malati terminali:

- effettuano l'accertamento della diagnosi;

- trattano i casi acuti che vengono rinviati, dopo il recupero, ai dispensari o affidati ai centri per malati terminali nel loro stadio finale.

I *centri per malati terminali*, in numero di quattro, ricevono i malati allo stadio avanzato della malattia. La loro cura consiste in:

- cure corporali;

– trattamento delle infezioni opportunistiche;

– accompagnamento dei pazienti per aiutarli a vivere questa nuova realtà.

Oltre alla cura dei malati di AIDS la Chiesa cattolica si interessa anche alla prevenzione. La sua azione consiste in:

– incontri di informazione e formazione;

– educazione alla castità per i giovani: dopo un periodo di preparazione, il giovane decide liberamente di fare la promessa di castità per un periodo di sei mesi, in seguito rinnovabile. Se non tiene fede alla promessa, il giovane ha la possibilità di tornare al centro di formazione e, con l'aiuto dei responsabili, di-

scernere e identificare le cause del suo insuccesso. Se vuole, può allora rinnovare la sua promessa;

– educazione alla fedeltà tra gli sposi.

Tuttavia, molti ostacoli rendono difficile l'azione della Chiesa. Citiamone alcuni:

– mancanza di materiale;

– carenza di personale qualificato;

– alcuni tabù;

– mancanza di coordinamento tra istituzioni sanitarie cattoliche (da notare tuttavia che da circa due anni è in atto uno sforzo per creare una rete di queste istituzioni sanitarie).

In conclusione, l'AIDS è una malattia del comportamento, la sua prevenzione ne-

cessita di un'azione concertata di tutti i settori della vita nazionale. L'uso ad oltranza del preservativo, proposto finora come soluzione di prevenzione, è fallito, come testimoniano le cifre pubblicate a livello mondiale negli ultimi dieici anni. Diventa così imperativo che la Chiesa cattolica metta l'accento sulla sua dottrina per ciò che riguarda la dignità della persona umana e le raccomandazioni sulla famiglia. Inoltre essa dovrà interessarsi a creare degli spazi per incoraggiare e facilitare la loro messa in atto.

Dott. JEAN-MARIE CAIDOR
*Commissione Episcopale
per la Salute
Haiti*

95

V: America del Nord - Stati Uniti d'America

Vorrei ringraziare S.E. Mons. Lozano per avermi gentilmente invitato a partecipare a questo incontro per condividere alcune riflessioni sull'esperienza della Chiesa negli Stati Uniti d'America in risposta alla pandemia dell'AIDS, che ha prodotto tanti e profondi effetti sulla vita degli individui, delle famiglie e sulle strutture ecclesiali, pur nel breve periodo in cui ne abbiamo preso conoscenza.

Inizierò col fare una rapida presentazione delle tendenze nello sviluppo della pandemia così come si è attualmente evoluta negli Stati Uniti. Sulla stessa scia si collocano altri paesi dell'Europa Occidentale e dell'America Settentrionale, così come l'Australia e la Nuova Zelanda, in cui le loro rispettive popolazione sono particolarmente vulnerabili alle minacce di rifiuto e di indifferenza nei confronti dell'HIV-AIDS. È vero che il numero di nuovi casi di AIDS e di morte dovuti alle malattie ad esso collegate sta diminuendo in maniera significativa in quei paesi in cui la gente ha accesso ad una terapia combinata, antiretrovirale per la maggior parte dei sieropositivi. Tuttavia, non esiste alcun

segnale che le nuove infezioni stiano seguendo lo stesso corso; si calcola che alla fine del 1999 circa 1 milione e mezzo di persone nei paesi citati conviveva con l'HIV. In uno studio sugli omosessuali maschi a San Francisco, ad esempio, è stato mostrato che vengono ancora adottati comportamenti sessuali ad alto rischio. Il fatto che i sieropositivi vivano più a lungo, fa sì che coloro che allacciano rapporti sessuali possano infettare altre persone per un periodo di tempo più lungo. Anche gli effetti positivi della terapia antiretrovirale sembrano diminuire. Negli USA, ad esempio, le morti per AIDS sono scese del 42% tra il 1966 e il 1997, mentre tra il 1997 e il 1998 soltanto della metà di questa percentuale.

Esaminiamo più attentamente gli effetti di questa pandemia negli Stati Uniti. Nonostante le risorse mediche e tecnologiche disponibili per molti residenti di questo paese, l'HIV-AIDS si presenta come l'epidemia più grave e devastante della storia recente. L'infezione da HIV e le relative complicità cliniche gravano pesantemente sui servizi medici e sociali. Va nota-

to che non tutti coloro che convivono con l'HIV-AIDS negli Stati Uniti possono avere accesso alle terapie combinate. Questo paese non ha un sistema sanitario nazionale. Alcune assicurazioni private coprono i costi di queste terapie per i sieropositivi già iscritti nei loro programmi. Fondi statali e federali sono disponibili per fornire tali farmaci ai residenti il cui reddito annuale è al di sotto della soglia di povertà. Ad altri è negata la possibilità di beneficiare di tali trattamenti a meno che non siano abilitati per particolari protocolli di ricerca.

Nel dicembre 1998 i Centers for Disease Control hanno riportato le seguenti informazioni relative alla diffusione dell'HIV-AIDS negli USA¹.

– L'AIDS è la seconda causa di morte negli adulti tra i 25 e i 44 anni.

– Il numero totale di sieropositivi nel paese è calcolato tra i 650.000 e i 900.000, e circa 40.000 vengono infettati ogni anno, dei quali fino al 50% può accadere tra i giovani al di sotto dei 25 anni.

– Benché le minoranze razziali ed etniche siano solo il 25% della popolazione degli Stati Uniti, essi rappresentano

oltre il 50% dei casi di AIDS. Gli Afro-americani e gli Ispanici rappresentano il 58% degli adolescenti maschi con AIDS e l'83% delle adolescenti femmine sieropositive.

– Molti di quanti sono a rischio maggiore non sono ancora consapevoli dei comportamenti che possono sfociare in un'infezione da HIV. Si calcola che circa 200.000 persone non abbiano alcuna idea di essere sieropositive o della minaccia che possono costituire per gli altri attraverso il contatto sessuale o con sangue infetto.

– La proporzione di tutti i casi di AIDS riportata tra donne adulte e adolescenti è quasi triplicata, passando dal 7% del 1985 al 22% del 1997.

– L'incidenza di AIDS è 14 volte più alta nelle prigioni statali e federali che nella popolazione degli USA in generale.

Esaminiamo ora come la Chiesa negli USA ha cercato di portare il suo ministero a quanti convivono con l'HIV-AIDS. I vescovi del paese sono stati tra i primi a fare appello a tutti i fedeli affinché rispondessero alle persone colpite dalla pandemia con compassione e senza paura o pregiudizio. Nel documento del 1987 dal titolo *The Many Faces of AIDS: a Gospel Response*, il Consiglio d'Amministrazione della Conferenza Episcopale degli Stati Uniti menzionava i nuovi servizi che dovrebbero essere forniti dalle parrocchie e dalle istituzioni sponsorizzate dalla Chiesa cattolica.

«...Gli attuali programmi e servizi hanno bisogno di essere estesi per assistere le famiglie dei malati di AIDS ancora vivi e sostenerle nel momento della morte. Inoltre, devono essere sviluppati nuovi programmi, servizi e sistemi di sostegno per venire incontro ai bisogni non soddisfatti o soddisfatti solo in parte».

In una successiva lettera pastorale a firma di tutti i vescovi degli Stati Uniti veniva ricordata ai cattolici la responsabilità basata sul Vangelo di affermare la dignità di quanti convivono con l'HIV-AIDS e di curarli senza esitazione.

«I malati di AIDS non sono persone distanti, estranee, oggetto della nostra pietà e della nostra avversione. Dobbiamo tenerli presenti nella nostra coscienza, come individui e come comunità, ed abbracciarli con amore incondizionato. Il Vangelo chiede grande rispetto per la vita in ogni circostanza. Compassione e amore per i sieropositivi sono l'unica vera risposta del Vangelo»².

In risposta al forte incoraggiamento dei vescovi e sull'esempio del clero, dei religiosi, e dei laici impegnati che hanno ascoltato il "grido" di quanti sono colpiti dalla pandemia, sono stati sviluppati eccellenti servizi educativi, medici e sociali sotto gli auspici della Chiesa cattolica negli Stati Uniti. Ecco alcuni esempi di tali risorse e servizi.

Nel campo dell'educazione

– La Conferenza Episcopale USA ha prodotto una videocassetta dal titolo *Living with AIDS: An Occasion of Grace* (1990), in cui si mostrano in particolare le risposte all'HIV-AIDS a livello diocesano e parrocchiale;

– l'Associazione Nazionale per l'Educazione Cattolica ha pubblicato un manuale per insegnanti e per scuole primarie e secondarie, dal titolo *AIDS: A Catholic Educational Approach to HIV* (1992);

– le Catholic Charities USA hanno sviluppato un manuale di formazione e un programma educativo per coloro che sono impegnati nell'apostolato sociale (1995);

– la Federazione Nazionale dei Consigli di Sacerdoti ha pubblicato un libretto su *Clergy and Religious and the AIDS Epidemic*;

– molte diocesi hanno prodotto manuali educativi sull'HIV-AIDS e programmi per il ministero per l'AIDS nelle rispettive diocesi;

– nelle diocesi di Albany, New York, Oakland, California e in diverse altre, i giovani stanno educando i loro coetanei sul fatto che l'unico modo "sicuro" per evitare l'HIV-AIDS è l'astenersi dai rapporti pre-matrimoniali ed essere fedeli nel matrimonio.

Nel campo della salute e dei servizi sociali

In una indagine del 1995, 120 ospedali, 209 servizi sanitari ambulatoriali e 177 agenzie di servizi sociali sono risultati gestiti dalla Chiesa cattolica e sensibili ai bisogni di quanti convivono con l'HIV-AIDS³. I servizi sanitari da essi sponsorizzati includono cure mediche ambulatoriali e per pazienti interni, case di cura, hospice e cure a domicilio. I servizi sociali includono distribuzione di cibo d'emergenza, trasporti, servizi di casa, visite a casa, alloggi di emergenza, alloggi transitori, alloggi permanenti, counseling e servizi sanitari mentali, gruppi di sostegno per sieropositivi come pure per le famiglie e le persone care, gruppi di sostegno per i familiari dei defunti e per coloro che dispensano le cure. La popolazione servita include adulti, bambini, carcerati, minoranze razziali ed etniche, nonché disabili.

Nel campo dei servizi pastorali

Forse la domanda o la sfida maggiore che la pandemia pone alla Chiesa è nel campo della cura pastorale. Molti sieropositivi, anche coloro che una volta erano lontani dalla comunità dei fedeli, si rivolgono alla Chiesa perché li assista nella ricerca del significato profondo e del valore della loro vita, malgrado e spesso come risultato del dolore fisico, psicologico e sociale che sperimentano. A volte neanche il ministero vitale sacramentale della Chiesa è sufficiente a soddisfare la fame e la sete di Dio dei malati di AIDS che si trovano di fronte alla "buia notte dell'anima", con la loro sofferenza e la loro morte. Malgrado la capacità peculiare della Chiesa in questo campo della sua missione, i membri della comunità dei fedeli non hanno sempre risposto appieno e in modo necessario all'appello al ministero pastorale da parte da quanti sono colpiti dalla pandemia. Alcuni sacerdoti, religiosi e laici hanno paura di avvicinare quanti convivono con il virus poiché hanno l'er-

rata impressione che questa malattia possa essere trasmessa attraverso contatto casuale.

La parrocchia cattolica è il luogo in cui si riunisce settimanalmente la maggior parte dei sessanta milioni di cattolici degli Stati Uniti. Queste 19.700 parrocchie sono punti focali per l'educazione, i servizi, la difesa della giustizia sociale e la cura pastorale. Consapevoli delle richieste poste su queste parrocchie da quanti convivono con l'HIV-AIDS, i leaders del National Catholic AIDS Network e delle Catholic Charities USA hanno preparato un manuale e un processo di formazione per incoraggiare lo sviluppo di ministeri per l'HIV-AIDS a partire dalle parrocchie.

In questo processo di formazione, i parrocciani vengono incoraggiati a prepararsi a rispondere a queste persone non come "stranieri" o "quegli altri", ma come fratelli e sorelle nella comunità dei fedeli. Viene chiesto loro di rivolgere particolare attenzione alle parole del Santo Padre pronunciate nel corso della sua visita a San Francisco nel 1988:

«Dio ama tutti voi, senza distinzione, senza limite... Egli ama quanti di voi sono malati, quanti soffrono per l'AIDS. Egli ama gli amici e i familiari dei malati e quanti si prendono cura di loro. Egli ama tutti voi con un amore incondizionato e eterno».

Ai parrocciani che si preparano a servire i malati della pandemia vengono rivolte alcune domande.

– Come può la nostra parrocchia integrare meglio i bi-

sogni e le preoccupazioni di queste persone negli apostolati esistenti?

– Quali risorse nella nostra parrocchia possono aiutarci a fornire cura ed educazione in materia di HIV, in particolare ai membri di minoranze etniche e razziali?

– La nostra parrocchia è una comunità di accoglienza? Come possiamo contribuire a farla diventare più accogliente? Come possiamo ampliare il nostro apostolato affinché includa e raggiunga i sieropositivi?

– Come possiamo aiutare i nostri parrocciani a superare il giudizio e gli stereotipi riguardanti l'HIV e l'AIDS?

Lo stesso processo di formazione offre le seguenti linee guida a coloro che vogliono fornire una cura pastorale a quanti sono colpiti dalla pandemia dell'HIV:

– uscire dal rifiuto; comprendere che l'AIDS è un problema di tutti. Ricerca del cammino verso la compassione;

– conoscere le situazioni di vita di quanti convivono con l'HIV-AIDS incontrandoli e chiedendo come questa malattia colpisce la loro vita;

– comprendere le vostre risposte all'HIV-AIDS riconoscendo e parlando dei vostri sentimenti e pensieri;

– cercare il vostro fondamento nella fede leggendo e riflettendo sulle affermazioni del Santo Padre e dei vescovi su questa pandemia, meditando la Sacra Scrittura e parlando con la vostra guida spirituale;

– fare un impegno personale di servire quanti sono colpiti dall'HIV-AIDS;

– fare un impegno comunitario di cercare il sostegno della parrocchia per valutare l'AIDS alla luce della vostra fede ed agire di conseguenza;

– individuare quali bisogni richiedono un'azione prioritaria nella vostra parrocchia;

– individuare le risorse e i talenti presenti tra i parrocciani che desiderano unirsi a questo apostolato nella vostra parrocchia;

– fare un programma e agire; informate gli altri parrocciani sulle vostre attività così

che l'apostolato ponga radici nella parrocchia;

– valutate e cambiate le vostre attività secondo il bisogno.

La pandemia dell'HIV-AIDS ha veramente posto una sfida e ha condizionato l'umanità, e continua a farlo attualmente. L'ha sottoposta a dolore fisico e deformazione, ad esclusione e discriminazione, a conflitti emotivi e confusione, a crisi spirituali e disperazione. A motivo di questa pandemia, la Chiesa ha dovuto trasformarsi, in più stretta conformità alla sua missione, in maestra, serva e convocatrice della comunità dei fedeli. I membri del Consiglio di Amministrazione della Conferenza Episcopale degli Stati Uniti hanno offerto ai cattolici del paese una "cartina di tornasole" del nostro ministero in risposta alla pandemia dell'HIV-AIDS:

«La nostra risposta ai bisogni di un malato di AIDS potrà dirsi veramente effettiva quando scopriremo Dio in loro e quando essi, attraverso il loro incontro con noi, potranno dire: "nel mio dolore, nella mia paura ed alienazione, ho sentito la tua presenza, o Dio di forza, amore e solidarietà"»⁴.

P. ROBERT VITILLO
Direttore esecutivo
della Campagna cattolica
per lo sviluppo umano
USA

Note

¹ AIDS - End the Silence, Resource Booklet for World AIDS Day, December 1, 1999, Washington, DC; American Association for World Health, 1999.

² National Conference of Catholic Bishops, *Called to Compassion and responsibility: A Response to the HIV-AIDS Crisis*, come apparso in *Origins*, XIX, 26 (November 30), 1989.

³ *Resource Directory of Catholic-Sponsored HIV-AIDS Programs*, a cura della Catholic Health Association of the United States, Catholic Charities USA, and the National catholic AIDS Network, 1996.

⁴ United States Catholic Conference Administrative Board, *The Many Faces of AIDS: A Gospel response*, in *Origins*, XVII, 28 (December 24, 1987), p. 136.



1. La società polacca si è resa conto che l'epidemia dell'HIV ha raggiunto anche la Polonia nel 1985: anno in cui è stato registrato per la prima volta nel nostro Paese un caso di contagio da HIV. Da quell'anno sono stati posti in essere in Polonia analisi diagnostiche per l'individuazione dell'HIV. I dati epidemiologici raccolti dall'Ente Statale di Igiene evidenziano, dal momento dell'avvio delle analisi, cioè dal 1985 fino all'ottobre 1999, che 6.050 cittadini polacchi sono affetti dal contagio, di cui in almeno 3.800 casi il contagio è in relazione all'uso delle droghe. Sono stati registrati 826 malati di AIDS di cui 460 sono ormai deceduti. Si tratta di dati ufficiali, tuttavia c'è da sottolineare che, stando alle stime epidemiologiche, sono affette dal virus da 15.000 a 20.000 persone. I dati citati non pongono la Polonia fra i Paesi europei ad alta percentuale di malati: tuttavia non c'è motivo di ritenersi rassicurati, poiché il contagio evidenzia una pur lenta ma costante dinamica di crescita.

Il quadro della situazione in Polonia appare rassicurante in confronto con gli altri Paesi europei: e in particolare riguardo a quelli dell'Est. Ben fosca è invece, e quindi preoccupante per noi tutti, l'espandersi dell'epidemia nei Paesi dell'ex Unione Sovietica. Così in Ucraina, Russia e Bielorussia gli ultimi quattro anni hanno evidenziato un tasso di crescita estremamente alto di contagi. I principali portatori del virus sono in questi Paesi i tossicodipendenti che si somministrano gli stupefacenti per via endovenosa. Nelle città del litorale del Mar Nero, ma anche nei grandi agglomerati urbani quali Kiev, si riscontra un numero sempre più cospicuo di tossicodipendenti. Situazione analoga caratterizza Mosca,

Minsk, Kaliningrado. Un indizio riguardo alla possibilità di propagazione dell'HIV nell'Europa Orientale tramite i contatti sessuali è dato dai risultati delle indagini sulla casistica di malattie veneree. Un vistoso incremento di casi di malattie veneree è stato riscontrato in Russia, Ucraina e Bielorussia: ma anche in Moldavia e in Kazakhstan.

L'inquietante situazione epidemiologica dell'AIDS nell'Europa dell'Est riveste importanza particolare e costituisce motivo di seria preoccupazione per la Polonia che è l'immediata vicina della maggior parte dei Paesi menzionati. Lo sviluppo del cosiddetto turismo sessuale e il fenomeno, sempre più esteso in Polonia, della prostituzione delle immigrate dall'Est può determinare un incremento dei contagi nel nostro Paese. La situazione, certamente grave, è una sfida per le autorità del Paese e per le istituzioni preposte alla politica di prevenzione dell'AIDS. Si impone la necessità di allacciare strette collaborazioni, innanzi tutto per scambiare esperienze relative agli interventi di prevenzione, ma anche riguardanti soluzioni legislative e strutturali rivolte ai portatori di HIV e ai malati di AIDS.

2. I portatori di HIV e i malati di AIDS hanno garantita in Polonia l'assistenza sanitaria integrale e, cosa per loro più importante, hanno garantito l'accesso alle terapie che si richiamano ai farmaci antiretrovirali più recenti. La responsabilità per la strutturazione del sistema è affidata al Ministro della Sanità, mentre le premesse politiche sono definite dal Programma Nazionale di Prevenzione dell'AIDS, un documento di portata pluriennale che delinea le priorità governative nell'ambito della lotta all'AIDS. Ultimamente il Go-

verno ha predisposto un tale programma per gli anni 1999-2003.

Il Ministro della Sanità ha istituito nel 1993 due agenzie governative specializzate nella prevenzione e nell'elaborazione degli standard di diagnosi e di terapia. Si tratta dell'Ufficio Nazionale di Coordinamento per la Prevenzione dell'AIDS e il Centro Diagnosi e Terapia AIDS. I malati hanno possibilità di usufruire delle prestazioni sanitarie in 12 istituti ospedalieri specializzati, situati nei capoluoghi regionali. Secondo una prassi ormai consolidata, i malati di AIDS vengono ricoverati nei reparti delle malattie contagiose, rimanendo tuttavia totalmente esclusa qualsiasi forma di isolamento. Tutti i malati che necessitano di trattamento antiretrovirale l'ottengono a condizione di soddisfare i criteri determinati nella Strategia Nazionale di Trattamento Antiretrovirale, elaborata dai sanitari specializzati nella cura dell'AIDS. Prima di iniziare la terapia i malati sono sottoposti a una serie di esami analitici che successivamente sono ripetuti tre volte l'anno e consentono un'efficace monitoraggio degli effetti del trattamento antiretrovirale.

Come ho detto prima i farmaci antiretrovirali – l'elemento più costoso della terapia – vengono acquistati a livello centrale e pagati coi fondi del Ministero della Sanità. Attualmente la terapia antiretrovirale è rivolta a oltre 1.000 malati e sarà utile precisare che quest'anno sono stati destinati all'uso 7 milioni di dollari USA. Il Ministro della Sanità ha istituito, inoltre, un fondo centrale a parte per gli interventi preventivi, che nell'anno 1999 è stato pari a 4 milioni di dollari.

Un obiettivo importante nel sistema della terapia antiretrovirale è quello di assicurare al-

le donne con HIV incinte cure che diano elevate probabilità di minimalizzare il rischio che partoriscono bambini sieropositivi. I bambini nati da madri portatrici di HIV fanno parte sin dalla nascita di un sistema specializzato di diagnosi da laboratorio che permette di individuare rapidamente eventuali casi di infezione. Tutti i minorenni sieropositivi (sono in Polonia una cinquantina) hanno garantita la tutela e le cure alla Clinica di Malattie Infettive dell'Infanzia sita a Varsavia. Sarà opportuno sottolineare a questo punto che le donne con HIV incinte ricevono in Polonia un forte sostegno psicologico e tramite psicologi specializzati esse vengono esortate a mantenere la gravidanza e a partorire.

I portatori di HIV e le persone malate di AIDS possono ricorrere ai servizi dei consultori psicologici, del telefono amico disponibile 24 ore su 24 e di un vasto sistema di sostegno offerti dalla numerose organizzazioni extra governative. Una di queste è l'associazione dei volontari "Vieni con noi", nell'ambito della quale operano persone con HIV, i loro amici e patrocinatori.

Tutto sommato l'assistenza medica e sociale rivolta ai portatori di HIV e ai malati di AIDS è mantenuta in Polonia a un livello il più elevato possibile e certamente non c'è da vergognarsene.

Tuttavia, c'è da rilevare che al di là del sistema coerente ed efficiente, e indipendentemente dalle somme considerevoli stanziolate dallo Stato, s'impone la necessità di un'importante opera di divulgazione, per as-



sicurare una costante crescita della conoscenza dell'AIDS da parte della società. Tale processo consentirà la formazione ancor più opportuna di adeguati atteggiamenti sociali. Siamo tutti convinti che la discriminazione dei malati di AIDS, che ha marcato purtroppo i primi anni dell'apparizione dell'epidemia in Polonia, appartenga ormai al passato.

Desidero riferirmi, inoltre, al sistema dell'assistenza medica dei Paesi dell'Europa Orientale. Va detto che generalmente, nei Paesi dell'ex Unione Sovietica, sono rari i casi in cui viene assicurato ai malati un'assistenza medica di buon livello. È pur vero che sia in Ucraina sia in Russia esistono nelle grandi città i cosiddetti centri AIDS; tuttavia, soprattutto per motivi finanziari, essi non sono in grado di fornire ai malati né analisi specializzate né terapia antiretrovirale. I governi di tali Paesi hanno, tuttavia, predisposto programmi nazionali di prevenzione dell'AIDS e c'è da sperare che in un futuro non distante riusciranno a trovare fondi per l'attuazione di tali programmi. Mi sembra giusto dire a questo punto che i nostri Stati sono moralmente tenuti a portare il migliore aiuto possibile ai portatori di HIV e ai malati di AIDS residenti nei Paesi dell'ex Unione Sovietica. Per il momento, tuttavia, le esaltanti parole d'ordine che contrassegnano le celebrazioni della giornata mondiale dell'AIDS in numerosi Paesi europei, quali: "Un mondo una speranza", "Diritti comuni, doveri comuni", "Uniamoci per l'eguaglianza", di fronte a situazioni paurose dell'Africa e dei Paesi dell'Est europeo sembrano luoghi comuni e svuotati di senso, che non vale la pena neanche di ripetere.

3. Concludendo vorrei far rilevare la serietà dell'operato della Chiesa cattolica in Polonia riguardo la problematica dell'AIDS. Siamo probabilmente l'unico Paese in cui un sacerdote cattolico-religioso dell'Ordine dei Camilliani è consigliere e delegato del Ministro della Sanità per l'AIDS e la narcomania. Tale fatto in-

cide in rilevante misura sulla formazione di un'adeguata politica dello stato e sull'attuazione della collaborazione tra il Governo e la Chiesa in tale importante area. Si tratta, soprattutto, di interventi educativi volti ai giovani, di costruire legami interumani e di atteggiamenti di solidarietà nei confronti di persone colpite dalla malattia. In tutti gli ospedali che ho menzionato, dove vengono curati i malati di AIDS, sono occupati a tempo pieno i cappellani ospedalieri che attuano il servizio spirituale. Vorrei ribadire l'importanza della collaborazione con l'ente governativo Ufficio Nazionale di Coordinamento Prevenzione AIDS che attua e finanzia con i fondi del Ministero della Sanità la formazione sistemica dei chierici di numerosi seminari superiori. L'Ufficio cura inoltre editoria di pubblicazioni indirizzate a destinatari mirati; per esempio a sacerdoti. Si tratta di libri, tra cui *La Chiesa riguardo all'Aids* e tanti altri. Tutte queste pubblicazioni sono consegnate gratuitamente agli interessati. Il Ministero cofinanzia inoltre un congresso relativo alle problematiche della tossicodipendenza e dell'AIDS, che si svolge a cadenza annua con la partecipazione di numerosi gruppi di religiose e di studenti laici di teologia. Concludendo: conviene ricordare che la Chiesa in Polonia gestisce diversi centri che operano nell'ambito delle comunità terapeutiche per il trattamento dei tossicodipendenti. La maggior parte di persone curate sono giovani portatori di HIV. Tali centri cattolici, proprio nell'ambito della collaborazione con il Ministero della Sanità sono finanziati al cento per cento dai fondi governativi. Devo constatare con grande soddisfazione che la presenza della Chiesa nell'area dell'aiuto ai malati di AIDS è significativa e la collaborazione con il Governo di grande soddisfazione per entrambe le Parti.

Don ARKADIUSZ NOWAK
Consigliere del Ministro della Sanità
per l'Aids e la narcomania
Ministero della Sanità
e dell'Assistenza Sociale
della Repubblica di Polonia

Conclusioni

Da questo Convegno è uscita l'urgenza di seguire da vicino il tema dell'HIV-AIDS sia con un gruppo di studio che con un gruppo continentale attraverso un programma che si articola in tre gruppi tematici:

- Informazione;
- Documentazione;
- Educazione.

AGENDA DI LAVORO 2000

1. Informazione

Inserire nello spazio telematico, all'interno del sito Internet del Dicastero:

1. le principali relazioni del convegno del dicembre scorso;
2. la Nota informativa sulle nuove possibilità in tema di prevenzione della trasmissione materno-fetale;
3. la Nota sull'andamento dell'iniziativa a favore degli orfani.

2. Documentazione

1. Organizzazione di una Biblioteca tematica con il materiale fino ad oggi raccolto proveniente da diverse fonti.
2. Diffusione via Internet della documentazione tematica della Biblioteca.
3. Pubblicazione degli atti del Convegno del dicembre 1999 su "La Chiesa cattolica e la sfida dell'HIV-AIDS".

3. Iniziative educativo-formative

1. Elaborazione di un vademecum che serva di aiuto alle Chiese locali.
2. Preparazione della Giornata sull'AIDS (1 dicembre 2000).
3. Raduno del gruppo di studio continentale sull'AIDS (30 novembre 2000-1 dicembre 2000).

Coordinatore del programma:
S.E.R. Mons. José L. Redrado, O.H.

GRUPPO DI STUDIO

Rev.mo Mons. Ryszard Selejdak
(Congregazione per l'Educazione Cattolica)

Rev.mo Mons. Jacques Suaudeau
(Pontificio Consiglio per la Famiglia)

Dott.ssa Fiorenza Deriu Bagnato
(Ricercatrice Sociale)

Dr. Guido Castelli
(Ospedale Bambino Gesù)

Dott. Massimo Fantoni
(Università Cattolica del Sacro Cuore)

Dott. Pino Gulia
(Caritas italiana)

Dott.ssa Rosa Merola
(Psicologa)

Dott. Antonio Spagnolo
(Centro di Bioetica dell'Università Cattolica del Sacro Cuore)

Dott. Luca Tuninetti
(Pontificio Consiglio per i Laici)

GRUPPO CONTINENTALE

AFRICA

Rev.mo P. Edward Phillips, M.M.
Tel. 02.441919 - Fax 02.447027
E-mail: phillips@africaonline.co.ke
Kenya

Dr. Benoit Ntari
Tel. 242.830629 - Fax 242.837908
Repubblica del Congo

AMERICA

P. Robert J. Vitillo
Tel. 1.202.5413210 - Fax 1.202.5413329
E-mail: rvitillo@nccbuscc.org
Stati Uniti d'America
Dr. Maria Inez Linhares de Carvalho
E-mail: inez@pontocom.com.br
Brasile

ASIA

Dr. Gracious Thomas
Tel. 91.11.6969347 - Fax 91.11.6962313
E-mail: graciousthomas@usa.net
India
Dr. Kumnuan Ungchusak
E-mail: kum@health.moph.go.th
Thailandia

EUROPA

Dr. Antoni Mirabet
Tel. 34.93.2117046 - Fax 34.93.2123518
Spagna
P. Arkadiusz Nowak
Tel. 48.22.7884825
Polonia

Seminario di studio sul tema:

***L'identità del
Cappellano Cattolico
in Pastorale
della Salute e Sanità
alle soglie
del Terzo Millennio***



22-23 Novembre 1999

***Nova Domus
Sanctae Marthae
Città del Vaticano***

Presso la “*Domus Nova Sanctae Marthae*” in Vaticano,
nei giorni 22 e 23 novembre 1999,
il Pontificio Consiglio ha tenuto un *Seminario di Studio* sul tema:

**L'identità del Cappellano Cattolico
in Pastorale della Salute e Sanità
alle soglie del Terzo Millennio.**

È stato il primo atto di uno dei “Programmi” che il Dicastero
ha formulato nella celebrazione della *IV Assemblea Plenaria* del 1998,
e fa parte del III settore, *MINISTERO della COMUNIONE*,
con l'obiettivo specifico di “*promuovere, orientare e coordinare
l'unione dei cappellani cattolici dei centri sanitari*”,
come esige la Lettera Apostolica istitutiva *Dolentium Hominum*.
I partecipanti sono stati designati dai rispettivi Vescovi Incaricati delle
Conferenze Episcopali Nazionali di provenienza, diversi dei quali
responsabili di “Associazioni Nazionali dei Cappellani in Sanità”.
Queste le quattro relazioni di base che sono state la piattaforma
sulla quale si è mosso il *Seminario di Studio*.

Il sacerdote ministeriale ordinato, Vescovo e Presbitero, nella Pastorale della Salute, alla luce dell'Esortazione Apostolica "Pastores Dabo Vobis"

All'inizio del Terzo Millennio la Pastorale della Salute conosce una carenza di sacerdoti ministeriali. Ciò è dovuto in parte alla mancanza di vocazioni sacerdotali e in parte, forse, anche al fatto che questo ministero sacerdotale non viene ben compreso. In alcuni casi si ha una visione limitata della sua portata e si pensa che ci siano altre priorità da assolvere che non permettono di concentrarsi su qualcosa che si può ritenere periferico.

Esiste, poi, il caso delle Capellanerie ospedaliere affidate, per diversi motivi, a dei laici. In alcune parti si è giunti a pensare che esse siano sufficienti e che non sia più necessaria la presenza del sacerdote ordinato, salvo forse nei casi che riguardano la sua attività strettamente sacramentale, che, tuttavia, alcuni pongono in dubbio, di fronte alla nuova problematica che presenta l'ospedale.

In questo intervento non parleremo soltanto dell'ospedale, ma anche della Pastorale della Salute. Come tutti sappiamo, la prospettiva attuale ha subito un ribaltamento: al centro non ci sono più la malattia e la cura in quanto tale, bensì la salute, le cure, il modo per mantenere e per ottenere la salute. Inoltre, ora si parla meno di ospedali e maggiormente di centri ed istituzioni sanitarie.

In questa prospettiva tutto viene visto a partire da un piano immanentista che non nega la trascendenza ma che, in pratica, non la considera e sembra non averne bisogno per la sua spiegazione. Tutto si centra sulla salute e sui problemi fondamentali dovuti alla mancanza di salute che necessariamente portano alla morte, vengono nascosti e non trattati oltre i semplici dati statistici o il caso clinico.

In questo intervento cercherò di presentare alcuni aspetti del significato del sa-

cerdote ministeriale nel campo della Pastorale della Salute, alla luce dell'Esortazione Apostolica "Pastores Dabo Vobis", che indica come prospettiva quella che va dal Mistero al Ministero. Cercherò poi di partire da alcuni aspetti fondamentali per comprendere il Mistero del sacerdozio ministeriale, per poi svilupparne l'impatto nel Ministero stesso. Il mio intervento sarà, quindi, diviso in due parti; la prima riguarderà il Mistero del sacerdozio ministeriale, e la seconda il Ministero che ne deriva. Nella prima cercherò di suggerire una riflessione sulla carità pastorale a partire da Cristo Capo, Pastore, Servo e Sposo della Chiesa; nella seconda, proporrò alcune idee sul ministero eucaristico, il ministero ecclesiale, e quindi sul ministero salvante del sacerdote ordinato.

1. Il Mistero

Come ho già detto, rifletterò sull'Esortazione Apostolica "Pastores Dabo Vobis" e in particolare sui numeri 21-23, in cui si parla più specificatamente della "Carità pastorale" come costitutiva del sacerdozio ministeriale.

Alla luce di quanto sopra, ci troviamo di fronte ad un'affermazione fondamentale: lo Spirito Santo, mediante l'ordinazione ministeriale, conferma e configura il sacerdote a Cristo Capo, Pastore, Servo e Sposo della Chiesa.

La forma anteriore di esistenza del sacerdote è cambiata e la sua nuova forma fa di lui una figura speciale e distinta dagli altri che riproducono Cristo. Cristo ha una personalità dai molti volti; come modello del sacerdote ordinato emergono i quattro già menzionati: Capo, Pastore, Servo e Sposo. Il sacerdote ministeriale ha una propria specificità che lo di-

stingue dagli altri cristiani i quali, a loro volta, mediante il battesimo sono stati configurati a Cristo, la cui figura è quella di essere Capo, Pastore, Servo e Sposo della Chiesa. Tale configurazione fa di lui un essere sostanzialmente distinto dagli altri cristiani, come vedremo più avanti. Riflettiamo ora su ognuno di questi aspetti.

a) Capo

Curiosamente, in una prospettiva efficientistica della società attuale, dimentichiamo molte volte il significato profondo della stessa efficienza. Intendiamo l'efficienza in un senso meccanico di composizione o ricomposizione; il concetto evolutivo per l'apprezzamento tecnico-scientifico è comune. La materia non è la vera madre del progresso attuale, bensì una fonte dalla quale si traggono elementi che si uniscono o si separano e si manipolano a capriccio. Per l'azione ci lasciamo guidare da consensi che vengono generati da una ripetizione psicologicamente adeguata che presenta una serie interminabile di prodotti d'altro tipo nel mercato globalizzato dell'offerta e della domanda. Sembra che tutto si possa vendere e comprare, perfino il consenso nell'ambito di un soggettivismo totale, auspicato dai mass media.

Il sacerdote, configurato a Cristo Capo, non è solo colui che produce una serie di consensi religiosi nel presentare il prodotto della parola religiosa. Egli produce qualcosa di molto più profondo che va oltre ciò che si potrebbe chiamare un salto qualitativo: produce la vita. E questa vita è l'unica esistente nella sua espressione più profonda, è la vita della Santissima Trinità che viene partecipata all'uomo in una misteriosa coesistenza storica con il Verbo Incarnato nell'esperien-

za storica della sua vita, passione, morte e risurrezione. È porre in una prospettiva universale, e allo stesso tempo singolare, quanto è del tutto singolare ed irripetibile: la Pasqua del Signore Gesù. È il mettere in atto il cosiddetto “universale concreto” unico della storia: la costituzione piena della vita dell’umanità in Cristo che si manifesta mediante lo Spirito e si proietta nella nostra storia rendendola storia di salvezza che cammina progressivamente verso la sua consumazione alla fine dei tempi. Questa efficienza del sacerdote è l’efficienza di Cristo, che non è semplicemente un esempio da seguire, bensì l’unica fonte efficace di tutta la vita dell’universo. Questo è il suo significato come Capo del suo Corpo che è la Chiesa, come principio e fine di tutto ciò che esiste, come Alfa e Omega, come colui in cui tutto ha consistenza, in cielo e in terra (cfr. *Ef* 1, 10; *Col* 1, 15-20; *Ap* 1, 8).

Quando questo si esprime, si esprime in una parola che è contenuto reale, che opera ciò che significa, e questo è il Sacramento, e in una buona novella di questa meraviglia, e questa è la predicazione della Chiesa, la predicazione del sacerdote. Il Sacramento è fondamento della Parola e la Parola spiegazione del Sacramento. Il Sacramento è la realizzazione situata nel tempo storico del suddetto universale concreto della Pasqua di Cristo; tutto ciò esprime la realtà di Cristo come Capo e del sacerdote conformato e configurato a Cristo come Capo.

La possibilità di effettuare il Mistero è conferita dallo Spirito Santo, in quanto questa conformazione configurata è avvenuta mediante l’Amore infinito della persona dello Spirito Santo. Ciò significa il Carattere che lo Spirito ha impresso nel sacerdote ministeriale, che gli dà una distinzione essenziale rispetto agli altri cristiani.

b) Pastore

Questa capacità di dare la vita deve conformarsi a coloro ai quali dà questa vita; questa è la funzione del Pastore. Potremmo dire che la sua funzione es-

senziale è l’inculturazione. Non solo per quanto riguarda la presenza del Vangelo nel cuore di ogni cultura e la sua trasformazione mediante il suo radicamento essenziale in essa (cfr. *Redemptoris Missio*, 52), ma prima mediante la sua inculturazione in ogni persona e popolo in cui il sacerdote realizza la sua azione di dare la vita. È il come, è l’aspetto pastorale della sua funzione.

Ciò comporta la necessità per ogni sacerdote di identificarsi con le persone alle quali porta la vita di Dio. Identificarsi non con superficialità, ma giungere al centro di ogni persona non per contemplarla soltanto, ma per trasformarla per mezzo di questa vita divina di modo che questa vita divina abbia una propria espressione personale distinta nella pluralità delle persone a cui giunge attraverso il sacerdote. La vita divina rimane la stessa, ma riceve una colorazione infinitamente distinta adeguandosi alla vita di ognuno, e giungendo così alla trasformazione intima delle culture dei popoli.

Così si realizza Cristo Pastore secondo il capitolo 10 del Vangelo di San Giovanni: Cristo conosce le sue pecore e queste conoscono la sua voce, la sua Voce è essere il Verbo di Dio, e conoscerla vuol dire identificarsi anche in una cristificazione. Egli così alimenta le sue pecore e dà anche la sua vita per loro (cfr. *Gv* 10, 1-16).

L’essere pastore non è costituito da una sorte di riferimento religioso dell’attuale “know how” tecnico, bensì è la stessa vita divina trinitaria posta in movimento dal più profondo dell’uomo di tutti i tempi. Comprende anche il saper giungere a questo uomo, ma solo come un proemio della Pastorale propriamente detta. Il sacerdote plasma la propria personalità nell’essere il pastore configurato a Cristo e così nell’essere portatore efficace di vita divina.

c) Servo

Lo Spirito conforma il sacerdote a Cristo. E, in ultimi termini, lo Spirito Santo è la volontà di Dio, in quanto Egli è il dono di questa conformazione

e configurazione a Cristo. La volontà di Dio, lo Spirito Santo, è che il sacerdote conduca tutta la sua vita secondo questa conformazione e configurazione a Cristo Redentore. Egli è così il massimo servitore del Padre che ha inviato il Figlio affinché gli uomini di ogni tempo abbiano la vita, e la vita in abbondanza (*Gv* 10, 10). Questo servizio è il tutto della vita del sacerdote, perciò si tratta di un servizio fino al dono totale di sé perché il sacerdote non ha altra vita se non quella di rendere questo vero servizio. È un servitore del Padre mediante la conformazione e la configurazione al Figlio datagli dallo Spirito Santo e, in questo modo, è il pieno servitore dei suoi fratelli. Per questo il sacerdote si configura a Cristo servitore che venne a servire e a dare la propria vita per tutti. Questo è il suo ministero, e per questo il suo sacerdozio si chiama sacerdozio di servizio o ministeriale.

d) Sposo

Il sacerdote è configurato a Cristo Sposo della Chiesa. In questo modo il suo ministero è l’ “Amoris Officium”. Si tratta di un amore assoluto, totale e pieno verso la Chiesa, verso tutti gli uomini. Il suo Ministero e il suo servizio non hanno altro motore se non lo Spirito Santo che è l’Amore infinito di Dio. Si comprende come il suo ufficio non possa essere altro che pieno di amore. Qualsiasi motivazione d’altro genere sarà inappropriata, in quanto la sua ragion d’essere, la sua personalità è una personalità spirituale, amorosa dello Spirito. È questa la sua spiritualità che lo identifica a Cristo che lo fa essere trasparenza della Parola che è il verbo di Dio e lo colloca in piena comunione con il Padre e con il Figlio, in modo tale da comprendere il perché della castità come unione totale ed esclusiva con Cristo e quindi fecondità totale per riprodurre il Cristo pasquale nei fratelli.

Specificata in queste quattro linee la personalità del sacerdote ordinato, in esse troviamo la parola appropriata per descriverle, cioè la carità pastorale.

Tale carità pastorale è la maturazione vitale e intima del sacerdote, tutta la sua attività deve essere frutto e segno della medesima, è un dono, un dovere, una grazia e una responsabilità. Viene richiesta al sacerdote perché la sua attività pastorale sia attuale, credibile ed efficace. Favorisce la sua unità interiore. Gli fa condividere la storia e l'esperienza della Chiesa. Riproduce il mistero trinitario e plasma la sua unità attorno al successore di Pietro e al Collegio episcopale.

2. Dal Mistero al Ministero

a) Ministero eucaristico

Nel secondo capitolo della Costituzione Dogmatica del Concilio Vaticano II, *Lumen Gentium* (10), si parla del sacerdozio di tutto il popolo di Dio e si precisa la distinzione tra il sacerdozio ministeriale ordinato e il sacerdozio reale battesimale di tutto il popolo di Dio. Tra i due esiste una differenza essenziale e non solo di grado. Il Concilio fissa tale differenza essenziale in quattro aspetti presenti solo nel sacerdozio ordinato e che consistono nel fatto che il ministro ordinato:

1. *forma* il popolo di Dio; 2. *regge* il popolo di Dio; 3. *compie* il sacrificio eucaristico; 4. *offre* l'Eucaristia in nome del popolo di Dio.

L'aspetto principale è la celebrazione dell'Eucaristia a cui seguono gli altri tre aspetti. Nella celebrazione dell'Eucaristia, il sacerdote agisce nella persona di Cristo Capo della Chiesa in modo tale da compie-

re il memoriale di tutta l'opera salvifica di Cristo, la cui presenza attuale acquisisce così massima efficacia perché Cristo realizzi oggi la redenzione. Rende presente il Verbo Incarnato, nato da Maria Vergine, con la propria storia, con la propria vita, con la sua predicazione, passione, morte, risurrezione, ascensione ai cieli e la sua attuale presenza gloriosa. Dato che mediante l'azione si giunge all'essere, da questa azione l'essere del ministro, conformato a Cristo Capo, si costituisce come strumento della Pasqua del Signore.

È ovvio che in questo modo Cristo modella tutto il popolo di Dio, in quanto Egli è il modello efficace nella sua concretezza storica che si realizza nell'Eucaristia. È ovvio altresì che in questo modo Cristo conduce tutta l'umanità al Padre, e la regge. Nell'Eucaristia dà la possibilità al Corpo di unirsi al suo Capo e si offre al Padre mediante lo Spirito, costituendo con questa unione il Cristo totale. In questo modo, dalla celebrazione dell'Eucaristia, si segue la modellazione del popolo di Dio e il fatto che questo sia retto e offerto nel sacrificio di Cristo.

Di conseguenza possiamo dire che la differenza più profonda tra il sacerdote ministeriale e il sacerdote reale si fonda sulla celebrazione dell'Eucaristia. È qui che veramente il sacerdote ministeriale, in modo storico e continuo, si identifica in pratica con Cristo Capo, Pastore, Servo e Sposo della Chiesa. Il punto culminante della carità pastorale si realizza in questo modo nell'Eucaristia e da qui scaturisce la stessa Chiesa.

b) Ministero ecclesiale

Nella convocazione da cui risulta la Chiesa, il Padre ci invia la sua Parola che è il Cristo Pasquale di cui parliamo nel Ministero eucaristico. Cristo stesso è la convocazione all'umanità, è la chiamata da cui nasce il popolo di Dio che è la Chiesa, cioè i convocati. Di conseguenza, la fonte della Chiesa è l'Eucaristia e Cristo ci convoca a partire dall'Eucaristia.

Se il sacerdote ministeriale

celebra l'Eucaristia, egli quindi, secondo la propria funzione, convoca a partire dall'Eucaristia la Chiesa, cioè la costituisce. A partire da questa costituzione si capisce da un'altra prospettiva il significato della sua conformazione a Cristo Capo, Pastore, Servo e Sposo della Chiesa.

Questa convocazione è la vocazione dell'umanità attraverso di essa esiste tutta l'umanità, questa è la sua genuina esistenza.

Nelle Sacre Scritture ogni vocazione comporta tre aspetti definiti: 1. per mezzo della vocazione la persona si costituisce nella propria esistenza. Così, attraverso la chiamata divina, il mondo nasce dal nulla e anche l'uomo nasce all'esistenza (*Gen* 1-2); 2. mediante la vocazione si porta a compimento una missione per la quale non si dispone di forze proprie, ma queste ci vengono prestate da Dio che fa l'uomo suo socio in una compagnia intima con lui (*Ger* 1, 8); 3. la vocazione porta con sé la realizzazione di una missione per il bene del popolo di Dio e non si riduce ad una dimensione intimistica chiusa nella propria individualità (cfr. le grandi vocazioni a beneficio del popolo di Dio, Giudici, Re, Profeti: *Es* 3, 10-22; *Gdc* 3, 9 e passim). Tutto questo si realizza in un modo speciale nella chiamata, ad esempio, degli Apostoli, che, in particolare in *Mc* 3, 13-19, sono chiamati perché siano con Cristo, scaccino i demoni e proclamino il Vangelo. La Vocazione di Maria nell'Annunciazione è il paradigma in cui questo triplice aspetto si realizza in modo perfetto (*Lc* 1, 26-38).

Di conseguenza la vocazione tocca, parlando sinteticamente, tre aspetti fondamentali di tutta l'umanità: il suo essere, la sua connessione con Dio e la sua connessione con gli altri.

Quando, di conseguenza, si dice che il ministro convoca nell'Eucaristia l'umanità, la sua convocazione non è semplicemente un'esortazione a seguire Cristo, ma il fondamento del proprio essere con il Signore per il bene di tutti. Questo è un altro aspetto per comprendere la capitalità di Cristo nell'Eucaristia; attraverso



so l'Eucaristia il sacerdote acquisisce una conformazione a Cristo Capo che vuol dire essere il fondamento dell'esistenza dell'umanità rinnovata in Cristo, della vita divina che viene data mediante un'identificazione con Cristo, come Suo Corpo misterioso, e della sua missione universale di servizio per tutti gli uomini.

Questa missione viene attuata mediante Cristo nella propria storicità che oggi misteriosamente si realizza attraverso i segni di detta storicità viva che sono i 7 Sacramenti e che vengono manifestati nella comunicazione della Parola che è la proclamazione del Vangelo che riunisce così, solidamente, la comunione dei credenti e costituisce la Chiesa. La convocazione eucaristica si realizza attraverso i tre canali della Chiesa: la Santificazione, la Parola e la Comunione. In questo modo si configura la vocazione dell'umanità.

La personalità del sacerdote conformato e configurato a Cristo Capo, Pastore, Servo e Sposo della Chiesa è così la personalità di chi, a partire dall'Eucaristia, pronuncia strumentalmente in Cristo la vocazione di tutta l'umanità.

c) Ministero sanante

1) Salute

Al giorno d'oggi abbiamo operato un ribaltamento nel mondo della malattia e della salute. Prima il problema della malattia e la sua cura erano prioritari, ora prioritari sono la salute e la sua conservazione, ossia il suo recupero. Così molte volte si preferisce non parlare di ospedali ma di centri o istituzioni sanitarie. Troviamo come motivazione principale della cultura attuale la salute. Essa entra in pieno nei presupposti del significato della qualità di vita e della quantificazione del benessere di un paese. Molte volte nella divulgazione di questo modo di vedere le cose si privilegia la salute fisica. Ma, a poco a poco, si va allargando la convinzione che il corpo sia un aspetto dell'uomo e che vada considerato nella sua complessità; e così l'attenzione si va centrando anche su aspetti sociali, mentali,

ambientali e perfino spirituali.

In questo contesto, il Pontificio Consiglio per la Pastorale della Salute ha fatto una descrizione di cosa sia la salute: *una tensione dinamica verso l'armonia fisica, psichica, sociale e spirituale e non solo l'assenza di malattia, che mette in grado l'uomo di realizzare la missione affidatagli da Dio, secondo la tappa della vita in cui si trova.*

Tale descrizione si centra sulla vocazione dell'uomo. È una tensione dinamica verso l'armonia strutturale dell'uomo affinché realizzi la missione affidatagli da Dio. La missione cambia in conformità alle diverse tappe della vita. Tale armonia strutturale, cioè fisica, psichica, sociale e spirituale, è ciò che costituisce l'essere vocazionale dell'uomo e, in ultimi termini, la sua realizzazione nella sua conformazione a Cristo morto e risuscitato. Conformazione che è realizzata dallo Spirito Santo. In questo modo la salute temporale fa parte della salute globale che significa, in definitiva, la salute eterna. Così la salute entra in pieno nella convocazione eucaristica della Chiesa. Essa non può restare estranea all'azione sacerdotale, non può essere qualcosa di periferico alla sua azione pastorale, ma si trova radicata nel suo stesso nucleo.

Dentro questa accezione di salute, il dolore e la malattia non vengono respinti, ma assunti nell'accezione della passione e morte di Cristo, come un bene che produce in modo efficace la risurrezione. Ci opponiamo al dolore e alla malattia in quanto ostacolano l'adempiimento della missione che Dio ci ha affidato e, come il Buon Samaritano, ci sforziamo di combatterli con tutte le nostre forze. Pur sapendo che la morte è inevitabile, non vediamo il fine della vita come una luce che si estingue, ma come una lampada che si spegne perché è giunta l'aurora del grande giorno.

2) Capo

In alcuni ambienti della Pastorale della Salute, si vuole ridurre l'azione del sacerdote a quella di un ministro della Parola che cerca, attraverso la sua

compagnia, le sue parole o i suoi silenzi, di essere consolazione efficace per i malati. Quando si incontrano laici a questo più preparati, ad esempio psicologicamente, facilmente si allontana il sacerdote e non si vede come poter integrare la sua azione sacramentale all'interno di un contesto di modernità che agisce con il malato in accordo alle nuove tecniche di terapia psicologica individuale o di gruppo.

L'azione del sacerdote come conformato a Cristo Capo non è quella di proporre suggerimenti puramente religiosi, anche cristiani, che possano consolare o aiutare psicologicamente il paziente in una determinata malattia, bensì agire positivamente a favore di una salute che viene restituita in realtà secondo il piano divino vocazionale, così come lo abbiamo enunciato. I Sacramenti sono le azioni efficaci che realizzano questo impegno. Tutte le risorse delle moderne scienze terapeutiche, la medicina, gli aspetti psicologici e sociologici, non si rifiutano ma si subordinano in una Pastorale della Salute dall'aspetto sacramentale, fortemente curativo e decisivo in un'autentica Pastorale della Salute.

È stata confutata la sacramentalità di altri tempi, affermando che al Cappellano d'ospedale non basta andare con gli oli nella borsa. È certo che si ha bisogno di un'evangelizzazione a partire dal Sacramento perché questo non si trasformi in un rito che non ha significato per l'uomo attuale, ma che avrà sempre un'efficacia reale, secondo la dottrina sacramentale di ogni tempo. Nella Pastora-



le della Salute il sacerdote è la chiave, in quanto si configura a Cristo sanante, a Cristo risuscitato, egli realizza la sua effettività realizzando nel malato il Mistero di questa sua configurazione. Ciò significa la fede piena nella personalità sacerdotale e la fede piena in ciò che il sacerdote realizza. Il suo lavoro nella Pastorale della Salute non è un complemento pietoso alle opere di misericordia che altri possono realizzare al riguardo, ma la fonte di queste stesse opere di misericordia. Il Buon Samaritano è Cristo Capo della Chiesa, che cura in questo modo attraverso il sacerdote. È quindi evidente come sia sbagliato che altre persone, diverse dal sacerdote ministeriale, possano sostituirlo ed essere in senso stretto Cappellani dei centri sanitari.

3) Pastore

Il sacerdote come Cristo Pastore deve conformarsi all'uomo attuale e, nella Pastorale della Salute, all'uomo in stato di malattia e salute. Tale aspetto integra il precedente e dà tutta la sua forza al significato profondo del Sacramento. Questo deve essere significativo per l'uomo concreto, quindi nella sua amministrazione deve essere adattato alle circostanze concrete che il malato attraversa. Di qui l'importanza delle scienze della comunicazione, della psicologia e, soprattutto, della grande umanizzazione della medicina che l'azione pastorale contiene. Il Sacramento appare come autentica Buona Novella della salvezza per l'uomo in stato di salute e di malattia e, come tale, deve essere a lui proposto. Di qui la forza di tutte le tecniche ideate per portare e rendere significativa al malato la salute offerta da Cristo, e portarla anche all'uomo in salute per indicargliene il senso e il valore reale. L'essere pastore si colloca a partire dalla virtù dell'Obbedienza come un "Ob audire", come un ascoltare e stare attento al significato salvifico dell'azione ministeriale. Questa obbedienza si esige da parte del destinatario dell'azione pastorale e dello stesso sacerdote; è un'obbedienza che configura la carità pastorale come un'obbedienza amorosa che

ascolta attentamente la Parola salvifica reale ed efficace che è la Pasqua di Cristo e che, in questo modo, modella il popolo di Dio ad immagine e somiglianza di Cristo morto e risuscitato.

4) Servo

Il Ministero sanante è il Servizio sanante. Come ben sappiamo, Ministero è Servizio. Il Servizio deve essere quello del Servo di Yahvè sofferente (*Is 53*), che porta in sé tutte le nostre sofferenze e carica sulle sue spalle la croce di tutti i nostri mali. Il sacerdote così dà ragion d'essere al dolore. Il dolore, come una cosa in sé cattiva, mediante il dolore del Servo di Yahvè si trasforma in fonte di vita e risurrezione e quindi in una cosa buona. Insieme al senso della salute il sacerdote dà anche il senso del dolore, non come una semplice spiegazione teorica, bensì come una spiegazione pratica, operando ciò che dice. Specialmente l'Unzione dei malati è un Sacramento in cui il malato si cristifica per assumere il proprio dolore e, nel caso, la propria morte conformato a Cristo, e trovare in esso la fonte di risurrezione. Il Sacramento dell'Unzione dei malati sdoppia in questo modo il Sacramento dell'Eucaristia e lo applica nella sua virtualità di una morte impregnata di risurrezione. Lo Spirito Santo fa sì che la conformazione alla volontà di Dio nella morte sia un rimettere in modo generoso e totale il proprio spirito nelle mani del Padre per ricevere in seguito la risurrezione.

Da parte del sacerdote si esige la virtù dell'umiltà per riconoscere che non c'è nessuna soluzione umana al problema della morte, e che l'unica soluzione è la risurrezione di Cristo, Dio e uomo. Non sono le parole consolatrici del sacerdote quelle che daranno la "rassegnazione" di fronte all'inevitabile, ma la stessa realtà misteriosa e oscura di Cristo morto e risuscitato. Il sacerdote deve con misericordia conformarsi al malato che soffre non solo per pregare assieme a lui, ma anche per offrirgli nella fede l'unica soluzione possibile. Come pastore, dovrà adeguarsi

ai tempi del malato scegliendo il modo migliore per farlo, ma non astenersi dal dare la soluzione con il pretesto che di fronte alla grandezza del dolore umano l'unica cosa da fare è accompagnare in silenzio e modestamente le sofferenze indicibili. Ciò equivarrebbe a mancanza di fede e a codardia di fronte alla testimonianza definitiva da dare nel momento più difficile e cruciale. Non si tratta di "consolare" e di trovare solo il modo psicologico per farlo, ma di dare il contenuto efficace della nostra fede nel momento in cui ce n'è maggiormente bisogno. È questo il grande servizio che ci si aspetta dal sacerdote e che egli rende nella stessa Eucaristia significata nel Viatico che il sacerdote accompagna e rende doppiamente visibile nel significato specifico applicato a quel malato: il Sacramento dell'Unzione dei malati.

5) Sposo

L'autenticità del Ministero sacerdotale viene provata nell'amore assoluto e totale, nella dedizione a Cristo stesso nell'uomo in stato di malattia e salute. La motivazione per esercitare questa Pastorale non è diversa da quelle dello stesso sacerdozio ministeriale: è la carità pastorale intesa come amore pieno e totale. Di qui si comprende la castità sacerdotale come dedizione fino alla morte, come un obbligo totale di amore, come il cosiddetto "Amoris Officium", fino al limite, al termine della vita nella stessa morte per giungere alla pienezza della risurrezione.

Mediante questo amore ha senso e solidità la virtù della speranza. Tutta la Pastorale della Salute si fonda imprescindibilmente sulla virtù della speranza. Solo con una speranza inamovibile nella risurrezione si acquisisce la gioia del servizio e l'amore dell'attesa per lo sposo che giunge nel momento della morte con tutta la gioia della risurrezione. La Chiesa tutta si precipita all'incontro del suo Sposo e vive in pienezza la Parola rivelata mediante la quale la Sposa dice allo Sposo alla fine dei tempi, dei suoi tempi: "Vieni Signore Gesù" (*Ap 22, 20*).

Abbiamo cercato di delineare alcune idee sul Mistero del sacerdote ministeriale e, a partire da questo Mistero, seguendo la prospettiva dell'Esortazione Apostolica "Pastores Dabo Vobis", arrivare al Ministero sanante del sacerdote ordinato. Tale Mistero misterioso è un Ministero che nel giungere al concreto, in particolare al sacerdote, vuol dire la sua missione individuale, certo, ma che non si può realizzare senza una prospettiva più ampia e collettiva. Il Vescovo realizza la missione nella sua Chiesa particolare, ma non lo fa da solo, bensì con il suo Presbiterio, con quanti esercitano il proprio sacerdozio ministeriale che è alla base della sua Chiesa particola-

re. La realizza il Presbitero, ma non può farlo se non in unione piena con il suo Vescovo e con gli altri fratelli Presbiteri. Che il Presbitero sia religioso o diocesano non fa qui alcuna differenza: entrambi appartengono al Presbiterio del Vescovo, secondo i propri diversi carismi, per realizzare la loro azione pastorale. La realizza il Papa, ma come fondamento visibile di tutta la Chiesa, cioè come radice e fondamento dell'unità cattolica. Egli lo fa collegialmente con ognuno e con tutti i confratelli Vescovi, come Capi delle loro Chiese particolari, e con ognuno e tutti i Presbiteri, uniti al proprio Vescovo e ai fratelli Presbiteri della Chiesa particolare, tutti aperti dalla prospetti-

va pontificia all'unità della cattolicità universale. In questo modo, partecipando alla stessa missione pontificia, la realizza anche il Pontificio Consiglio per la Pastorale della Salute.

Per realizzare una missione è necessario comprenderla sempre più profondamente. Forse queste idee permetteranno di progredire nella comprensione del misterioso Ministero eucaristico sacerdotale ed ecclesiale della Pastorale sanante della Salute.

S.E. Mons. JAVIER LOZANO
BARRAGÁN
*Arcivescovo-Vescovo emerito
di Zacatecas
Presidente del Pontificio Consiglio
per la Pastorale della Salute
Santa Sede*

Identità del Cappellano Cattolico in Pastorale della Salute alle soglie del Terzo Millennio Riflessione teologica

Introduzione

Il tema dell'identità del Cappellano Cattolico nella Pastorale della Salute è oggi di grande attualità, particolarmente nelle Chiese dove si nota un grande calo delle vocazioni sacerdotali e nelle quali ci si pone la domanda, sulla base di una ecclesiologia di comunione, se non sarebbe il caso di pensare ad altri modelli della figura del Cappellano¹. La crisi di identità attuale del Cappellano ospedaliero va collocata nel vasto contesto della crisi di identità del sacerdozio ministeriale in se stesso. Quindi, volere precisare l'identità del cappellano richiede anzitutto puntualizzare la questione dell'identità del sacerdozio ministeriale nel suo rapportarsi al sacerdozio comune dei fedeli. Mi sembra che sia proprio lì il nocciolo del problema.

L'ecclesiologia di comunione colloca il Ministero ordinato all'interno della vita del popolo di Dio, ma non per cancellarne la specificità. D'altra

parte in una prospettiva ecclesiological di comunione non si può pure trascurare la collaborazione dei laici nella realizzazione dell'unica missione di Gesù Cristo. Il contesto odierno richiede, quindi, di precisare i fondamenti di questa relazione che intercorre tra i due Ministeri in vista dell'edificazione della "famiglia di Dio".

Supponendo l'ecclesiologia di comunione come base della nostra relazione per delineare alcuni punti chiave del tema a noi affidato, partendo proprio da elementi storici che hanno contribuito alla formazione dell'identità del Cappellano ospedaliero proprio per evitare di progettare sui problemi della nostra epoca un'interpretazione non fondata nei dati biblici e neppure storicamente, cercheremo di delineare gli elementi fondamentali che hanno caratterizzato la comprensione cattolica del cappellano ospedaliero (2) e poi, in seguito, chiederoci quale luce possiamo ricavarne per la comprensione dei problemi sollevati oggi attorno alla fi-

gura del prete come Cappellano ospedaliero (3). Ma occorrerà forse innanzitutto collocare questa difficoltà a tracciare l'identità del Cappellano nella crisi generale che caratterizza la riflessione odierna sul sacerdozio (1).

In questo modo intendo mettere a disposizione elementi e criteri teologici basilari che oggi vengono spesso trascurati nel dibattito attuale. In questo dibattito sull'identità del Cappellano ospedaliero del Terzo Millennio non si



può costruire sul prato verde. Il fondamento ci è dato in Gesù Cristo una volta per tutte. Un altro fondamento non può darcelo nessuno e ognuno dovrebbe stare attento a questo dato nella configurazione che si dà dell'identità del Cappellano (1 Cor 3, 10s.).

1. Considerazioni sulla situazione attuale del Cappellano ospedaliero

La necessità di precisare l'identità del Cappellano ospedaliero si fa sentire oggi in modo particolare specialmente per il fatto che il Ministero ordinato è venuto a trovarsi soprattutto dalla seconda metà del nostro secolo in poi in una situazione di crisi in buona parte delle chiese occidentali (Europa e Nord America).

Un primo dato possiamo trovarlo nel calo dei numeri dei candidati all'ordine sacerdotale. Non ci si può non inquietare se si sa inoltre che una buona parte dei preti attuali sono già avanzati in età e che per altro molti di loro, anche quelli giovani, si sentono di lavorare troppo e in un clima di non successo, di rassegnazione e frustrazione in un mondo molto secolarizzato e indifferente. Questo fatto può avere un certo impatto. Ma occorre subito dire che buona parte dei preti si sente realizzata nel proprio Ministero. E che il calo dei preti va pure inquadrato nel quadro generale della crisi di fede e del calo dei membri delle nostre comunità. Questa crisi può avere molte cause e occorre, quindi, evitare le semplificazioni e generalizzazioni troppo frettolose.

1.1. Motivi della crisi

Una delle cause fondamentali da nominare sembra essere una mancanza di chiarezza teologica. Sotto questa prospettiva le radici della crisi stanno da una parte in una recezione unilaterale e superficiale dell'ecclesiologia del "popolo di Dio" e di comunione del Vaticano II² con una conseguente interpretazione unilaterale del rapporto tra sa-

cerdozio comune di tutti i battezzati e sacerdozio ministeriale³. Dall'altra parte, si dovrà dire che un'ulteriore radice è di tipo ideologico e si trova nella rivoluzione culturale che avviene alla fine degli anni Sessanta inizio Settanta. Essa consiste in un trasferimento delle rappresentazioni democratiche alla Chiesa⁴ con una critica ideologica delle istituzioni, o meglio con una sfiducia nelle istituzioni che caratterizza in questo periodo non soltanto la situazione ecclesiale ma la società in genere.

In questo contesto, dunque, si capisce che mentre il Vaticano II ci offre una bella teologia della Chiesa come "popolo di Dio" mettendo in relazione il sacerdozio comune dei fedeli con il sacerdozio ministeriale (LG, 10-11; 34-38 specialmente), alcune interpretazioni teologiche cercheranno di mettere in contrapposizione i due tipi di sacerdozio⁵. O ancora si è cercato di mettere in evidenza una certa contraddizione tra il capitolo III della LG che tratta della costituzione gerarchica della Chiesa e il capitolo II che descrive i carismi all'interno della vita del popolo di Dio e richiama a prendere sul serio il senso della fede dei credenti. Inoltre, dentro al sacerdozio ordinato stesso, se sembra chiaro il rapporto di collaborazione dei preti al sacerdozio del Vescovo, rimane però poco chiaro il rapporto con il diacono, di cui il concilio parla nella *Lumen Gentium* 29 e nella *Christus Dominus* 15.

Molto spesso si incontra l'opinione che tutte queste questioni si risolvono da sé mediante la pratica (nella Pastorale) sia tramite delegazioni dei compiti, che fino ad ora spettavano solo ai preti, alla comunità e ai laici⁶. Certamente nella pratica si possono risolvere molti problemi, ma occorre pure dire che spesso soluzioni che sembrano essere puramente pratiche pastorali possono avere un seguito di conseguenze ed implicazioni teologiche fondamentali. Se vogliamo evitare confusioni e incomprensioni, si dovrebbe quindi pensare la pratica sotto la prospettiva teologico-fon-

damentale, cioè partendo da principi teologici fondamentali. Abbiamo bisogno di una concezione globale, integrale del sacerdozio, e solo dentro ad essa si può meglio capire la figura del Cappellano ospedaliero. Allora la discussione attorno ad essa può essere colta come un kairòs nel quale rinasce una nuova figura di Cappellano ospedaliero del Terzo Millennio. Perciò, nel confrontarsi ai problemi odierni, non intendiamo lavorare in modo puramente apologetico, ma in una prospettiva costruttiva e creativa.

1.2. Figure di sacerdozio che hanno segnato la seconda metà del XX secolo

L'ecclesiologia di comunione del Vaticano II ha profondi radici nella storia della teologia cristiana. La sua riscoperta, però, avvenne solo all'inizio di questo secolo. Tale riscoperta era accompagnata da una ricerca profonda da parte dei teologi, soprattutto durante la Seconda Guerra Mondiale, di trovare una figura di sacerdote che sia più vicina alle vicende del popolo cristiano⁷. A determinare questa figura di sacerdote saranno soprattutto teologi come Yves Congar e Marie Dominique Chenu, ma un appoggio a tale approccio verrà soprattutto dal Cardinale Suhard⁸. Ma alcune interpretazioni radicali di una tale prospettiva porteranno a ridurre il Ministero sacerdotale ad una semplice presenza nei luoghi dove non si fa nessuna predica e dove non si celebra nessun sacramento, e della bella teologia dei padri fondatori rimarrà solo quanto si chiamerà la dimensione salvifica dell'incarnazione, cioè che la salvezza sta nel semplice fatto che il salvatore è venuto nella nostra carne... Quindi basterebbe per inaugurarla che il prete sia presente lì dove vivono quegli uomini che non conoscono Gesù Cristo, come egli stesso ha vissuto prima della sua vita pubblica a Nazaret.

A questa radicalizzazione reagì la teologia di Padre Michel Laboudette, O.P., che contesta proprio la riduzione

del Ministero del prete ad una semplice presenza: “Non sarà quindi tramite la semplice presenza e così come per contatto che il prete, in quanto prete, santificherà, ma è propriamente tramite il suo ministero, l’annuncio della parola e la celebrazione del culto salvifico”⁹. Il problema che era così sollevato era proprio quello della natura del presbiterato, “in quanto esso è un potere, [l’ordine] è ordinato a degli atti che hanno per oggetto proprio la santificazione del popolo di Dio, l’espansione e la diffusione della grazia cristiana nella Chiesa”¹⁰. Ma una tale risposta lasciava pure irrisolta la domanda per sapere se la missione pastorale dei preti non deve niente alla loro consacrazione. È, quindi, in questo contesto che verrà fuori il decreto sul Ministero e la vita dei preti (*Presbyterorum ordinis*) alla vigilia della chiusura del Concilio Vaticano II il 7 dicembre 1965.

In breve, questo documento dice che i preti, in quanto collaboratori dei Vescovi, devono condurre “la vita apostolica” praticando “la carità pastorale”, cioè agire “in persona Christi capitis” (*PO* 2; *LG* 10). Il loro primo compito, che è quello di evangelizzare, è indissociabile dal loro Ministero eucaristico, e i due sono correlati al loro terzo compito, che consiste nell’esercizio della “funzione di Cristo Testa [Capo] e Pastore” (“*Repraesentatio Christi capitis*”), cioè rendere presente sacramentalmente l’azione salvifica di Cristo capo nella Chiesa ed impegnarsi perché essa sia visibile nel mondo¹¹. Il tema della “*Repraesentatio Christi capitis*” mette in evidenza il fondamento teologico e l’essenziale della comprensione cattolica del Ministero del prete nella Chiesa cattolica. L’Apostolo Paolo in *2 Cor* 5, 14-20 mette bene in evidenza non solo l’unità tra annuncio del Vangelo e i ministri della riconciliazione. Questa unità si fonda nel fatto che nel Ministero dell’Apostolo è Gesù Cristo stesso, risorto e innalzato alla destra del Padre, che agisce nella potenza dallo Spirito: “Siamo mandati al posto

di Cristo ed è come se Dio stesso esortasse per mezzo nostro” (*2 Cor* 5, 20)¹². Sant’Agostino ha meglio formulato questo dato quando dice che “*Christus est qui praedicat*”, “*qui baptizat*”, “*qui consecrat*”¹³. In questo senso si è parlato di Cristo stesso che si comunica nella potenza dello Spirito Santo.

Però, occorre subito precisare che questo carattere di “*repraesentatio Christi*” si può dire in una certa misura di ogni cristiano. Ogni battezzato ha rivestito Cristo, vive in Cristo e Cristo vive in lui. Quindi è ogni cristiano che deve rendere Cristo presente per l’altro in parole e in opere. Come abbiamo già detto per il Concilio Vaticano II, tutti i battezzati partecipano al triplice Ministero di Cristo e costituiscono un popolo profetico, sacerdotale e regale (*1 Pt* 2, 5-10). È tutto questo che intendiamo quando parliamo del sacerdozio comune di tutti i battezzati. Certamente la Chiesa nella sua totalità è corpo di Cristo, famiglia di Dio e quindi “*repraesentatio Christi*” nel mondo, sacramento, cioè segno e strumento di Dio nel mondo e per il mondo.

Questa insistenza sulla responsabilità comune di tutti i cristiani ha portato, come abbiamo già detto, alla domanda: “Cosa rimane ancora di specifico al sacerdozio ministeriale? Qual è il suo proprio? Il prete non verrebbe allora ridotto solo ad un rappresentante della comunità, cioè della Chiesa, e quindi una espressione della volontà della maggioranza che vi si manifesta?”¹⁴. La relazione di Sua Eccellenza Mons. Javier Lozano Barragán ha messo bene in evidenza questa problematica sottolineando la specificità del sacerdozio ordinato. Vorrei qui solo accennare al fatto che dalla teologia di Paolo si può ricavare una risposta chiara a queste domande. La responsabilità comune di tutti non significa che nella Chiesa tutti possono fare tutto. Ma ogni carisma ha il suo compito specifico nell’edificazione della famiglia di Dio (*Rm* 12; *1 Cor* 12).

Dalla lettera agli Efesini (*Ef*



4, 12) si capisce che il Ministero sacerdotale è un servizio per e agli altri servizi. Così si può dire che il sacerdozio ministeriale non è solo “*repraesentatio Christi*” in un senso generale, ma “*repraesentatio Christi Capitis Ecclesiae*”. Nel senso pieno della parola tale Ministero è proprio dei Vescovi in quanto successori di Apostoli (*LG* 21). I preti, secondo il Concilio Vaticano II, sono descritti come collaboratori, aiutanti, organi, ma anche figli, fratelli e amici di Vescovi (*LG* 28, *PO* 2, *CD* 30). Rappresentano il Vescovo (*SC* 42, *LG* 28). Sembra che sia proprio questa prospettiva che costituisce l’idea fondamentale del decreto conciliare *Presbyterorum ordinis*¹⁵.

Infatti nella *PO* 6 si dice: “Esercitando la funzione di Cristo capo e pastore per la parte di autorità che spetta loro, i presbiteri, in nome del vescovo, riuniscono la famiglia di Dio come fraternità animata nell’unità, e la conducono al Padre per mezzo di Cristo nello Spirito Santo”¹⁶. Con questa “*repraesentatio Christi Capitis*”, il Ministero sacerdotale esprime nello stesso tempo il fatto che la Chiesa non esiste a partire da se stessa, ma da Gesù Cristo. Esso sta come segno del fatto che nessuno si dà da sé la grazia salvifica. Essa è un dono di Dio solo, non è una produzione umana. Fin qui la nostra prospettiva è partita dall’alto, cioè dalla *missio* di Gesù dal Padre, e vede il Ministero sacerdotale come inserito nella logica di questa missione. Però, questo approccio deve esser completato da quello che parte dal basso e vede il

Ministero sacerdotale come inserito nell'agire di Gesù Cristo, il quale, mediante lo Spirito Santo, vivifica, santifica e guida la Chiesa verso il Padre.

Nella celebrazione eucaristica vengono messe in evidenza molto bene queste due dimensioni. Da una parte il ministro agisce "in persona Christi" e può pronunciare le stesse parole di Cristo "questo è il mio corpo", "questo è il mio sangue". Dall'altra parte egli parla e agisce anche in nome della Chiesa portando verso Dio le offerte della comunità¹⁷. I Padri erano particolarmente attenti a questo fatto. Per Cipriano, ad esempio, "il Vescovo è nella Chiesa e la Chiesa è nel Vescovo"¹⁸. La stessa realtà viene formulata presso Agostino in altre parole: "Per voi sono vescovo, con voi sono cristiano"¹⁹. Questa rappresentazione non pone quindi il Vescovo al di sopra della comunità o staccata da essa. Ecco perché Cipriano dirà che egli non vuole fare niente senza il consiglio del clero e l'accordo del popolo²⁰. Il Ministero sacerdotale si trova quindi in servizio degli altri carismi. In questo senso il Concilio Vaticano II è riuscito ad andare oltre un certo clericalismo e ha tentato di porre i germi per una collaborazione fiduciosa tra pastori e laici all'unico Ministero di Cristo e invita i pastori ad ascoltare i laici (LG 37; PO 9). Il Concilio apriva anche una prospettiva per pensare vie di collaborazione responsabile tra i vari Ministeri. Non si tratta, qui, di una concessione alla mentalità democratica predominante, ma di una esplicitazione e realizzazione della Chiesa come famiglia di Dio e comunione. Però occorre dire che, oltre a dare un impulso alla vita di molti sacerdoti, il decreto conciliare non è comunque riuscito a chiudere il dibattito sulla teologia del sacerdozio²¹.

Partendo dal fatto che la *Presbyterorum ordinis* dà una certa priorità all'annuncio del Vangelo (mentre Trento faceva del sacrificio della messa il primo e più importante compito del Ministero del prete), taluni hanno voluto sottovalutare il carattere sacrificale del

Ministero sacerdotale, dimenticando che proprio la *PO* intende il servizio al Vangelo come parte integrante del culto cristiano poggiandosi su Rm 15, 16²². Il documento della Commissione Teologica Internazionale del 1971²³, alla redazione del quale partecipò Hans Urs von Balthasar, aiutò a superare questa dicotomia tra Ministero della Parola e Ministero dell'Eucaristia. Questo è possibile se si concepisce il Ministero sacerdotale come il servizio della potenza attiva, propriamente escatologica, della Parola di Dio – Gesù Cristo morto e risuscitato – i cui segni sensibili sono l'annuncio del messaggio evangelico e i gesti sacramentali.

Alla domanda di sapere quale sia l'elemento essenziale del sacerdozio ministeriale, il Padre Emile Pin²⁴, S.J., troverà una risposta nella distinzione tra la "funzione di presidenza (praeesse o praesidere) della comunità cristiana" e quella di presidenza dell'Eucaristia. Egli non precisa però il tipo di rapporto da stabilire tra i due tipi di presidenza. Ma va presa in considerazione proprio qui l'indicazione della *PO* secondo la quale i preti, in quanto partecipano all'unico sacerdozio e all'unico Ministero di Cristo²⁵, sono congiuntamente ministri della Parola di Dio, ministri dell'Eucaristia e capi del popolo di Dio. Queste tre funzioni formano un tutt'uno. Non sono separabili l'una dall'altra come non sono separabili i tre titoli cristologici di Cristo, prete, profeta e re, dai quali esse derivano²⁶. Questo radicamento dell'identità del prete in Cristo mira a ricordare alla Chiesa che il suo agire salvifico non scaturisce da essa stessa e neppure da un maggiore "consensus fidelium" o dalla nostra capacità di convincere gli uomini della veracità del Vangelo, di radunarli nell'unità nella fede e condurli alla salvezza, ma ha la sua fonte solo in Cristo, il quale rimane presente in mezzo a noi nella potenza dello Spirito Santo (LG 10-12; 20s.; 31-36).

Una volta che scompaiono questi dati cristologici e pneumatologici fondamentali, sor-

ge allora la questione della crisi dell'identità del prete. Papa Giovanni Paolo II ha sottolineato tale fatto insistendo nello stesso tempo sull'identità cristologica ed ecclesiale del prete²⁷, tracciando così la prospettiva dei dati permanenti della comprensione dell'identità sacerdotale.

Questa evocazione sommaria delle questioni poste alla teologia del sacerdozio durante il periodo contemporaneo ci invita a "ritrovare non solo il prete, ma anche la figura del Cappellano ospedaliero nella sua originalità, specificità originaria". Come lo sguardo sulla storia ci può aiutare a circoscrivere tale originalità? Cercheremo di localizzare gli elementi fondamentali dell'identità del Cappellano innanzitutto attraverso la storia della formazione della figura del Cappellano ospedaliero e poi mettendo in evidenza una serie di concetti chiave. Una questione guiderà la nostra ricerca, cioè come la tradizione della Chiesa concepisca la Pastorale dei malati.

2. La cura dei malati e il carattere di rappresentazione del Cappellano ospedaliero: fondazione della sua identità sacerdotale

Per la comunità cristiana la cura dei malati appartiene, fin dai suoi inizi, ai suoi obblighi fondamentali²⁸. Essa fonda tale compito nelle parole stesse di Gesù che raccomanda di prendersi cura dei malati (Mt 25, 31-46) e continua così, come Gesù stesso ha fatto nel suo comportamento verso i malati, a combattere ogni loro marginalizzazione (Mt 1, 40-45) e, tramite un incontro globale con la persona, a sopprimere il peccato e la malattia come segno di uno stato di profonda mancanza di salvezza (come segno di grande male)²⁹. Certamente in questa prospettiva le tradizioni giudaiche, come la visione secondo la quale il prete esercita, in quanto rappresentante di Dio, la potenza di Yahweh sulla malattia, la guarigione³⁰ e il pensiero di "cura" proveniente dalla tera-

peutica greca (preoccuparsi della sofferenza dell'altro, dello straniero)³¹, hanno giocato un certo ruolo, ma fondamentale è stata la determinazione cristologica: nel malato è il volto di Cristo sofferente che ci viene manifestato sollecitando il nostro amore³².

Nella comunità delle origini l'educazione, la terapia, la cura dell'anima e annuncio non sono attività chiaramente distinte le une delle altre³³. Questo si mostra già nelle fonti ove si parla della cura spirituale degli ammalati. Essa viene citata nella descrizione dei compiti cristiani come una delle opere di misericordia e viene spesso usata in una prospettiva apologetica o nel contesto delle regole normative per il comportamento cristiano.

Occorre dire che l'amore cristiano per i malati presuppone una nuova concezione, valutazione, visione della malattia stessa. Nella medicina greca come viene determinata da Ippocrate si parla anche dell'ammalato in quanto tale e la preoccupazione di chi ne prende cura è anzitutto indirizzata agli amici e alla loro personalità, ma non a tutti gli uomini malati³⁴. Per l'amore cristiano, invece, si tratta dell'ammalato in quanto creatura di Dio e prossimo, volto concreto di Gesù il Cristo. Considerato come immagine del Dio incarnato e della passione di Cristo, l'ammalato gode di una attenzione e considerazione speciale. Così si capisce perché la lettera di Giacomo colloca tra i primi compiti del Vescovo e degli anziani quello di visitare gli ammalati e i poveri (spesso questi due vengono citati insieme), di pregare per loro e di ungerli con l'olio nel nome del Signore (Unzione degli infermi) e di rimettere loro i loro peccati (Gc 5, 14s.).

Pregghiera, unzione con olio consacrato, confessione e perdono dei peccati, probabilmente anche legato con la cena (agape fraterna), appaiono qui come gli elementi costitutivi della cura spirituale degli ammalati. Essi rimandano ad una comprensione della malattia come un complesso di relazione tra fragilità corporale e debolezza spirituale. Que-

sto manifesta come fin dagli inizi la cura dei malati non fu compito di tutti i cristiani, ma soprattutto di ministri ben specifici.

Nella letteratura postapostolica gli anziani vengono sempre di più esortati a non trascurare i malati³⁵. Proprio perché diventa sempre più difficile per i Vescovi e per gli anziani visitare tutti gli ammalati sono formulate le prime regole di comportamento³⁶. Durante le grandi epidemie che colpirono violentemente la città di Roma nel II e III secolo d.C., si manifestò con grande chiarezza come la cura dei malati fosse una grande espressione della *sequella Christi*. Così si esprime Dionigi di Alessandria: "Senza paura, essi [i cristiani] visitavano i malati, li servivano con amore, li curavano secondo i comandamenti di Cristo e con gioia si separavano con loro da questa vita... Questo modo di morire è da vedere come frutto di una profonda vita spirituale e di una solida fede in nessun modo però paragonabile alla morte tramite il martirio..."³⁷. In questo contesto si delineano due tendenze: una che considera la malattia come una prova per la fede e la pazienza dell'ammalato, l'altra che ritiene che chi cura l'ammalato possa sperare per il suo servizio gratuito una ricompensa celeste. Occasionalmente troviamo Vescovi che sono pure medici e si appoggiano alla tradizione che risale a Mc 2, 17 e che parla di "Cristo medico"³⁸. Così si sviluppò l'analogia tra la cura dell'anima e la medicina: come la malattia viene letta quale espressione del peccato, così pure il peccato viene descritto come malattia. Pregghiera e penitenza sono allora capite come medicina³⁹.

Nel IV secolo d.C. vengono piano piano eretti ospedali nei quali sono presi tutti i bisogni: stranieri, poveri, vedovi, orfani e ammalati⁴⁰. Essi si trovano sotto la responsabilità del Vescovo. Specialmente i monaci si dedicano in modo particolare alla cura degli ammalati e dei poveri. Al convento viene spesso affidato anche un sanatorio. Sotto l'influsso dei monaci si lascia

percepire un forte legame tra la cura dei malati e la disciplina ecclesiastica, dove si può osservare lo sviluppo dell'unzione dei malati, che si mostra pure nelle regole dei monaci sul modo di comportarsi verso i malati.

La regola benedettina, per esempio, fa della cura dei confratelli ammalati un dovere speciale per la comunità⁴¹ poiché il servizio all'ammalato è servizio a Cristo stesso nel senso di Mt 25. In un commento alla regola benedettina del IX secolo si dice che l'abate deve fare tutto affinché "i malati confessino i loro peccati, ricevano i sacramenti, ascoltino regolarmente la messa; che essi siano visitati, consolati ed incoraggiati"⁴². Possiamo capire queste prescrizioni e questo rigore solo se prendiamo in considerazione la concezione della malattia in questo tempo nei monasteri: la malattia viene vista come un mezzo disciplinare per la salute. La cura dei malati e la Pastorale dei malati hanno perciò soprattutto un carattere religioso-morale. Anche il medico è obbligato a lasciare i pazienti prima di tutto confessarsi e solo dopo gli è consentito trattare il corpo: la medicina terrena può agire solo quando l'uomo è spiritualmente puro⁴³.

Fin quando l'ospedale rimase parte del convento, era evidente che la Pastorale dei malati faceva parte della cura dei malati. Nel XII e XIII secolo si formano nuovi tipi di ospedali. Nelle nuove città si incontrano molti più poveri e malati. Tocca ora alla comunità intera prenderne cura.



Nello stesso tempo, tramite la riflessione sulle crociate e il movimento dei poveri, si forma una nuova valutazione dei poveri e degli ammalati come “domini nostri pauperes”. Una dichiarazione papale descrive la cura dei malati come “pauperum Christi servitium”⁴⁴. In questo contesto nascono ordini religiosi che intendono proprio realizzare l’amore di Cristo e del prossimo tramite il servizio ai malati. Rimane ancora forte la visione secondo la quale, tramite la malattia, l’anima viene messa alla prova e illuminata. La malattia è una medicina spirituale la quale conduce l’ammalato alla perfezione (2 Cor 12, 9). Rimane pure evidente che ogni cura degli ammalati inizia con la confessione e l’Eucaristia. Quanti prendono cura dei malati si guadagnano un prezzo nel cielo; la loro attività è una contemplazione della sofferenza di Cristo e tramite essa giungono alla perfezione.

Questo sistema della Pastorale dei malati legato strettamente alla confessione e all’autorità del prete rimane immutabile fino al XVI secolo⁴⁵. Con Lutero, la Pastorale dei malati riceve fondamentalmente un carattere di accompagnamento, sostegno e consolazione. La confessione perde il suo rigore e viene considerato come un evento gioioso di incontro, nel quale non c’è più bisogno del prete, ma che necessita la presenza di un qualsiasi cristiano⁴⁶. Però occorre segnalare che già presso Lutero stesso il carattere ecclesiale non viene totalmente cancellato e nelle Chiese luterane del XVI secolo si nota ancora il legame forte tra cura pastorale e ministri ecclesiali. Questo è ancora più evidente nelle Chiese riformate in Svizzera. Comunque si nota un grande interesse per la Pastorale dei malati, dei carcerati e dei poveri. Nelle grandi città vengono costituiti parroci solo per gli ospedali. Nell’ambito pietista, la malattia viene vista soprattutto come tempo opportuno nel quale il malato si può aprire alla parola di Dio e convertirsi. La Pastorale viene fondamental-

mente orientata alla conversione: “l’ammalato deve sopportare con pazienza le sofferenze... abbandonarsi a Dio, lasciare il mondo con gioia... cercare di assomigliare sempre di più all’immagine di Cristo nella sofferenza... rimanere fedele fino nella morte”⁴⁷. Ma nello stesso tempo si verifica all’interno del pietismo stesso una comprensione della Pastorale per i malati come conversazione libera nella quale vengono prese sul serio le necessità dell’ammalato. Essa viene concepita come espressione dell’amore di Dio che libera e compatisce con il sofferente. Vengono così introdotti nuovi aspetti, cioè quelli dell’individualità della persona e della sua libertà. La Pastorale protestante fino a Schleiermacher sarà determinata da questi due principi.

Nel contesto del razionalismo, lo scopo della cura pastorale dei malati viene articolato attorno alla figura del Pastore come amico e buon compagno nella sofferenza. La malattia viene vista come una realtà interamente mondana che non ha a che fare con il peccato. Compito del Cappellano ospedaliero diventa quello di consolare, di sostenere moralmente e psicologicamente; gli viene richiesto di avere una buona conoscenza dell’uomo e della psicologia. Questo richiedeva nel XX secolo una relazione personale con l’ammalato, che tuttavia diventa sempre difficile per il Cappellano intrattenere vista l’organizzazione attuale degli ospedali moderni. Si può capire in questo contesto l’importanza del concetto di cappellania come viene sviluppato dalla CEI.

Con il movimento nato soprattutto negli Stati Uniti si è giunti verso gli anni ’60 e ’70 ad un cambiamento nella concezione del Cappellano ospedaliero. Si è insistito molto sulla “cura pastorale terapeutica”, che richiede una formazione speciale per il Cappellano e la recezione degli sviluppi della scienza psicoanalitica. In questo contesto è nato il “movimento della cura pastorale”, il quale ha cambiato pure la cura pastorale dei malati⁴⁸.

2.1. La situazione contemporanea

Nel contesto della funzionalizzazione, specializzazione e tecnicizzazione degli ospedali, la Pastorale degli ammalati ha conosciuto, quindi, un cambiamento profondo nella sua struttura⁴⁹. La tecnicizzazione della medicina va di pari passo ad una comprensione oggettivante e riduttiva della malattia come una perdita provvisoria (passeggera) della funzione di una parte del corpo. Così per la Pastorale dei malati è diventato urgente non perdere di vista la relazione che tiene insieme la malattia e la vita e prendere sul serio l’isolamento affettivo del malato nei moderni ospedali. La cura dei malati va allora concepita come la cura pastorale dell’ospedale. Essa diventa Pastorale per i pazienti e per gli operatori in seno all’istituzione ospedaliera; essa non è una continuazione della Pastorale della comunità parrocchiale, ma deve sviluppare i propri scopi e i propri metodi.

La Pastorale dei malati va quindi concepita – per analogia al Dio di Israele che cammina con il suo popolo – come accompagnamento dell’uomo nella crisi della sua malattia, con lo scopo di portare insieme all’altro la sua sofferenza e le sue necessità per giungere insieme a lui ad una comprensione globale di quanto possono significare malattia e vita⁵⁰. Questo richiede una buona collaborazione tra il Cappellano ospedaliero e i medici e gli infermieri; e poi che in alcuni casi egli venga implicato come membro dell’équipe terapeutica. Così la cura pastorale non verrà considerata come un supplemento, ma come parte di una cura e terapia globali che includono tutto l’uomo. Un tale approccio richiede dal Cappellano una grande capacità e facilità di relazione. È solo nel contesto della relazione che egli può pure invitare alla preghiera e annunciare l’amore di Cristo nella situazione concreta del malato. Tutto questo deve avvenire nel contesto di un cammino d’insieme di ricerca di senso. È all’interno di questo cammino che vanno collocati la Celebrazione eucari-

ristica, la Confessione e l'Unzione dei malati.

La lezione da cogliere da questi aspetti storici in riferimento all'identità del Cappellano è che se il suo Ministero è stato soprattutto articolato, lungo la storia, intorno al Ministero della Parola, dell'Eucaristia, della remissione dei peccati e della solidarietà di tutta la comunità con il membro sofferente. Ci sembra che tali dati vadano nel senso del can. 564 che definisce il cappellano come prete in quanto collaboratore del Vescovo primo responsabile della cura dei malati, in quanto egli rappresenta Cristo Capo e tutta la comunità. Però, come abbiamo già sottolineato, tale configurazione richiede già dalla sua essenza una maggiore collaborazione dei laici all'unico Ministero di Cristo.

Dal Concilio Vaticano II, con la sua ecclesiologia di comunione, si è diventati più sensibili ad un maggiore coinvolgimento di diaconi, religiosi e laici nella Pastorale dei malati. Vista la situazione ecclesiale odierna, alcune Chiese locali pretendono verso una sempre più grande collaborazione del Cappellano con un'équipe, cioè di coinvolgere diaconi, religiosi e laici nella Pastorale della Salute. Mi sembra che sia pure in questo senso che vanno le indicazioni di questo Consiglio Pontificio⁵¹.

3. La collaborazione dei laici all'unico Ministero di Cristo nella Pastorale della Salute

È qui che incontriamo l'attualità del problema pastorale. Non ci sono oggi molti preti in alcune Chiese particolari per poterne mettere a sufficienza a disposizione degli ospedali. Cosa fare? Non è certamente giusto dare sempre più funzioni agli stessi preti, che sono già superimpegnati. Così viene ora discusso se non sia possibile affidare l'intera responsabilità della Pastorale dei malati ad un laico o ad un gruppo di laici (volontari o pagati), o se non sia possibile che il diacono sia abilitato a conferire pure l'Unzione dei malati.

Sulla base di quanto è stato detto fin qui, si può chiaramente rispondere che Cappellano può essere solo un ministro ordinato. Il Cappellano e l'amministrazione dei sacramenti, come celebrazione del Ministero salvifico di Cristo Capo, non sono separabili. Però, il Concilio Vaticano II ci offre un'altra via. Il Concilio si riaggancia al Nuovo Testamento quando parla dei collaboratori di san Paolo (*Rm* 16, 1-16; *Fil* 2, 25; 4, 3; *Col* 4, 10-15; *Fm* 1, 24) e sviluppa quasi una teologia dei collaboratori.

Secondo questa teologia, sulla base della loro partecipazione (fondata nel battesimo) alla missione salvifica della Chiesa, i laici sono collaboratori diretti all'unico Ministero di Cristo⁵². Essi possono, sulla base di una *missio* propria, assumere certi compiti (*munia*) che sono strettamente legati con il Ministero (*officia*) dei pastori⁵³. Questo è possibile quanto per l'insegnamento, tanto per l'agire liturgico come per la Pastorale (*cura animarum*). Il Concilio parla più precisamente di "cooperatio" nell'esercizio di alcuni Ministeri, quale *cooperatio* non è nello stesso tempo *participatio* al Ministero ordinato stesso (*LG* 33; *AA* 24; cfr. nel *CIC* can. 228, 230, 759). Il laico rimane laico pure esercitando un certo compito strettamente collegato con il Ministero ordinato.

In fondo si tratta della *cooperatio* (*LG* 33; *CIC* can. 129 § 2) o di una partecipazione dei laici ai compiti del ministero ordinato, e cioè riguardo alla guida della Chiesa (*LG* 37; *CIC* can. 129 § 2) e specialmente nella creazione di istituzioni sinodali (consigli parrocchiali, qui forse va anche inquadrato il discorso della cappellania con le cautele già sottolineate da Sua Ecc. Mons. Lozano), come pure nella realizzazione della liturgia (con creazioni di Ministeri come lettori, accoliti, Ministero della comunione, conferire il battesimo e animare la liturgia: can. 230 § 2 e 3), nella proclamazione della dottrina e della Parola (*LG* 35; *CIC* can. 229, 230 § 3, 759, 766). Questi Ministeri vengono conferiti

con una lettera di missione da parte del Vescovo. Con ciò si intende sottolineare maggiormente la responsabilità comune di tutti i cristiani nella partecipazione al triplice Ministero di Cristo⁵⁴. E qui va sottolineato che forse il punto di partenza sarebbe meglio il canone 785 del *CIC* del 1983. Tale canone ha, nei confronti del canone 517 § 2, il vantaggio di non subordinare la collaborazione dei laici alla mancanza di preti, ma di iscriverli nel Ministero nella prospettiva dei diritti e dei doveri fondamentali di tutti i membri del popolo di Dio.

Se questo rimane l'intento del documento, occorre quindi non avere alcuna preoccupazione su una clericalizzazione del laicato. Una responsabilità cooperativa e comunicativa senza paura esprimerebbe così bene il volto della Chiesa quale famiglia di Dio, con la diversità dei suoi membri e dei loro vari carismi⁵⁵; si tratta cioè di approfondire e sfruttare a fondo le possibilità che ci vengono offerte dal Concilio che descrive il laico tramite il suo carattere di essere nel mondo (*Weltcharakter: LG* 31)⁵⁶ e come collaboratore nell'esercizio del Ministero ecclesiale di Cristo (*LG* 33 e 35). Non mi sembra che tale collaborazione abbia bisogno di essere riconosciuta come sacramentale nel senso in cui l'hanno inteso Rahner e Hünnerman⁵⁷. Si rischia di creare così delle confusioni⁵⁸ e di assolutizzare ipso facto il sacerdozio ordinato invece di porlo in relazione con altri Ministeri come carismi diversi per l'edificazione della famiglia di Dio in marcia verso il Padre nel Figlio tramite lo Spirito Santo.

Conclusione

Concludendo, potremo dire che l'identità del Cappellano ospedaliero si definisce partendo dall'identità del sacerdote ordinato. Questa specificità della sua identità non esclude, però, lo sforzo di trovare vie di collaborazione con laici per rendere sempre più efficace e significativa la presenza di Cristo in mezzo al

mondo di quanto soffrono nel loro corpo e volgono il loro sguardo verso Cristo, bisogno dell'accompagnamento della Chiesa in questa fase della loro vita. Questa collaborazione non deve cancellare o diminuire l'identità di ognuno dei membri della famiglia di Dio, ma deve servire alla crescita di tutti nell'aiuto vicendevole.

La situazione di crisi attuale può certamente essere un tempo di rinascita della Chiesa, di rinnovamento, ma tale rinascita non può in nessun modo significare rottura con la tradizione. Anzi, l'originalità vera nasce sempre all'interno stesso della tradizione. Con Giovanni XXIII possiamo sempre rimanere fiduciosi nel Signore, il quale attraverso la crisi attuale prepara, tramite lo Spirito Santo, una nuova pentecoste per la sua Chiesa. Rileggendo la *Tertio millennio adveniente*, mi è piaciuto ritrovare la stessa prospettiva della speranza e della fiducia nella presenza dello Spirito del Signore che guida, rinnova e vivifica la Chiesa.

Rev. Don JUVENAL
ILUNGA MUYA,
Professore di Teologia fondamentale
della Pontificia Università Urbaniana Roma

Note

¹ Il Cappellano è, secondo il Codice, un prete: CIC can. 564. Il dibattito contemporaneo ruota effettivamente attorno a questa identità del Cappellano. Che il tema sia attuale e che tocchi un problema urgente e fondamentale della vita della Chiesa alla soglia del terzo millennio lo si può notare pure dal fatto che buona parte delle conferenze episcopali si sono interessate al delicato problema del rap-

porto tra sacerdozio ministeriale e sacerdozio comune in questi ultimi anni. Ricordo semplicemente le due lettere della Conferenza episcopale olandese e di quella della Conferenza episcopale francese, così pure la comunicazione del Vescovo Walter Kasper in occasione della "Internationale deutschsprachige Generalvikarkonferenz" a Quarten (Diocesi di St. Gallen) dal 21 al 26 maggio 1995. Tutte e tre pubblicate negli anni Novanta: *Au nom du Christ. La Parole, le sacrement, le ministère et l'ordination. Lettre pastorale de la Conférence épiscopale des Pays-Bas*, La Documentation Catholique, 4 ottobre 1992, n. 2057, 833-846; *Les ministres ordonnés dans une Église-communion. Note théologique du Bureau d'études doctrinales de la Conférence des évêques de France*, La Documentation Catholique, 3 gennaio 1993, n. 2063, 420-429; WALTER KASPER, *Der Leitungsdienst in der Gemeinde* (mi riferisco al suo manoscritto).

² Sul concetto di Chiesa come Communio in Vaticano II: cfr. WALTER KASPER, *L'Eglise comme communion. Réflexions sur l'idée directrice de l'ecclésiologie du concile Vatican II*, in IDEM, *La théologie et l'Eglise*, Cerf, Paris 1990, pp. 389-410.

³ Il Padre Yves Congar ha descritto meglio questa situazione quando dice che il "Concilio Vaticano II è stato seguito da una profonda mutazione socio-culturale che non ha nessun paragone nella storia della Chiesa per quanto riguarda la sua ampiezza, la sua radicalità, la sua velocità e il suo carattere cosmico" e che "questa crisi non è stata suscitata dal Concilio" anche se, sempre secondo Congar, occorre riconoscere che le sue radici stanno in esso "dal semplice fatto che c'è stato concilio, dibattito": YVES CONGAR, *Le Concile Vatican II, Son Eglise, Peuple de Dieu et Corps du Christ*, Beauchesne, Paris 1984, pp. 69-70.

⁴ Questo non vuole dire che la Chiesa non debba affatto sentirsi come famiglia di Dio ove regna il principio di uguaglianza (LG 32) nella diversità dei carismi tra i membri suscitati dallo stesso Spirito, il quale concede a tutti i credenti il senso soprannaturale della fede (*sensus fidei*), il quale mantiene tutta la Chiesa nella verità e che si esprime nella fede e nei costumi: LG 12, 35, GS 43; AA 2s.

⁵ Si ricorderà, ad esempio, quante reazioni ha suscitato la tesi di Hans Küng secondo la quale ci sarebbero state all'origine della Chiesa due forme iniziali di Ministeri: a Gerusalemme la Chiesa avrebbe una struttura molto istituzionale, mentre a Corinto la Comunità avrebbe vissuto solamente dall'apparizione spontanea dei carismi nel suo seno: HANS KÜNG, *L'Eglise*, t. 2, "Textes et études théologiques", Desclée de Brouwer, Paris 1968, pp. 554-610. Sappiamo che dal punto di vista esegetico tale tesi non regge e che non è fondata storicamente: cfr. AAVV, *Le Ministère et les ministères selon le Nouveau Testament*, Seuil, Paris 1974.

⁶ Senza tanto dubitare dell'importanza della collaborazione dei laici all'unica missione di Cristo (cfr. CEI, n. 55), intendiamo sottolineare solamente il fatto che il sempre maggior impegno effettivo dei laici con lettere di missione ha suscitato delle domande sull'identità stessa del prete e della sua missione. Un indice di tale riflessione si può trovare nel documento della Conferenza episcopale francese in *Tous responsables dans l'Eglise? Assemblée plénière de l'Episcopat français à Lourdes*, Le Centurion, Paris 1973.

⁷ Basta ricordare l'istituzione in Francia del "Séminaire de la Mission en France" nel 1941 a Lisieux e nel 1944 della "Mission de Paris" per concretizzare l'i-

dea del prete che condivide le condizioni di vita del popolo e realizza così, già nel suo luogo di lavoro, il compito missionario. Tale idea si inserisce nel prolungamento del libro dei due preti H. Godin - Y. Daniel, IDEM, *La France pays de mission?*, Rencontres, 12, Editions de l'Abeille, Lyon 1943. Da questa idea di presenza vicina al popolo si passa alla figura del prete operaio: EMILE POUJAT, *Naissance des prêtres-ouvriers*, Castermann, Paris 1965.

⁸ Cfr. CARDINALE SUHARD, *Le Prêtre dans la Cité, Lettre pastorale du Carême de l'An de Grâce 1949*, Editions A. Lahure, Paris 1949.

⁹ MICHEL LABOURDETTE, *Le Sacerdoce et la mission ouvrière, Une étude de la Commission théologique de la Mission ouvrière*, La Bonne Presse, Paris 1959, n. 14.

¹⁰ MICHEL LABOURDETTE, *Le Sacerdoce et la mission ouvrière*, cit. n. 13.

¹¹ Cfr. G. GRESHAKE, *Priestersein. Zur Theologie und Spiritualität des priesterlichen Amt*, Freiburg 1982, 1991 5, pp. 31-80.

¹² Questa idea della *repraesentatio Christi* è presente anche in altri testi: così in Lc 10, 16: "Chi ascolta voi, ascolta me...". Si può anche qui ricordare il carattere sacramentale della Parola di Dio in quanto manifesta il mistero salvifico nascosto fin dall'eternità in Dio: Rm 16, 25-27; Ef 3, 9-11; Col 1, 25-27. L'apostolo è particolarmente impegnato da questa idea di *repraesentatio Christi* che concepisce tutta la sua vita e i suoi viaggi apostolici come manifestazione della vittoria di Cristo nel mondo: 2 Cor 2, 14 o ancora in 2 Cor 4, 10: "dappertutto portiamo la morte di Cristo nel nostro corpo, così che anche la sua vita diventa manifesta nel nostro corpo".

¹³ AGOSTINO, In Joan, 6, 7.

¹⁴ Gli studi di E. Schillebeeckx hanno molto contribuito a tematizzare queste domande: E. SCHILLEBEECKX, *Kirchliches Amt*, Düsseldorf 1981; IDEM, *Christliche Identität und kirchliches Amt*, Düsseldorf 1985.

¹⁵ Cfr. P.J. CORDES, *Sendung zum Dienst. Exegetisch-historische und systematische Studien zum Konzildekret "Vom Dienst und Leben der Priester"*, Frankfurt 1972.

¹⁶ Cfr. pure PO 12.

¹⁷ Già Pietro Lombardo sottolineava questo doppio aspetto spiegando perché il prete dice "offerimus" e non "offero": PIETRO LOMBARDO, Sent. IV d. 13, 1. Cfr. LG 10. Questo carattere di rappresentazione della Chiesa tramite il prete ha molte tracce nella tradizione della Chiesa: cfr. YVES CONGAR, *Jalons pour une théologie du laïc, Unam Sanctam*, 23, Cerf, Paris 1957; cfr. IDEM, *Le sacerdoce du Nouveau Testament, Mission et culte*, in *Les Prêtres. Décrets Presbyterum ordinis et optatum totius*, Textes latin et traductions françaises, J. FRISQUE - Y. CONGAR, Unam sanctam, 68, Cerf, Paris 1968, pp. 233-256.

¹⁸ CIPRIANO, Ep. 66, 8.

¹⁹ AGOSTINO, Serm. 340, 1 cit. LG 32. Anche Tommaso D'Aquino, per il quale il ministro rappresenta la Chiesa, argomenta in questo senso: TOMMASO D'AQUINO, S. Th. III, 82, 7 ad 3; Suppl. 31, 1 ad 1; S.c.g. IV, 73.

²⁰ CIPRIANO, Ep. 14, 4.

²¹ Basta ricordare la questione ancora oggi discussa della distinzione conciliare tra sacerdozio comune e ministeriale. La formulazione di tale distinzione nella LG 10 ("il sacerdozio comune dei fedeli e il sacerdozio ministeriale... quantunque differiscano essenzialmente e non solo di grado, sono tuttavia ordinati l'uno all'altro") richiede ulteriori chiarificazioni. In che cosa consiste questa differenza essenziale e non solo di grado? Mi sembra



che per i Padri l'intenzione sia stata quella di evitare di livellare il sacerdozio ministeriale nel sacerdozio comune e quindi di insistere sulla sua specificità che non deriva dal sacerdozio comune. Viceversa il sacerdozio comune non è una derivazione del sacerdozio ministeriale. Tutti e due hanno la loro fonte nel sacerdozio unico di Cristo. La differenza sta al livello sacramentale ("sacramentum tantum"): il sacerdozio ministeriale è il segno sacramentale di ciò che dal punto di vista del contenuto ("res sacramenti": la salvezza comunicata) è dato a tutti i credenti, cioè la rappresentazione del servizio salvifico di Cristo nel mondo. Stare al servizio di questa missione comune, renderla efficace anche dal punto di vista strutturale e mantenerla viva è quanto costituisce lo specifico del sacerdozio nella Chiesa: cfr. W. BEINERT, *Autorität um der Liebe willen. Zur Theologie des kirchlichen Amtes*, in K. HILLENBRAND, ed., *Priester heute. Anfragen, Aufgaben, Anregungen*, Würzburg 1990, pp. 32-66, p. 56s.; K. LEHMANN, *Das dogmatische Problem des theologischen Ansatzes zum Verständnis des Amtspriestertums*, in F. HENRICH, ed., *Existenzprobleme des Priesters*, München 1969, pp. 121-175; P. NEUNER, *Der Laie und das Gottesvolk*, Frankfurt 1988, pp. 127s.; G. GRESHAKE, *Priestersein*, pp. 192s.

²² PO, n. 2.

²³ COMMISSIONE TEOLOGICA INTERNAZIONALE, *Le Ministère sacerdotal*, Cogitation Fidei, 60, Cerf, Paris 1971.

²⁴ E. PIN, *La différenciation de la fonction sacerdotale. Analyse sociologique*, Concilium, 43, 1969, pp. 45-55. Da questa distinzione, si può capire il passaggio operato da Joseph Moingt che distingue modelli di sacerdozio: cfr. i suoi articoli *Essai sur la mutation du ministère sacerdotal* in Etudes, aprile 1970, poi in *ibidem*, luglio, 1973, settembre 1973, ottobre 1973.

²⁵ PO, n. 7.

²⁶ PO, n. 2.

²⁷ Basta prendere in esame le sue esortazioni apostoliche, lettere ai preti del Giovedì Santo e omelie in occasione di ordinazioni per accorgersene. Egli formula così la questione dell'identità del prete: "Chi sono? Cosa si aspetta da me? Quale è la mia identità? Tale è la questione ansiosa che si pone frequentemente il prete, il quale non è certamente al riparo dai contraccolpi della crisi di trasformazione che scuote il mondo": GIOVANNI PAOLO II, *Le prêtre dans la société contemporaine. Homélie à la messe d'ordination à Rio de Janeiro, le 2 juillet 1980*, La Documentation, 77, n. 1791, 1980, pp. 751-754, p. 751. Si leggerà: P. TOINER, *L'Ordre sacerdotal et l'avenir de l'homme*, "Théologie nouvelle", Fac-éditions, Paris 1981, p. 167.

²⁸ GIOVANNI PAOLO II, *Motu proprio Dolentium hominum* (11 febbraio 1985), n. 1, che ricorda come per la Chiesa la Pastorale dei malati faccia "parte integrante della sua missione".

²⁹ Cfr. JOSEF MAYER-SCHAU - RUDOLF KAUTZKY, a cura di, *Vom Behandelndem zum Heil. Die vergessene Dimension im Krankenhaus*, Wien/Freiburg/Basel 1980, pp. 138s.

³⁰ Cfr. HANS WALTER WOLFF, *Anthropologie des AT*, München 1977, 3, pp. 211s.

³¹ Cfr. HEINRICH SCHIPPERGES, *Die Entwicklung der "cura" im Verständnis der therapeutischen Dienste*, in JOSEF MAYER-SCHAU - RUDOLF KAUTZKY, a cura di, *Vom Behandelndem zum Heil. Die vergessene Dimension im Krankenhaus*, Wien/Freiburg/Basel 1980, 40-55, p. 41.

³² Nei poveri e sofferenti, la Chiesa "riconosce l'immagine del suo fondatore, povero e sofferente": LG 8.

³³ Cfr. THOMAS BONHOEFFER, *Ursprung und Wesen der christl. Seelsorge*, München 1985, p. 11.

³⁴ Cfr. PEDRO LAIN ENTRALGO, *Heilkunde in gesch. Entscheidung*, Salzburg 1950, pp. 100s.

³⁵ Cfr. Lettera di Policarpo ai Filippesi, 6, 1.

³⁶ Cfr. AUGUST HARDELAND, *Geschichte der speciellen Seelsorge in der vorreformatorischen Kirchen und der Kirche der Reformation*, Berlin 1898, p. 22.

³⁷ Citato da EUSEBIO, H.E., 7, 22, 7-10.

³⁸ Cfr. JEAN PIERRE SCHALLER, *I sacramenti: farmaco di immortalità*, Roma 1990.

³⁹ Cfr. CIPRIANO, *De lapsis* 14.

⁴⁰ Cfr. GERHARD UHLHORN, *Die christlichen Liebestätigkeit*, I, Alte Kirche, Stuttgart 1882, 2, 316 s.

⁴¹ Cfr. Reg. Ben. 36.

⁴² AUGUST HARDELAND, *Geschichte der speciellen Seelsorge in der vorreformatorischen Kirchen*, cit., p. 190.

⁴³ PAUL DIEPGEN, *Über den Einfluß der autoritativen Theologie auf die Medizin des M.A.*, Wiesbaden 1958.

⁴⁴ Cfr. CHRISTIAN PROBST, *Das Hospitalwesen im hohen und späten M.A. und die geistliche und gesellschaftliche Stellung der Kranken*, in GERHARD BAADER - GUNDOLF KEIL, a cura di, *Medizin im M.A. Abendland*, Stuttgart 1932, p. 265.

⁴⁵ Cfr. ad esempio il commento alla regola dell'Ordine del Santo Spirito nel XV secolo: *Liber regulae S. Spiritus*, ed. A.F. La Cava, Milano 1949, pp. 128s.

⁴⁶ Egli esorta dicendo: lasciamoci "gli uni gli altri confessare, consigliare, aiutare e pregare... e non dubitare del Sì di Dio nei nostri confronti": MARTIN LUTERO, "Von der Beicht", WA 8, 184, 21-24.

⁴⁷ BERNHARD WALTER MARPERGER, *Getreue Anleitung zur wahren Seelencur bey Kranken und Sterbenden*, Nürnberg 1717, pp. 212s.

⁴⁸ Cfr. HANS CHRISTOPH PIPER, *Klinische Seelsorge - Ausbildung*, Berlin 1972; JOACHIM SCHARFENBERG, *Seelsorge als Gespräch*, Göttingen 1972.

⁴⁹ J.J. ROHDE, *Soziologie des Krankenhauses*, Stuttgart 1974, 2; JOHANNES SIEGRIST, *Arbeit und Interaktion im Krankenhaus*, Stuttgart 1978.

⁵⁰ Cfr. JOSEF MAYER-SCHAU, *Seelsorge im Krankenhaus*, Mainz 1977; MICHAEL KLESSMANN, *In der Krise begleiten. Probleme und Aufgaben des Pfarrers am Krankenbett*, EK 16, 1983, pp. 543-547; IDEM, *Krankhausseelsorge heute*, Themenheft WzM 29, 1977, H. 1.

⁵¹ Cfr. PONTIFICIA COMMISSIO DE APOSTOLATU PRO VALETUDINIS ADMINISTRIS, *Les religieux dans le monde de la souffrance et de la santé*, Roma 1987; *Les laïcs dans le monde de la souffrance et de la santé*, Roma 1987; "Curate Infirmos" e la vita consacrata, Città del Vaticano 1994.

⁵² Cfr. CEI, *Linee per la vita dei nostri seminari*, Coll. Documenti Chiese locali n. 85, EDB, Bologna 1999, n. 55.

⁵³ Si può notare qui come il Concilio stesso sia incerto nel precisare la differenza tra "munia" (LG 33 in riferimento ai laici) e "sacra officia" (LG 35, 37 in riferimento ai preti). Infatti si tende a profilare una distinzione tra l'ufficio sacramentale e i Ministeri non sacramentali. Ma si può notare che da una parte nella LG 18s. si usa pure il termine Ministero (ministerium) per i preti e d'altra parte in diversi passi si usa il termine ufficio (munus: LG 33; sacra officia: LG 35, 37) per i laici: cfr. W. BEINERT, *Autorität um Liebe willen*, cit. p. 35.

⁵⁴ Cfr. KARL RAHNER, *Über das Laienapostolat*, Schriften zur Theologie, II, Einsiedeln 1961, pp. 339-379, p. 351; IDEM, *Sakramentale Grundlegung des Laienstandes in der Kirche*, Schriften zur

Theologie, VII, Einsiedeln 1966, pp. 330-350.

⁵⁵ E mi sembra che, infatti, nel caso della Chiesa congolese si è saputo dal 1975, con il Cardinale Joseph Malula, applicare questa bella concezione del Concilio Vaticano II seguita in *Ministeria quaedam* di Paolo VI (1972) e *Evangelii Nuntiandi* (1975) e evitare tale pericolo. Mi riferisco qui all'istituzione dei Bakambi (è il plurale di Mokambi), cioè di laici istituiti dal Vescovo per la guida di una parrocchia, nel senso dell'amministrazione parrocchiale e dell'organizzazione delle attività pastorali. Essi lavorano con un prete che non è il parroco, ma ha giusto la funzione di rappresentare il Vescovo sul posto in quanto è il Vescovo il responsabile della pastorale. La loro funzione si limita qui alla funzione del "moderatore" come lo definisce il can. 517 § 2. Essi esercitano la responsabilità dei compiti specificamente presbiteriali. Cfr. ARCHIDIOCESE DI KINSHASA, *Les ministères laïcs à Kinshasa*, Kinshasa 1985; *L'Avenir des ministères laïcs. Enjeux ecclésiologiques et perspectives pastorales*, L. Santedi Kinpudu, éd., Signes de Temps, Kinshasa 1997; MATENKADI FINIFINI A., *Le statut juridique du catéchiste en territoire de mission. Structure et signification du canon 785 du code de droit canonique de 1983*, Ottawa 1988; IDEM, *L'expérience pastorale des bakambi: histoire et perspectives*, Revue Africaine de Théologie 17, 1993, pp. 227-235; *Oeuvres complètes du Cardinal Malula*, L. DE SAINT MOULIN, a cura di, vol. 6, Textes concernant le laïc et la société, Facultés Catholiques de Kinshasa 1997. Si differenzia dal sistema tedesco di "Pastoralreferenten e Pastoralreferentinnen": cfr. H.J. POTTMEYER, *Thesen zur theologischen Konzeption der pastoralen Dienste und ihrer Zuordnung*, THG 55, 1976, pp. 313-337; W. KASPER, *Die schädlichen Nebenwirkungen des Priester mangels*, Stimmen der Zeit, 195, 1977, pp. 129-135; K. RAHNER, *Pastorale Dienste und Gemeindeleitung*, Stimmen der Zeit, 195, 1977, pp. 733-743; P. HÜNERMANN, *Ordo in neuer Ordnung? Dogmatische Überlegungen zur Frage der Ämter und Dienste in der Kirche heute*, in F. KLOSTERMANN, ed., *Der Priester mangel und seine Konsequenzen*, Düsseldorf 1977, pp. 58-94; G. GRESHAKE, *Der theologische Ort des Pastoralreferenten und sein Dienst*, LS, 29, 1978, pp. 18-27; IDEM, *Priestersein*, cit. p. 72; F. KLOSTERMANN, *Zur neuen Ordnung der "pastoralen Dienste" in der BRD*, Diakonia, 9, 1978, pp. 129-139; H. SOCHA, *Der Dienst der Pastoralreferenten und die eine geistliche Vollmacht*, Archiv für Kirchenrecht 147, 1978, pp. 377-405; W.J. HENTSCHEL, *Pastoralreferenten - Pastoralassistenten*, Eichstätt, Wien 1986; P. NEUNER, *Der Laie und das Gottesvolk*, Frankfurt 1988, pp. 191-203.

⁵⁶ Al proposito è illuminante il documento del PONTIFICIO CONSIGLIO PER LA PASTORALE DEGLI OPERATORI SANITARI, *I laici nel mondo della sofferenza e della salute*, Roma 1987, che parla dell'impegno del laico nel campo della pastorale della salute come un Ministero, una diaconia che scaturisce dalla natura stessa del laico in quanto membro della Chiesa, della sua condizione di battezzato e di secolare: n. 8.

⁵⁷ Cfr. K. RAHNER, *Pastorale Dienste und Gemeindeleitung*, Stimmen der Zeit, 195, 1977, pp. 733-743; P. HÜNERMANN, *Ordo in neuer Ordnung? Dogmatische Überlegungen zur Frage der Ämter und Dienste in der Kirche heute*, in F. KLOSTERMANN, ed., *Der Priester mangel und seine Konsequenzen*, Düsseldorf 1977, pp. 58-94.

⁵⁸ Cfr. le precisioni di G. GRESHAKE, *Priestersein*, cit. p. 72.

Il Cappellano Cattolico della Pastorale della Salute nel Diritto Canonico

1. Esposto della normativa attuale

a) Nel CIC

I canoni 564-572 non hanno corrispettivo nel Codice Orientale. Ma forse si può trovare qualcosa di simile nel fatto che il Codice Orientale conosce la parrocchia personale, nel can. 280: “si... id expedit, erigantur paroeciae personales... vel alia definita ratione determinatae”.

a.1) Concetto – cann. 564 e 568

*Due concetti chiave:
sacerdote e cura pastorale.*

Il Cappellano è il sacerdote a cui viene affidata in modo stabile, almeno parzialmente, la cura pastorale di una comunità o di un gruppo di fedeli, da esercitare a norma del diritto universale e particolare (564).

Molte sono le categorie di Cappellani: il Codice prevede esplicitamente le seguenti:

- Cappellani di una casa di un Istituto religioso laicale;
- Cappellani di ospedale e di carcere;
- Cappellani di mare;
- Cappellani di emigranti, di nomadi, di naviganti;
- Cappellani militari ecc.

Tra queste, le due prime sono maggiormente interessate

alla questione della salute perché, in effetti, tanti Istituti religiosi laicali hanno proprio per oggetto la cura di persone ammalate.

Gli stessi ospedali sono stati fondati tante volte da pie confraternite...

Il termine “cappellano” deriva da “cappa”, e si riferisce al mantello di S. Martino, conservato nel tesoro della basilica di S. Dionigi, che è diventato il colore blu della bandiera francese. Questo mantello condiviso con il povero di Amiens era tutto un simbolo: il cappellano diventava il sacerdote sul modello di S. Martino incaricato di distribuire la carità della Chiesa. Poi in francese la parola “aumônier” designa lo stesso sacerdote incaricato delle elemosine.

Il can. 568 estende il concetto: riprendendo il voto conciliare espresso in CD 18, si augura che siano costituiti per quanto possibile dei Cappellani, “per quanti non possono usufruire dell’ordinaria cura dei parroci”. Il Motu Proprio *Ecclesiae Sanctae* I, 19 per l’applicazione di questo decreto prega le Conferenze dei Vescovi “di affidare ad un sacerdote delegato o a una speciale commissione tutto ciò che si riferisce allo studio e all’organizzazione del servizio pastorale” dei gruppi particolari di fedeli. Si riferiva soprattutto ai migranti, ma la nozione vale per tutti.

Qualche commento: queste disposizioni sono nuove e provengono dalla decisione conciliare di far studiare alle Conferenze episcopali come rispondere al diritto di ricevere in abbondanza la parola di Dio e i sacramenti per questi fedeli “che non possono approfittare a sufficienza del ministero pastorale ordinario e comune dei parroci”.

Non si pensava prima di tutto al mondo della Pastorale

della Salute, ma ai migranti. È per loro che in tutto questo secolo la Congregazione concistoriale già aveva fatto delle deroghe speciali. Ma il principio vale per tutti.

I canoni del Codice del 1917 che trattavano della materia, è interessante sottolinearlo, sono dunque quelli riguardanti i Cappellani delle associazioni: di fatto tante volte non è il dispositivo istituzionale proprio della Chiesa particolare che riesce a corrispondere a tutti i diritti dei fedeli, ma ci vuole l’intervento di carismi particolari, espressi tradizionalmente tramite l’associazionismo; le prime associazioni di fedeli nella Chiesa risalgono al III secolo, prima ancora che la Chiesa possa manifestare le sue istituzioni all’aperto, proprio per l’assistenza ai malati¹; quando questi carismi vengono istituzionalizzati dalla Chiesa universale, questi istituti diventano di fatto un dono fatto dalla Chiesa universale a tante Chiese particolari.

a.2) Nomina e rimozione

La regola generale è la nomina da parte dall’Ordinario del luogo:

“Tranne che il diritto non disponga diversamente o che a qualcuno spettino legittimamente diritti speciali, il cappellano viene nominato dall’Ordinario del luogo, al quale pure compete istituire chi è stato presentato o confermare chi è stato eletto” (can. 565).

Ma ci possono essere delle eccezioni.

1. La prima, che riguarda il processo preliminare alla nomina, è contenuta nel canone 567: “L’Ordinario non proceda alla nomina del cappellano di un Istituto religioso laicale, senza aver consultato il Superiore, il quale ha diritto, sentito la comunità, di proporre qualche sacerdote” (can. 567/1).



È una novità: poiché si tratta di proporre e non di presentare, il Superiore non è tenuto di proporre quello designato dalla comunità, né l'Ordinario è obbligato a nominare quello proposto.

2. In ciò che riguarda le associazioni pubbliche bisogna tenere conto del canone 317 paragrafo 1 che obbliga il Vescovo a sentire, dove è opportuno, gli ufficiali maggiori dell'associazione prima di nominare il cappellano.

3. Non è detto chiaramente se il "consigliere spirituale" previsto per le associazioni private nel canone 324, e che ha un modo particolare di nomina, possieda il carattere di Cappellano. Per Echeverria la risposta è affermativa.

L'Ordinario del luogo, per giusta causa, può rimuovere il Cappellano dall'ufficio, secondo la sua prudente decisione, anche se è stato eletto o presentato da altri, fermo restando il disposto del canone 682/2 (cfr. can. 572).

È un principio che vale per tutti gli uffici il cui titolare è rimovibile: libertà dell'Ordinario e salvaguardia del diritto del superiore di essere avvertito in tempo circa i suoi sudditi.

Trattandosi di un religioso, questi può dunque essere rimosso sia dall'Ordinario del luogo, sia dal Superiore religioso e senza il consenso di nessuno dei due, essendo sufficiente che l'autore della rimozione informi del fatto l'altra parte.

a.3) *Facoltà can. 566²*

Canone importante perché permette di capire meglio l'alta idea che si fa la legislazione della Chiesa della figura del cappellano.

A) *Principio generale*: il cappellano deve essere munito di tutte le facoltà richieste da una retta *cura pastorale*.

Esempio. Can. 911: i cappellani hanno il dovere e il diritto di portare la Santissima Eucaristia a modo di Viatico.

B) *Principio speciale*: oltre a quelle concesse dal diritto particolare o da una delega speciale in forza dell'ufficio, egli ha la facoltà:

a) di ascoltare le confessioni dei fedeli affidati alle sue cure;

A norma del canone 967 § 2, questa facoltà concessa *vi officii* vale dovunque, tranne quando si opponga il divieto dell'Ordinario del luogo;

b) di predicare loro la parola di Dio;

c) di amministrare ai medesimi il Viatico e l'Olio degli infermi;

d) di amministrare anche il sacramento della confermazione a chi di loro versi in pericolo di morte (can. 566/1).

C) *Principio specialissimo*: negli ospedali, nelle carceri e durante i viaggi marittimi il Cappellano ha inoltre la facoltà, che può essere esercitata solo nei detti luoghi, di assolvere *dalle censure latae sententiae non riservate né dichiarate*, fermo restando tuttavia il disposto del canone 976 (566/2).

Questa facoltà non è nemmeno concessa ai parroci o ai decani, e sottolinea l'estensione della vera "cura pastorale" davanti alla quale ci troviamo. E questa volta il mondo della Pastorale della Salute è esplicitamente citato. Poiché si dice "assolvere", i commentatori considerano che si limita al foro interno sacramentale.

D) I cappellani militari sono retti da leggi speciali (can. 569).

a.4) *Compiti*

1. Questa famosa "cura pastorale" per la quale viene creato il suo ufficio.

2. Essere rettore se c'è una chiesa annessa.

3. Celebrare o dirigere le funzioni liturgiche quando è Cappellano di un Istituto laicale; ma senza ingerirsi nel governo interno dell'Istituto (can. 567/2).

4. Nell'esercizio del suo incarico pastorale, il Cappellano deve mantenere il debito rapporto con il parroco (can. 571).

Per esempio, il Cappellano non può dispensare la comunità dei giorni di festa prescritti o delle penitenze, né commutarli, perché queste dispense sono della competenza del superiore per gli Istituti del diritto pontificio e del parroco quando si tratta degli Istituti laici o del diritto diocesano (can. 1245).



Spetta al giudizio dell'Ordinario del luogo decidere se le celebrazioni solenni nella chiesa non parrocchiale provochino danno al Ministero parrocchiale o meno (can. 559)

b) *Nell'Istruzione interdicasteriale*

Articolo 1. *Necessità di una terminologia appropriata*

§ 3. Il fedele non ordinato può assumere la denominazione generica di "ministro straordinario", solo se e quando è chiamato dall'Autorità competente a compiere, unicamente in funzione di supplenza, gli incarichi, di cui al can. 230 § 3ⁱ, nonché ai cann. 943 e 1112. Naturalmente può essere utilizzato il termine concreto con cui viene canonicamente determinata la funzione affidata, ad es. catechista, accolito, lettore, ecc.

La deputazione temporanea nelle azioni liturgiche, di cui al can. 230 § 2, non conferisce alcuna denominazione speciale al fedele non ordinatoⁱ.

Non è lecito, pertanto, che i fedeli non ordinati assumano, per esempio, la denominazione di "pastore", di "cappellano", di "coordinatore", "moderatore" o altre denominazioni che potrebbero, comunque, confondere il loro ruolo con quello del pastore, che è unicamente il Vescovo e il presbiteroⁱⁱⁱ.

2. Tre punti più "caldi"

Quest'ultimo insegnamento, quello dell'Istruzione interdi-

casteriale, ci obbliga a prendere posizione nel dibattito attuale; ci sembra utile chiarire certi punti per vedere, sia a livello di dottrina sia a livello di opportunità pastorale, quali porte ci sono, tenuto conto del bene della Chiesa, per garantire un servizio più adatto agli ammalati. Si tratta di “aperture” in armonia con l’insieme della disciplina della Chiesa e non di eccezioni erette a sistema nello scopo di far penetrare nella Chiesa concetti che di per sé le sarebbero estranei. Mi sembra che vi siano vie da percorrere sia nel campo della definizione di nuovi uffici ecclesiastici affidati a laici – sotto la responsabilità pastorale di un sacerdote – sia nel campo dell’ampliamento delle facoltà dei Cappellani, sia nel campo della creazione di nuove cappellanie. Ma poiché tutto questo sistema dipende della concezione che uno si fa dell’identità sacerdotale e del suo ruolo nella Chiesa, svilupperemo soprattutto, a titolo di fondamento di tutta la disciplina, il primo punto.

a) La questione dell’identità sacerdotale del Cappellano

Il Cappellano “est sacerdos”.

Vi possono essere altre persone impegnate nella Pastorale della Salute, ma non con questo titolo né con queste facoltà.

Già il Direttorio per il Ministero dei Vescovi *Ecclesiae imago*, al n. 183, a proposito dell’erezione di speciali centri di apostolato, distingueva da un lato la missione con cura d’anime e dall’altro il semplice “centro pastorale”, dove una certa cura, specificamente anche di carità, poteva venir affidata anche a diaconi, anzi, in mancanza di diaconi, anche a “religiose o laici, che vi eserciteranno le funzioni consentite dal loro statuto”.

Una duplice “collaborazione” dei laici prevista dal Codice di Diritto Canonico

Il principio della collaborazione al ministero sacerdotale è formulato nel corpo canonico attuale: il Codice di Diritto Canonico latino del 1983, an-

zitutto, ricorda, al canone 228 § 1 che parla di una *habilitas* dei laici verso gli “uffici” (*officia*) ecclesiastici e le “funzioni” (*munera*), la possibilità della “partecipazione alle funzioni più vicine all’ufficio dei pastori”; in seguito, il Codice dei canoni delle Chiese Orientali del 1990 riformula questo stesso principio, basandosi sul Concilio, per ordinare in modo più logico due livelli di collaborazione, e parla della possibilità per i laici di “essere assunti a funzioni ecclesiastiche”³.

CDC 1983	CCEO 1990
228 § 2: “I laici che si distinguono per la loro scienza, prudenza e onestà, hanno facoltà di portare aiuto ai Pastori della Chiesa in qualità di esperti o consiglieri, anche in organismi consiliari regolati dal diritto”.	408 § 1: “I laici che si distinguono per la dovuta scienza, esperienza e integrità, sono abili ad essere ascoltati dalle autorità ecclesiastiche in qualità di esperti o di consiglieri, sia come singoli sia come membri dei vari consigli e assemblee, quali quelli parrocchiali, eparchiali o patriarcali”.
228 § 1: “I laici che risultano ideonei, sono giuridicamente abili ad essere assunti dai sacri Pastori in quegli uffici ecclesiastici e in quegli incarichi che possono esercitare secondo le disposizioni del diritto” ⁴ .	408 § 2: “Oltre agli incarichi ecclesiastici, ai quali i laici sono ammessi dal diritto comune, essi possono essere assunti dall’autorità competente anche ad altri incarichi, eccettuati quelli che richiedono l’ordine sacro o che sono espressamente vietati ai laici dal diritto particolare della propria Chiesa sui iuris”.
	408 § 3: “Riguardo all’esercizio di un incarico ecclesiastico, i laici sono pienamente soggetti all’autorità ecclesiastica”.

L’interesse di questo primo gruppo di Canoni deriva essenzialmente dai riferimenti citati, che sono esclusivamente conciliari.

I documenti conciliari sono ancora troppo inesplorati, al livello del loro senso reale come espresso dalle “relazioni” e dai “modi” secondo i quali sono stati votati e che sono praticamente inediti⁵, per permettere una visione d’insieme; ma in mancanza di questa sintesi, poiché la Chiesa è un corpo vivente, la nostra attenzione si riferirà soprattutto ai passaggi che hanno effettivamente contrassegnato la coscienza che essa aveva di se stessa, su questo punto preciso di una collaborazione, non soltanto all’ “apostolato gerarchico della Chiesa” – praticata fin dai tempi di San Paolo, poi in innumerevoli campi come nelle associazioni di fedeli, gli ordini minori, l’Azione cattolica, ecc. – ma anche al “Ministero pastorale” in quanto tale.

I testi fondatori del Concilio Vaticano II

Sul piano dei principi riconosciuti, la commissione d’interpretazione del Concilio, diventata Commissione per l’Interpretazione dei Testi Legislativi⁶, fonda dunque, per il Codice latino, questa collaborazione molto specifica su tre passi: la costituzione dogmatica sulla Chiesa *Lumen Gentium*, n. 33, il decreto sull’ufficio pastorale dei Vescovi *Christus Dominus*, n. 10, e il decreto sull’apostolato dei laici *Apostolicam Actuosi-*

tatem, n. 24. Il Codice Orientale ordina questi tre riferimenti e ne aggiunge di nuovi: *Lumen Gentium* 33 viene citato per i due tipi di collaborazione, *Christus Dominus* 10 soltanto per il primo, cioè per l’apostolato gerarchico, e *Apostolicam Actuositatem* 24 soltanto per il secondo, cioè per il Ministero pastorale in quanto tale; in entrambi i casi si riferisce inoltre a *Lumen Gentium* 37; per il primo tipo di collaborazione, cita ancora *Christus Dominus* 27, *Apostolicam Actuositatem* 20b e 26, i decreti sull’attività missionaria *Ad Gentes* 30 e sul Ministero e sulla vita dei sacerdoti *Presbyterorum Ordinis* 17, mentre per il secondo tipo cita *Christus Dominus* 27 e *Ad gentes* 17. Per quanto riguarda la sottomissione all’autorità ecclesiastica nell’esercizio di tutte queste funzioni, il Codice Orientale rinvia ad *Apostolicam Actuositatem* 20d⁷.

“Funzioni” ecclesiastiche per i laici

Poiché la questione che ci interessa è quella del secondo tipo di collaborazione, che può apparire la più innovatrice, la più vicina al sacramento dell'Ordine, dobbiamo citare questi testi così come i chiarimenti ufficiali forniti dalle commissioni di redazione⁸. In LG 33, possiamo leggere:

“Oltre a questo apostolato, che spetta assolutamente a tutti i fedeli, i laici possono anche essere chiamati in diversi modi a collaborare più immediatamente coll'apostolato della gerarchia (cfr. PIUS XII, *Alloc. Six ans se sont écoulés*, 5 ott. 1957)^{m.17}, alla maniera di quegli uomini e di quelle donne che aiutavano l'apostolo Paolo nel vangelo, faticando molto per il Signore (cfr. *Fil* 4, 3; *Rom.* 16, 3ss.).

Hanno inoltre l'attitudine ad essere assunti dalla gerarchia (*ad hierarchia adsumantur*) per esercitare, per un fine spirituale, alcune funzioni ecclesiastiche (*ad quaedam numera ecclesiastica, ad finem spiritalem exercenda*)^{Rel.F m.18 m.19}”.

Dalle spiegazioni delle commissioni di redazione emergono diverse chiarificazioni.

L'unica vera novità è costituita da questa frase: “I laici hanno inoltre l'attitudine a essere assunti dalla gerarchia per esercitare, per un fine spirituale, alcune funzioni ecclesiastiche”. In cosa consistono queste “funzioni ecclesiastiche”? La relazione alla lettera F, riguardante il penultimo testo, quello che poteva ancora includere delle modifiche anche sostanziali votate dai Padri, dice semplicemente che

qui è stata introdotta una “idea complementare”, tratta dalla lunga lista di proposte del Card. Suenens. Ma la lettura di questa “*Propositio nova ordinatione capitum*”⁹ del settembre 1963, già lodata dalla commissione, non aiuta a comprendere perché la commissione abbia ritenuto opportuno mantenerla: la frase in questione è riportata tale e quale, in conclusione del paragrafo sull'uguaglianza e ineguaglianza dei membri della Chiesa di Cristo, e senza che si trovino spiegazioni negli altri interventi del prelado. Sembra dunque che la frase sia stata inserita nella costituzione come un'affermazione generica, permettendo una progressione logica in seno al paragrafo.

Il *modus* 18 mostra che almeno per un Padre questa frase manca di chiarezza, egli non vede bene se si tratta di una cosa diversa dall'“appello a collaborare all'apostolato della gerarchia”, per non parlare del mandato proprio delle associazioni riconosciute dalla Chiesa. La commissione rifiuta allora di sopprimerne il testo e precisa che si tratta dei *munera* “ecclesiastici” di cui fornisce due esempi: economo di un'istituzione religiosa e catechista in senso stretto.

Se ci rapportiamo al testo di AG 17, vediamo che si tratta non di catechisti che si accontentano di guidare le preghiere e di avere una missione di insegnamento nella loro comunità, ma di quelli dei paesi di missione che sono assunti a tempo pieno e che, a questo titolo, hanno diritto ad una remunerazione:

“Nel nostro tempo, in cui il clero è insufficiente per l'evangelizzazione di tante moltitudini e per l'esercizio del Ministero pastorale, il compito dei catechisti è della massima importanza. Pertanto, la loro formazione deve compiersi e adeguarsi al progresso culturale, in modo che, come validi cooperatori (*validi cooperatores*) dell'ordine sacerdotale, possano svolgere nella maniera migliore il loro compito (*munus*), che si va facendo difficile con cariche nuove e più ampie.

Si devono quindi moltiplicare le scuole diocesane e regionali, nelle quali i futuri catechisti apprendano sia la dottrina cattolica, specialmente in materia biblica e liturgica^{m.1}, sia anche il metodo catechistico e la pratica pastorale, e ricevano una formazione morale cristiana [...].

Ed ancora, a quelli che si dedicano completamente a quest'opera bisogna garantire un decoroso tenore di vita e la sicurezza sociale con giusta remunerazione^{Rel.A} [...].

È altresì auspicabile che ai catechisti convenientemente formati, dove sembrerà opportuno, la missione canonica^{m.3} sia conferita pubblicamente nella celebrazione della liturgia, perché servano la fede con maggiore autorità presso il popolo^{Rel.B}.

Inoltre, sempre in AG 17, la commissione auspica che i catechisti possano ricevere una missione canonica, senza distinguere tra i catechisti ausiliari e i catechisti in senso stretto: il fatto significa che non è la missione canonica a conferire il “*munus ecclesiastico*” al quale la gerarchia può chiamare. Al *modus* 3, la commissione riconosce anche che questa “missione canonica” non ha valore “canonico” in senso proprio! Si afferma che si tratta semplicemente di una pratica diffusa e che il decreto vi incoraggia là dove ciò può contribuire ad una maggiore autorità al servizio della fede reso dai catechisti.

Si tratta sì di una “autorità”, ma non di una “*potestas*”: l'eventuale lettera di missione, che il nuovo Codice non prevede più del vecchio, non conferisce alcuna potestà, e dunque non toglie nulla al governo dei “pastori propri”, cioè i Parroci e i Cappellani per assimilazione.

Il testo del decreto sull'apostolato dei laici, *Apostolicam Actuositatem* 24, era ancora più categorico:

“Infine la Gerarchia affida ai laici alcuni compiti (*munia quaedam committit*), che sono più intimamente collegati con i doveri dei pastori (*propius cum officiis pastorum coniuncta sunt*), come nell'esposizione della dottrina cristiana, in alcu-



ni atti liturgici, nella cura delle anime. In forza di tale missione, i laici, quanto all'esercizio del loro compito (*muneris*), sono pienamente soggetti alla direzione (*moderationi*) superiore ecclesiastica^{Rel.F}".

Per non creare confusione e dare l'impressione che la potestà di giurisdizione potesse così essere trasmessa per via non sacramentale, materia questa dibattuta non appartenendo alla dottrina comune, e sulla quale non si poteva pertanto fondare alcuna disciplina, il testo fu espurgato da ogni riferimento alla nozione di "mandato", di "missione canonica" e di "partecipazione all'apostolato della gerarchia". Si veda a questo riguardo la relazione F in nota.

"Munera" et "officia" in senso ampio

Tutto si basa dunque sui due livelli particolari di collaborazione distinti da LG 33 (i consigli ed eventuali incarichi). LG 37 non fa altro che riprendere questa distinzione, ma questa volta presentando i rapporti dei laici con la Gerarchia dal punto di vista dei pastori:

"D'altra parte i sacri pastori riconoscano e promuovano la dignità e la responsabilità dei laici nella chiesa; si servano volentieri del loro prudente consiglio, con fiducia affidino loro degli incarichi per il servizio della chiesa (*in servitium Ecclesiae officia committant*) e lascino loro libertà e campo di agire, anzi li incoraggino perché intraprendano delle opere anche di propria iniziativa^{Rel.K}. Considerino attentamente in Cristo e con paterno affetto le iniziative, le richieste e i desideri proposti dai laici. Con rispetto poi i pastori riconosceranno quella giusta libertà, che a tutti compete nella città terrestre^{Rel.M}".

Ora gli incarichi ecclesiali di cui si parla qui, e che una "lettera di missione" non basta a conferire, sono in realtà degli uffici: in effetti, il termine latino impiegato da LG 37 è esplicitamente "*officia*", mentre LG 33 parla di "*munera*" "da esercitare per un fine spirituale"; ciò rinvia in modo piuttosto chiaro alla definizione dell' "ufficio ecclesiastico

in senso largo", come presentato nella prima parte del can. 145 § 1 del *Codice di diritto canonico* del 1917 e già canonicizzata da *Presbyterorum Ordinis* 20 come senso ormai generico dell'ufficio nella Chiesa. La relazione C della terza ultima redazione di quest'ultimo decreto mostra, d'altronde, che già nel 1964 era stato deciso che uno dei principi di rimaneggiamento della legislazione sarebbe stato quello di adottare in genere l'accezione ampia dell'ufficio ecclesiastico e non più la sua accezione stretta che obbligava a comportare una partecipazione alla potestà d'ordine o di giurisdizione. Qualunque sia la fondatezza di questa riforma – in effetti, è veramente possibile strutturare l'istituzione della Chiesa a partire da uffici che non tengono conto in primo luogo né del sacramento né della necessità di un potere coattivo? – essa significa che "la partecipazione alla potestà non entra nel concetto d'ufficio¹⁰, né la partecipazione al sacramento dell'Ordine".

Dobbiamo notare, a proposito di LG 33, che il testo non distingue tra "*officia*" e "*munera*". In successive estrapolazioni si è preteso che la Chiesa locale godesse di una priorità in rapporto alla Chiesa universale¹¹, il che implicherebbe l'obbligo di riconoscere dei *munera* spontanei presso i laici (in particolare nella parrocchia) e a volte di erigerli in uffici ecclesiastici veri e propri; ma nulla di ciò può invocare il fondamento conciliare: LG 33 non distingue tra *munera* e *officia*, non concepisce i *munera* nel senso ontologico quali fondamento della *Sacra Potestas* conferita da una consacrazione (come al can. III sulla gerarchia), ma nel senso generico di dovere o di ruolo.

"Collaboratori" o "cooperatori"?

Nell'organizzazione della Chiesa i laici possono dunque ricevere un posto molto particolare che è esaltato, poiché sono aperti loro uffici relativamente rari, piuttosto a tempo pieno e meglio definiti di ciò che comportano le numerose missioni canoniche, che per-

mettono pertanto ai ministri, Vescovi compresi, di esercitare la loro "*sacra potestas*" nativa¹². Allo stesso tempo, si tratta di un posto piuttosto delimitato: *Christus Dominus* 27 trova ambiguo che si attribuisca il titolo di "collaboratori" anche ai laici che svolgono un ufficio nella curia diocesana, e limita il loro apporto ad un "aiuto del Vescovo":

"Sia i sacerdoti che i laici^{m.99m.100} che fanno parte della curia siano ben consapevoli di dare una mano (*adiutricem operam praestare*)^{m.101} al Ministero pastorale del Vescovo. La curia diocesana sia ordinata in modo da diventare per il Vescovo un mezzo idoneo, non solo per l'amministrazione della diocesi, ma anche per l'esercizio delle opere di apostolato".

Lo stesso dicasi per il termine "cooperatori". Probabilmente poiché indica già la misura di "*sacra potestas*" conferita ai sacerdoti fin dall'ordinazione, e dunque ha un fondamento sacramentale, LG 28 dice che i sacerdoti sono "*providi cooperatori*" dell'ordine episcopale, e non soltanto il suo aiuto e il suo strumento. Il decreto conciliare sull'ufficio pastorale *Christus Dominus* non fa mai menzione dei laici come collaboratori, neanche nel cap. 2-III sui cooperatori del Vescovo diocesano; si parla di un dovere di cooperare che riguarda i parroci, ma si tratta di cooperare con altri pastori: non viene imposto loro alcun dovere di cooperare con i fedeli come se ciò facesse parte della loro missione. Al contrario, i modi 1, 3 e 6 in CD 11 escludono esplicitamente i laici e i diaconi dalla definizione conciliare della diocesi come "porzione del popolo di Dio che è affidata a un Vescovo che deve pascerla con la cooperazione di un presbiterio". Quando un Padre chiese se non si potesse aggiungere a questa definizione "con la cooperazione del presbiterio e anche dei laici", gli fu risposto seccamente che i laici non si occupano di pascere¹³.

I laici non sono "pastori"

Nulla quindi permette di dire che la cooperazione, la col-

laborazione o la partecipazione dei laici appartiene alla nozione di “carica pastorale dei pastori”: nel Concilio, soltanto il decreto *Apostolicam Actuositatem* 10 parla della cura delle anime a proposito dei laici, ed è in questi termini:

“[I laici] cooperano con dedizione nel comunicare la parola di Dio, specialmente mediante l’insegnamento di catechismo; mettendo a disposizione la loro competenza *rendono più efficace la cura delle anime* ed anche l’amministrazione dei beni della Chiesa.”

D'altronde, abbiamo visto come AA 24 parli della possibilità di affidare ai laici dei compiti “più strettamente legati” ai doveri dei pastori, nei tre aspetti dell'unico *munus*, e quindi anche nella cura delle anime; ma non parla di affidare loro questa cura. Dalla ricerca effettuata sulla base dei dati “*Magistra*” non risulta alcun testo ufficiale che parli di laici, se non altro a titolo di collaborazione, quando si tratta di *cura animarum*. Ancora meno si parla di un diritto da parte loro a collaborare a questa *cura animarum*: essi possono collaborare all’apostolato, alla missione della Chiesa, perfino alla trasmissione della Parola, ma non alla cura delle anime, cioè alla funzione che spetta alla sola carica di pastore. Il Codice attuale distingue i limiti di questi uffici quando riassume i doveri dei parroci: “con la cooperazione anche di altri presbiteri o diaconi e contribuendo all’opera anche fedeli laici a norma del diritto”¹⁴.

I laici non sono abilitati a “presiedere”

Per terminare con la possibilità per i laici di assumere uffici di grande responsabilità, che sono su un piano diverso dalla responsabilità sacramentale sulle anime, bisogna citare il *modus* 2 di AG 17, in quanto è stato fedelmente ripreso nell’Istruzione interdicasteriale e nelle sue traduzioni¹⁵.

“Inoltre le Chiese devono sentire e apprezzare con gratitudine l’opera generosa dei catechisti ausiliari, del cui aiuto avranno bisogno. Essi nelle loro comunità conduco-

no^{m.2} le preghiere ed impartiscono l’insegnamento. Anche della loro formazione dottrinale e spirituale ci si deve debitamente preoccupare”.

Poiché l’ufficio affidato ai laici non comporta alcuna potestà e nessun rapporto col sacramento dell’Ordine, ciò si traduce in tutti i loro compiti di direzione: il latino non usa il termine “*praesident*” nei loro riguardi, ma “*praesunt*” o a rigore “*praeunt*”; ciò vuol dire che si può affidare a questi laici il compito di essere accompagnatori di comunità, di essere gli animatori, di dare l’esempio, o anche di camminare avanti, di dirigerle, di guidarle. Ma essi non “presiedono” a nulla, né ai battesimi, né alle preghiere, né ai funerali, né ai consigli: presiedere è proprio della gerarchia sacramentale.

Neanche i diaconi sono “pastori”

Il che comporta d'altronde una conseguenza mal esplorata nei confronti dei diaconi: essi sono membri della gerarchia sacramentale, ma non del sacerdozio. Ricevono la capacità di offrire a nome del Popolo e di distribuire a nome di Dio, sono di fronte alla Chiesa, sono immagine di Cristo nella dimensione di servizio del suo sacerdozio, ma non sono immagine di Cristo Capo: essi, quindi, possono presiedere e benedire di fronte al Popolo, ma mai in presenza di un sacerdote. La dottrina comune espressa nel *Catechismo della Chiesa Cattolica* o nel nuovo *Direttorio per il ministero e la vita dei diaconi permanenti* fa iniziare la carica pastorale solo con il presbiterato¹⁶: la grazia propria dei diaconi, al primo grado del “sacramento del Ministero”, non fa di loro dei pastori. Per questo essi non possono ricevere uffici che comportino la piena cura d’anime. L’istruzione ricorda che bisogna attribuire loro prioritariamente dei compiti di supplenza, in quanto essi esercitano un vero Ministero. Pur tuttavia, anche nel caso del can. 517 § 2, i diaconi non partecipano al compito “pastorale”, ma soltanto al suo esercizio. Possano tutte queste distinzioni tra carica pastorale, ministe-

ro e ufficio ecclesiastico aiutare a comprendere quanto poco potere sia in gioco in tutto ciò che costituisce l’armatura dell’istituzione della Chiesa: proprio perché si tratta di grazie proprie, fondate su consacrazioni differenti, i ruoli non sono interscambiabili.

Il Cardinale Ratzinger riassume in questo modo la questione dottrinale¹⁷:

“L’Istruzione distingue bene i tre tipi di compiti e servizi tramite i quali i fedeli laici partecipano all’unica missione della Chiesa:

1) compiti e servizi riguardanti l’apostolato dei laici, cioè il loro peculiare modo di rendere presente Cristo nelle strutture dell’ordine temporale e civile;

2) compiti e servizi nelle varie strutture organizzative della Chiesa, che vengono affidate ai laici dalla competente autorità ecclesiastica, tramite uffici e funzioni;

3) compiti e servizi, che sono propri dei sacri ministri, ma che tuttavia per speciali e gravi circostanze, e concretamente per mancanza di presbiteri e diaconi (auspicabilmente transitoria), vengono temporaneamente esercitati da laici, previa facoltà giuridica o mandato dell’autorità ecclesiastica competente. Si tratta in questo caso dei già accennati *compiti suppletivi*, che non derivano in modo intrinseco dal carattere dell’Ordine sacro”.

Riconosciamo qui la distinzione conciliare ricordata più avanti, a cui si aggiunge la distinzione dei casi di supplenza. Non si può non accorgersi che questa dottrina comporta immediatamente implicazioni dell’ordine del governo. L’apostolato dei laici va sempre promosso; la loro cooperazione negli uffici ecclesiastici non è da promuovere, è una possibilità che in sé non apporta nulla ai laici, ma di cui i vescovi possono approfittare nell’organizzazione della loro diocesi, nella misura in cui ciò non comporti confusione di identità; quanto alla supplenza, essa è possibile soltanto come rimedio temporaneo ad una situazione di crisi. È dunque un male minore, da fuggire il più possibile.

Altri aspetti canonici

I testi menzionati in precedenza mostrano come la distinzione di diversi gradi nella collaborazione derivi da un'altra distinzione, quella tra la potestà d'ordine e la potestà di governo, e dall'introduzione del principio di una possibile "cooperazione" a quest'ultimo.

Su questo principio, abbiamo un secondo gruppo di canoni, che non reinterpreta soltanto due o tre passaggi conciliari, ma una tradizione piuttosto attestata, la cui interpretazione non è ancora unanime per quanto riguarda il modo di trasmissione di queste due potestà (l'ordine e la giurisdizione), ma di cui il concilio ha ben stabilito l'origine sacramentale facendo riposare l'origine del potere collegiale dei vescovi su una stessa partecipazione ontologica ai *munera Christi*, partecipazione ricevuta in una consacrazione personale che configura a Cristo secondo una modalità nuova ad ogni grado del sacramento. L'edizione critica del *Catechismo* ricapitola questo insegnamento sostituendo il n. 879 con questi termini:

"Il Ministero sacramentale nella Chiesa è dunque un servizio esercitato in nome di Cristo. Esso ha un carattere personale e una forma collegiale".

Una rivendicazione di tipo "giuridistico"

Sarebbe troppo lungo commentare questi testi e tutta la tradizione in cui si iscrivono. Ancora una volta, il concilio non ha voluto scegliere esplicitamente circa il modo di trasmissione di queste due potestà. Ma ci mettiamo a sognare quando vediamo che viene periodicamente servita come ultima conseguenza dell'ecclesiologia di comunione¹⁸ la tesi di K. Rahner del 1956¹⁹, secondo la quale gli animatori pastorali perderebbero il loro stato laicale ed entrerebbero nello stato clericale per il fatto di esercitare stabilmente una funzione o un ufficio ecclesiale, che li farebbe di per sé partecipare alla sacramentalità della Chiesa in quanto la loro funzione farebbe di loro dei segni dell'ordine del *sacramentum tantum*. Questa tesi è messa completamente fuori questione dall'insegnamento conciliare sui *munera* e sulla *sacra potestas* come fondamento ontologico del Ministero. Qualunque sia il carattere polemico di queste opere che sembrano soprattutto preoccupate di fare saltare così il lucchetto del celibato, inteso come motivo nascosto della distinzione tra chierici e non chierici, esse riposano tutte su una concezione alla fine piuttosto "giuridistica" e un po'

ipertrofica della potestà di giurisdizione, come se questa fosse d'uso corrente nella Chiesa. Quando cercano un sostegno conciliare, tali autori citano LG 33, come se questo testo prevedesse la possibilità per i laici di esercitare una giurisdizione: si è già detto come è la cosa in realtà. Non possiamo neanche negare che in questi sforzi disperati ci sia "la ricerca se non di una teologia, almeno di una pratica alternativa dei Ministeri nella Chiesa", per riprendere una frase d'antologia, quando vediamo questi autori firmare petizioni su petizioni e agitarsi attorno a Sinodi diocesani per far passare la loro tesi. Ma ciò che è vero, è che si tratta di dispute di chierici di cui i laici non sono responsabili.

L'insegnamento

del Catechismo della Chiesa Cattolica

Riportiamo soltanto la citazione che fa il *Catechismo della Chiesa Cattolica* di questi canoni, ai n. 908 e seguenti, sulla partecipazione dei laici all'ufficio regale di Cristo.

N. 910: "I laici possono anche sentirsi chiamati o essere chiamati a collaborare con i loro pastori nel servizio della comunità ecclesiale, per la crescita e la vitalità della medesima, esercitando ministeri diversissimi, secondo la grazia e i carismi che il Signore vorrà loro dispensare" (*Evangelii nuntiandi*, 73).

N. 911: Nella Chiesa "i fedeli possono cooperare a norma del diritto all'esercizio della potestà di governo" (*CIC*, can. 129 § 2) e questo mediante la loro presenza nei Concilii particolari (*CIC*, can. 443 § 4), nei Sinodi diocesani (*CIC*, can. 463 § 1.2), nei Consigli pastorali (*CIC*, cann. 511; 536); nell'esercizio della cura pastorale di una parrocchia (*CIC*, can. 517 § 2); nella collaborazione ai Consigli degli affari economici (*CIC*, cann. 492 § 1; 536); nella partecipazione ai tribunali ecclesiastici (*CIC*, can. 1421 § 2).

Si nota che l'edizione critica del *Catechismo* sopprime l'ambiguità di una partecipazione "*in solidum*" dei laici nell'esercizio eccezionale del-

CDC 1983	CCEO 1990
274 § 1: Solo i chierici possono ottenere uffici il cui esercizio richieda la potestà di ordine o la potestà di governo ecclesiastico ^{274§1} .	371 § 1: I chierici, in possesso dei requisiti canonici, hanno il diritto di ottenere dal proprio Vescovo eparchiale un qualche ufficio (<i>officium</i>), ministero (<i>ministerium</i>) o incarico (<i>munus</i>) da esercitare a servizio della Chiesa.
129 § 1: Della potestà di governo, che esiste nella Chiesa per divina istituzione, chiamata anche potestà di giurisdizione, secondo il diritto sono soggetti abili a norma dei canoni del diritto, quanti sono insigniti dell'ordine sacro ^{129§1} . § 2: All'esercizio di tale potestà possono cooperare anche i laici a norma del diritto ^{129§2} .	979 § 1: Sono abili alla potestà di governo, che per istituzione divina esiste nella Chiesa, coloro che sono costituiti nell'ordine sacro, a norma del diritto ^{979§1} . § 2: Nell'esercizio della potestà di governo tutti gli altri fedeli cristiani possono cooperare a norma del diritto ^{979§2} .
150: Un ufficio che comporti la piena cura delle anime, il cui adempimento esige l'esercizio dell'ordine sacerdotale, non può essere validamente conferito a chi ancora non è promosso al sacerdozio.	

la cura pastorale prevista dal can. 517 § 2: poiché l'espressione "*in solidum*" si applica a collegi in cui i membri sono a pari responsabilità, essa non può convenire per la cura pastorale che appartiene unicamente al pastore proprio della comunità, anche se si tratta di un moderatore.

Ministeri e uffici dei laici nel Codice di Diritto Canonico

A proposito dei Ministeri e degli uffici dei laici, bisogna ugualmente citare i canoni 224-231, che trattano degli obblighi e dei diritti dei fedeli laici. Essi parlano di *Ministero* soltanto nel can. 230 § 1 e 3, a proposito dei Ministeri istituiti.

Parlano di *officium* in più sensi: nei cann. 225 § 2 e 226 § 1, nel senso generico di *doveri* legati all'evangelizzazione dell'ordine temporale e della famiglia; nel § 3 del can. 230 si parla di uffici dei Ministeri istituiti, anche qui in termini di doveri. Nel can. 228 si parla di certi "uffici ecclesiastici", definiti dal diritto, verso i quali i laici godono di una *habilitas*. Il senso qui è pertanto più tecnico, si tratta dell'ufficio ai sensi del can. 145. Possiamo dedurre da questa capacità il fatto che i *munera* deriverebbero dalla conferma così come il carattere deriva dal sacramento dell'ordine: l'ordine produce sempre il carattere, mentre la conferma non produce che una *habilitas*, che non è valida per tutti gli uffici e per tutti i *munera*, ma per quelli che sono definiti e non comportano la cura d'anime.

Non è buona metodologia fondare una teoria soltanto a partire dal vocabolario di un testo tanto contingente quanto il *CIC*. Tuttavia, lo stesso Codice non dà alcun fondamento per considerare che il battesimo o la confermazione inducano un diritto all'ufficio: essi danno soltanto una "*aptitudo*", tradotta con "*habilitas*" nel *CIC*, verso certi uffici "più vicini" a quelli dei pastori.

Il Codice, al can. 150, partendo dalla nuova nozione amplificata d'ufficio, ha introdotto la possibilità di affidare veri e propri uffici ecclesiastici a

dei laici, a condizione che non comportino la "piena cura d'anime". In pratica, il paragone con il can. 228 porta a fare in modo che solo gli uffici previsti dal diritto possano essere affidati ai laici: quelli che sono stati istituzionalizzati dal *CIC* sono molto poco numerosi²⁰. Tutti gli altri, dunque, vanno creati dal diritto particolare, e non possono prendere il posto degli uffici la cui esistenza è obbligatoria. Inoltre, come abbiamo visto, l'ufficio affidato ai laici non comporta alcuna potestà; esso non si sostituisce alla responsabilità pastorale sulle anime, ed è un principio basilare dell'organizzazione della Chiesa fare in modo che non ci sia alcuna comunità senza pastore, che il suo criterio di raggruppamento sia territoriale o personale. Come sottolinea Mgr Cadilhac: "Soltanto chi è ordinato può assumere la cura pastorale. Una parte dell'esercizio di questa può certamente essere delegata a dei laici, ma essi possono svolgere il loro compito soltanto alle dipendenze di chi ha la cura pastorale"²¹. Se il *Directorio per il Ministero e la vita dei diaconi permanenti* ricorda che essi esercitano il loro ministero, anche nei contesti meno favoriti e lontani dalla Chiesa, sempre sotto la dipendenza di un pastore per tutto ciò che riguarda la cura delle anime, ciò vale a fortiori per i laici.

Si tratta di mettere in guardia contro un certo spirito, e non di dire tutto

È importante ricordare il can. 19, che tratta dei casi di lacuna giuridica. Ora, l'assenza di norma non significa licenza di fare qualunque cosa. La Chiesa ha sempre riconosciuto la validità delle consuetudini "*praeter legem*" ad una condizione: la razionalità. Questa dipende da criteri oggettivi, frutto dell'esperienza della Chiesa, che le permettono di mantenere una certa coerenza nel suo operato. Tali criteri sono quelli dell'analogia con le leggi utilizzate per casi simili, dei principi generali del diritto, della giurisprudenza e della pratica della curia romana e, infine, dell'opinione co-

mune e costante dei dottori.

Tali criteri permettono di proporre, tra l'altro, lo sviluppo della nozione di "cura animarum".

L'articolo 1 dell'Istruzione chiede anzitutto un chiarimento terminologico; forse sarebbe opportuno in questo senso attenersi alla classificazione proposta da certi formatori del clero:

1. la *cura animarum* spetta esclusivamente ai ministri ordinati (cfr. can. 150);

2. la *cura pastorale* appartiene al Vescovo, e il presbitero vi partecipa (*CD* 11). Essa non può fondarsi su una lettera di missione;

3. la cura pastorale è *esercitata* dal parroco, e sono i vicari a partecipare al suo esercizio. Una partecipazione a questo esercizio può essere affidata ai laici nel caso eccezionale del can. 517 § 2.

b) La questione delle facoltà speciali

Quando uno va a cercare le fonti della legislazione attuale, scopre che tante facoltà sono state concesse per due categorie di fedeli: i migranti e i militari²². I nostri ammalati hanno soltanto dal 1985 il loro Consiglio Pontificio, incaricato di fare pervenire fino a loro la sollecitudine della Chiesa universale.

L'Istruzione *nemo est* del 1969 per i migranti attribuisce al loro Cappellano l'equivalenza col parroco se ha una "missione con cura d'anime", e anche lo stesso titolo con i diritti e gli obblighi del pastore proprio, se viene affidata a lui una parrocchia personale. L'art. 39 dice che questa potestà personale è cumulativa *aequo iure* con quella del parroco. E pertanto, ogni emigrato ha piena facoltà di rivolgersi liberamente per la celebrazione dei sacramenti, compreso il matrimonio, sia al Cappellano, sia al parroco del luogo".

Forse una tale equivalenza potrebbe essere utile in certi casi anche per gli ammalati.

Non vorrei suscitare cattive brame, ma mi sembra che comporre un nuovo elenco di facoltà, eventualmente ampliato dopo aver sentito quali

erano i bisogni dei Cappellani nella Chiesa universale, e magari munito di nuove indulgenze da richiedere alla Penitenzieria Apostolica, sarebbe anche un modo di dimostrare due cose:

– l'importanza per la Chiesa del mondo della sofferenza;

– la risposta peculiare della Chiesa a questo mondo. Infatti, la Chiesa risponde ai bisogni non solo a livello di aiuto umanitario, ma soprattutto con la cura pastorale, tipicamente sacerdotale. La cura pastorale, ecco il modo col quale la Chiesa risponde al diritto dei fedeli di ricevere con abbondanza la Parola e i Sacramenti. Una presenza sacerdotale è una presenza particolare di Cristo, e ampliare le facoltà sacerdotali significa facilitare l'incontro con Cristo di un mondo peculiare.

c) La scelta di costituire nuove cappellanie

CD 18 esprime un voto della Chiesa universale. È un testo che vale tanto per la Chiesa latina quanto per le Chiese orientali. Esiste dunque un dovere da parte delle Conferenze di Vescovi, di studiare le questioni più urgenti a proposito dei gruppi di fedeli ai quali giunge difficilmente il Ministero dei parroci.

In materia la Chiesa non mortifica l'immaginazione, anzi, è proprio la sua istanza più solenne che chiede a tutti un esame di coscienza circa il modo di rispondere ai bisogni delle anime.

L'unica riserva che c'è da parte della Chiesa è costituita dalla necessità di regolarsi

sempre secondo la virtù di prudenza. In materia di "Pastorale peculiare", abbiamo trovato un solo criterio "restrittivo" in questo senso. L'Istruzione *Solemne semper* del 1951 ricorda un principio sempre valido:

"Non lanciare nel Ministero Sacerdoti inesperti.

Vi esortiamo, Venerabili Fratelli, ad evitare, per quanto è possibile, di lanciare nel pieno dell'attività pastorale Sacerdoti ancora inesperti, e di mandarli in luoghi molto remoti dalla sede della diocesi o da altri centri maggiori. In simile situazione infatti, isolati, inesperti, esposti a pericoli, privi di maestri prudenti, ne avrebbero certamente danno per se stessi e per il loro ministero".

Possiamo considerare che anche la Pastorale della Salute è un'ambito troppo delicato per essere improvvisato: tutte le innovazioni sono possibili riguardo al modo di affidare le anime, ma "nella misura del possibile" le generazioni di sacerdoti che saranno destinati a delle Pastorali innovative devono essere formati alla scuola di confratelli che insegnino loro il "sensus Ecclesiae", per essere sicuri di non "correre invano".

Mons. MARTIN VIVIES
Professore di Diritto Canonico
nel Seminario S. Martin di Blois
Francia

Note

¹ Cfr. PONTIFICIA COMMISSIONE PER L'INTERPRETAZIONE AUTENTICA DEL CODICE DI DIRITTO CANONICO, Risposta (1 giugno 1988): AAS 80 (1988) p. 1373.

² Cfr. PONTIFICIO CONSIGLIO PER L'INTERPRETAZIONE DEI TESTI LEGISLATIVI, Risposta (11 luglio 1992): AAS 86 (1994) pp. 541-542. Quando si prevede una funzione per l'inizio dell'affidamento di un compito di cooperazione degli assistenti pastorali al ministero dei chierici, si eviti di far coincidere o di unire detta funzione con una cerimonia di sacra ordinazione, come pure di celebrare un rito analogo a quello previsto per il conferimento dell'accollato o del letto-rato.

³ In tali esemplificazioni si devono includere tutte quelle espressioni linguistiche che, negli idiomi dei diversi Paesi, possono essere analoghe o equivalenti ed indicanti un ruolo direttivo di guida o di vicarietà rispetto ad essa.

⁴ Le aggregazioni ecclesiali risalgono alle origini della Chiesa; si sono conservate tracce di legislazione in materia di:

– collegi di *fossore*, a scopi caritativi, nel IV secolo per la sepoltura nelle catacombe;

– in Oriente, i *parabolani* si dedicano alle cure dei malati a partire dal 250. Il loro numero è limitato dal codice teodosiano a 250 per la città di Alessandria;

– ancora in Oriente, confraternite di *spoudaioi* e *philoponoi*, fedeli che vivono nel mondo ben distinti dai religiosi ma che si aiutano nella ricerca della perfezione e ai quali si affidano a volte vigilie troppo lunghe;

– troviamo l'uso di "*confratriae*" a partire dal 658 (Concilio di Nantes) per indicare riunioni di fedeli a scopo di pietà (cfr. R. NAZ, *Traité de droit canonique*, Paris 1955).

² Classifica secondo i termini di F. D'OSTILIO, *Prontuario del Codice di Diritto Canonico*, Città del Vaticano 1995, p. 247.

³ La concordanza dei canoni tra CDC e CCEO è quella pubblicata da E. EID E R. METZ, *Il Codice dei canoni delle Chiese orientali*, Libreria Editrice Vaticana, 1997.

⁴ La traduzione del "*munera quibus ipsi secundum iuris praescripta fungi valent*" si ispira qui a quella riconosciuta dalla Conferenza Episcopale Spagnola.

⁵ Oltre agli *Acta synodalia*, questi testi si possono trovare in FRANCISCO GIL HELLIN, *Concilii Vaticani II synopsis in ordinem redigens schemata cum relationibus necnon patrum orationes atque animadversiones*, Libreria Editrice Vaticana. Sono già stati pubblicati gli atti delle costituzioni dogmatiche *Lumen Gentium* e *Dei Verbum*, come pure del decreto *Presbyterorum Ordinis*.

⁶ Cfr. PONTIFICIA COMMISSIO CODICI IURIS CANONICI AUTHENTICE INTERPRETANDO, *Codex Iuris Canonici, fontium annotatione et indice analytico-alphabetico auctus* (1989), can. 228 § 1; PONTIFICIUM CONSILIIUM DE LEGUM TEXTIBUS INTERPRETANDIS, *Codex canonum Ecclesiarum orientalium, fontium annotatione auctus* (1995).

⁷ Utilizzerò d'ora in avanti le seguenti sigle: AA=Apostolicam Actuositatem, AD=Ad Gentes, CD=Christus Dominus, LG=Lumen Gentium; PO=Presbyterorum Ordinis.

⁸ La traduzione qui si ispira a quella, assai vicina al testo, dell'opera *Les conciles oecuméniques*, 2/2, Paris 1994.

¹⁷ "Due Padri propongono delle osservazioni riguardanti questa 'chiamata', o ciò che viene denominato il 'mandato' all'apostolato. Un altro Padre domanda che si dichiari esplicitamente: 'il mandato non è riservato ad una sola associazione, ma si estende a tutte le associazioni riconosciute dalla Chiesa'. R.: La redazione deliberatamente evita le controverse sul vocabolario. Le ulteriori determinazioni appartengono allo schema sull'apostolato dei laici".

^{Rel.F} "Questa idea complementare riguardante i *munera* ecclesiastici da esercitare da parte dei laici deriva dalla già lodata *proposta* di S.E. il Card. Suenens". La "*propositio Suenens*" dice quanto segue (nuova disposizione dei capitoli): "I laici godono inoltre dell'attitudine ad essere chiamati dalla gerarchia ad alcuni *munera* ecclesiastici, da esercitare con finalità spirituale".

¹⁸ "Un Padre propone di sopprimere la parola 'Inoltre' poiché questa coincide con le parole che precedono sulla cooperazione più immediata all'apostolato. R.: Si tratta qui di un'altra categoria, cioè di coloro che esercitano dei *munera* ecclesiastici, come ad esempio gli economisti di un'istituzione religiosa, i catechisti in senso stretto, ecc."

¹⁹ "Un Padre propone di *aggiungere* alla fine di questa frase una lunga esposizione sulle *diverse forme* secondo cui i



laici possono cooperare con la gerarchia. R.: non si può ammettere uno sviluppo di una tale ampiezza".

⁹ Cfr. GIL HELLIN, *op.cit.* pp. 868-871.

^{m.1} "Si sopprimano le parole 'soprattutto in materia biblica e liturgica' o si dica 'tanto la dottrina cattolica quanto la liturgia, nonché il metodo catechetico' (1 Padre). R: Il rinnovamento dell'azione pastorale condotto dal Concilio, per quanto riguarda la catechesi, consiste soprattutto nella catechesi biblica e liturgica. È opportuno quindi che i catechisti vi siano formati. Il testo resta".

^{rel.A} "Nel testo è stato introdotto un inciso perché appaia più chiaramente che questa remunerazione riguarda i catechisti denominati 'full time' (2,26 [Mgr Seitz IV,IV,619]; 5,41 [Mgr Riobé IV,IV,597]. In effetti è soprattutto di loro che si tratta nei primi tre paragrafi di questo numero; si tratta dei catechisti 'volontari' o 'ausiliari' nel quinto paragrafo".

^{m.3} "Venga soppresso il termine 'canonico' o almeno lo si giustifichi in nota; in effetti questo termine è stato respinto dal decreto AA sull'apostolato dei laici (1 Padre). R.: Tutto ben considerato, il *modus* non è ammesso, perché anche se il diritto attuale (*ius conditum*) non conosce una tale missione canonica, si tratta di una prassi ricorsa in numerosi luoghi, e non soltanto nelle missioni".

^{rel.B} "Un solo Padre (4,62 [Mgr Mazé]) solleva la questione di conferire ordini minori ai catechisti. Sembra sufficiente che lo schema proponga un'azione liturgica speciale per istituire il catechista".

^{m.34} "Trentaquattro Padri chiedono che al posto di 'agli uffici della gerarchia' si scriva 'ai pastori'; un Padre chiede 'all'Ordinario' e un altro Padre 'ai vescovi'. R.: Si scriva: "all'ufficio dei pastori". (*Acta Synodalia*, Vol. IV, Pars VI, p. 110).

^{rel.F} "La commissione si rimette alle osservazioni di Mgr Jubany Amau, e per non entrare in una materia discussa tra i canonisti, ritira le parole 'missione denominata canonica', così come 'essi partecipano a loro modo all'apostolato stesso della gerarchia'. Al posto di 'nella predicazione della parola di Dio', è meglio dire 'nella proposta della dottrina cristiana'. Si ammette la correzione proposta da due Padri (Mgr H. Tenhumberg e Mgr I. Hoffner), di aggiungere 'alcuni' prima di 'atti liturgici'. Anche qui si sopprime la nota riguardante la missione canonica, per la stessa ragione che sopra a proposito del mandato" (*Acta Synodalia*, Vol. IV, Pars II, p. 355).

^{rel.K} "Dopo l'esposizione dei rapporti dei laici verso la gerarchia, questa nuova frase considera ora, in senso inverso, la cosa dal punto di vista dei pastori (cfr. Cardinal de Barros Camara e 90 Padri del Brasile). L'inciso 'dignità [...] aggiungersi' è tratto dal decreto sull'apostolato dei laici tit. 2 c.1. n. 21, come suggerito da Mgr L. Trevor Picachy, con il consenso della commissione sull'apostolato dei laici. Al posto di 'consiglio secondo la loro competenza propria', qui si dice 'consiglio prudente', perché si è già molto parlato della 'competenza' e del resto non sarebbe chiaro se si tratta qui della competenza dei laici o di quella della gerarchia".

^{rel.M} "Ciò che si dice qui della *libertà dei laici nelle cose temporali* risponde ai suggerimenti del Card. Silva Henriquez (con 39 Vescovi), di Mgr Joseph Hoeffner, Samuel Ruiz, Marc McGrath".

¹⁰ J. MANZANARES, in *Code de droit canonique*, Paris 1989, commento del can. 145.

¹¹ Si rifiuta qui il giudizio espresso dalla lettera della Congregazione per la Dottrina della Fede "su taluni aspetti del-

la Chiesa come comunione" al n. 9. Cfr. DC 2055 (2-16 agosto 1992), p. 731.

¹² Cfr. *Nota explicativa praevia* n. 2 riguardante il cap. 3 di *Lumen Gentium*. ^{m.99} "Al posto di 'I sacerdoti e i laici' venga messo 'Tutti e ognuno dei collaboratori' (1 Padre). R: Il testo dello schema è più chiaro: al contrario, i termini proposti soffrono di ambiguità".

^{m.100} "Si omettano le parole 'e i laici' (1 Padre). Al posto di 'è auspicabile' (creare un consiglio pastorale) si dica 'là dove ritenuto opportuno' (10 Padri). R: Non bisogna omettere i laici, in quanto risulta della loro condizione nell'apostolato della Chiesa; le altre parole proposte non sono ammesse perché l'istituzione del consiglio pastorale è realmente da raccomandare".

^{m.101} "Dire 'essi devono apportare' (1 Padre). R: Il senso delle parole dello schema è che il lavoro nella curia diocesana riveste un carattere veramente pastorale".

¹³ "Si chiede di aggiungere le parole: 'ma anche con altri aiuti, laici non eccettuati' (un Padre). R: Ciò non è ammesso: poiché la diocesi è una porzione del popolo di Dio da pascere, non si può aggiungere 'anche con altri aiuti, laici non esclusi' in quanto non tocca ai laici di pascere il popolo di Dio".

¹⁴ Can. 519.

¹⁵ Cfr. Art. 6 § 2; 7 § 1; 12 ecc. Nella traduzione francese, se si impiega il verbo "presiedere" per il solo sacerdote o diacono, ci si accontenta di "guidare" o "animare" per i fedeli laici.

^{m.2} "Al posto di 'praesident - presidente', scrivere 'praesunt - dirigente' o 'praeeunt - mostrano l'esempio', in quanto il termine 'praesidere - presiedere' esprime la funzione della gerarchia sacramentale (1 Padre). R: Il *modus* è ammesso in ragione del senso latino".

¹⁶ L'edizione definitiva del catechismo, pubblicata contemporaneamente al nuovo *Direttorio generale per la Catechesi* nell'ottobre 1997, è ancora più chiara su questo punto: mentre l'art. 875 poteva lasciar supporre che anche i diaconi ricevono una partecipazione alla *sacra potestas* di agire in persona *Christi Capitis*, è stato corretto nel seguente modo: "Da lui, i vescovi e i sacerdoti ricevono la facoltà (la 'sacra potestà') di agire 'in persona di Cristo Capo', i diaconi la forza di servire il popolo di Dio nella 'diaconia' della liturgia, della parola e della carità, in comunione con il vescovo e il suo presbitero".

¹⁷ Cfr. intervista a 30 Giorni, dicembre 1997.

²⁷⁴⁸¹ Can 118 del CIC del 1917; C.1, D.XCVI; c.18, C.XVI, q.7; c.2, D.I., de cons.; c.2, X, de aetate et qualitate et ordine praeficiendorum, I, 14; c.6, X, de transactionibus, I, 36; c.2, X, de iudiciis, II, 1; c.2, X, de institutionibus, III, 7; c. 4, X, de immunitate ecclesiarum, coemeterii et rerum pertinentium, III, 49; c. 1, X, de clerico non ordinato ministrante, V, 28; c. 10, X, de poenitentis et remissionibus, V, 38;

Conc. Trident., sess. VII, de sacramentis in genere, Can. 10: Si quis dixerit, christianos omnes in verbo et omnibus sacramentis administrandis habere potestatem: a.s. - Sess. XIV, de poenitentia, c. 6, Can. 10; Si quis dixerit, sacerdotes, qui in peccato mortali sunt, potestatem ligandi et solvendi non habere; aut non solos sacerdotes esse ministros absolutionis, sed omnibus et singulis christifidelibus esse dictum: *Quoecumque ligaveritis super terram, erunt legata et in coelo; et quorum remiseritis peccata, remittuntur eis, et quorum retinueritis, retenta sunt*, quorum verborum virtute quilibet absolvere possit peccata, publica quidem per correptionem duntaxat, si correptus acieverit, secreta vero per

spontaneam confessionem: a.s. - Sess. XXIII, de ordine, c. 4, Can. 7; Si quis dixerit, episcopos non esse presbyteris superiores, vel non habere potestatem confirmandi et ordinandi, vel eam, quam habent, illis esse cum presbyteris communem; vel ordines ab ipsis colatos sine populi vel potestatis saecularis consensu aut vocatione irritos esse; aut eos, qui nec ab ecclesiastica et canonica potestate rite ordinati nec missi sunt, sed aliunde veniunt, legitimos esse verbi et sacramentorum ministros: a.s. - Sess. XXIV, de ref., c. 12.

Innocentius III, ep. "Eius exemplo", 18 dec. 1208, Professio fidei Waldensibus praescr; Leo X (in Conc. Lateranen. V), const. "Regimini universalis", 4 maii 1515, § 10; const. "Exsurge Domine", 15 iun. 1520, error 13, Martini Luther, damn.;

"In sacramento poenitentiae ac remissione culpa non plus facit Papa aut episcopus, quam infimus sacerdos: immo, ubi non est sacerdos, aequae tantum quilibet Christianus, etiamsi mulier aut puer esset. "Benedictus XIV, ep. encycl. "Quemadmodum", 23 mart. 1743, § 3, 6; Pius IX, litt. ap. "Multiplices inter", 10 iun. 1851 = Syllabus errorum, prop. 54; "Reges et principes non solum ab Ecclesiae iurisdictione eximuntur, verum etiam in quaestionibus iurisdictionis dirimendis superiores sunt Ecclesiae." ep. "Exortae", 29 apr. 1876;

S. C. Ep. et Reg., Arianen., 5 apr. 1593; Castellana, 22 iun. 1708, ad 3: in Causa Castellana, seu Nullius Provinciae Baren. Iurisdictionis inter Monasterium S. Benedicti Conversani Ordinis Cistercensis ex una, et nonnullis de Clero Castellanae partibus ex altera de et super infrascriptis dubbis, etc. nempe: 3. An dictae Abbatissae liceat proponere ad Curam Animarum Personas amovibiles ad nutum, easque ad libitum amovere (...). Sacra Congregatio respondit: Ad 3: Negative et interim per modum provisionis usque ad exitum Causae; Cura exerceatur per Deputandum a Capitulo approbandum tantum a Vicario Abbatissae per examinatores sibi benevisos. - decr. 15 iul. 1845: Sanctissimus Dominus noster Gregorius PP. XVI diu, serio ac mature perpendit relationem, quae inscribitur *Visita Apostolica eseguita dal Card. Pignatelli Arcivescovo di Palermo nel venerabile monastero di S. Giorgio della Congregazione Olivetana da Sua Maestà Ferdinando II Re del Regno delle due Sicilie firmata in Palermo 31 Marzo 1845, ita subscriptam*: "I. Maria Card. Pignatelli Arciv. Di Palermo Regio Visitatore Canonico Salvatore Calcaro Regio Visitatore - Pietro Giuseppe Leone dei ministri degl'infermi convisitatore", atque magno cum maore cognovit omnia in ea peracta apparere nomine, iussu, et auctoritate laicae potesta-



tis, quin mentio fiat Pontificii mandati, ac si regii iuris esset Apostolicam Visitationem indicare, et Visitationibus peragenda praescribere. Quapropter eadem Sanctitas Sua decrevit *relationem ipsam* sub tali forma ac terminis non esset admittendam, utpote Supremae Pontificiae auctoritati summopere laesivam, et Apostolicae Sedi iniuriosissimam; et hoc decretum sionificari mandavit per me infrascriptum S. Congregationis EE. Et RR. Praefectum eidem E.mo Archiepiscopo Panormitano in tabulario actorum Visitationis asservandum. - S.C.C., Derthonen., 19 aug. 1730. SACRA CONGREGATIO PRO DOCTRINA FIDEI, Ep. (Prot. 151/76), 8 feb. 1977.

¹²⁹⁸¹ Pius VI, cost. "Auctorem fidei", 28 ago. 1974, prop. 2, Synodi Pistorien., damn.; Pius X, lett. encicl. "Pascendi", 8 sett. 1907; S.C. de Prop. Fide (C.P. pro Sin.), 16 gen 1797, ad 2.

¹²⁹⁸² SCConc. Resol., 14 dic 1918 (AAS 11 [1919] 128-133; Pontificia Commissio Pro Russia, Ind., 20 gen. 1930, SA Resp. 19 nov. 1947; Pius PP. XII, All., 5 ott. 1957 (AAS 49 [1957] 927); LG 33; AA 24; SA Decisio, 11 giu. 1968; SCRIS Rescr., 7 feb. 1969; SCRIS Decr. Clericalia instituta, 27 nov. 1969 (AAS 61 [1969] 739-740) Sec Facul., 1 ott. 1974; EN 73a; SCRIS Rescr., 26 giu. 1978, 3; SCRIS Resp., 21 ago. 1978.

SACRA CONGREGATIO PRO CLERICIS, Notae directivae *Postquam Apostoli* (25 mar. 1980) 7,17: *La chiamata dei laici*. Tutti i laici, in virtù del battesimo e della cresima, sono chiamati dal Signore ad un effettivo apostolato: "La vocazione cristiana è per sua natura anche vocazione all'apostolato". L'apostolato dei laici, sebbene si eserciti principalmente nelle parrocchie, dev'essere tuttavia esteso anche a livello interparrocchiale, diocesano, nazionale e internazionale. Essi, anzi, devono avere a cuore "le necessità del popolo di Dio in tutta la terra"; il che potrà effettuarsi aiu-

tando le opere missionarie sia con sussidi materiali sia con servizi personali.

I laici, inoltre, *possono essere chiamati dalla gerarchia a una cooperazione più diretta e immediata all'apostolato*. La chiesa, infatti, negli ultimi decenni ha scoperto le ricche possibilità e le vaste risorse che la collaborazione dei laici può offrire alla sua missione di salvezza. L'esortazione apostolica *Evangelii nuntiandi* già in base alle recenti esperienze, enumera varie mansioni, come quella di *catechista*, quella di *cristiani dedicati al servizio della parola di Dio* o alle opere di carità, quella di *capì di piccole comunità*, ecc. Tale collaborazione dei laici, utile dovunque, è utile soprattutto in terra di missione per la fondazione, l'animazione e lo sviluppo della chiesa.

Tutti i membri della chiesa, adunque, siano essi pastori, laici o religiosi, partecipano, ciascuno a modo suo, alla natura missionaria della chiesa. La diversità dei membri, dovuta alla varietà dei ministeri o dei carismi, come l'apostolo ci insegna, deve essere intesa nel senso che "queste membra non hanno tutte le medesime funzioni", ma servendo gli uni agli altri, formano un solo corpo di Cristo (Rm 12,4) per poter meglio adempiere il proprio mandato; tutta la chiesa, infatti, è spinta dallo Spirito santo a cooperare affinché si realizzi il piano di Dio.

⁹⁷⁹⁸¹ Pio XII, m.p. "Cleri sanctitati", 2 giu. 1957, can. 138. Pio VI, cost. "Auctorem fidei", 28 ago. 1794, prop. 2, Synodi Pistorien., damn. "La proposta che dichiara: 'La potestà è data da Dio alla Chiesa perché sia comunicata ai pastori che sono i suoi ministri per la salvezza delle anime', se si comprende in questo senso che la potestà del ministero ecclesiastico e del governo deriva dalla comunità dei fedeli ai pastori, (è) eretica".

⁹⁷⁹⁸² LG 33 "Praeter"; AA 24 "Quaedam"; Paolo VI, Lett. Ap. *Cum matrimonialium*, 8 sett. 1973, artt. V-VI; Secret. Status, facultas data Sign. Apost., 1

ott 1974; Ochoa V, 4347.

¹⁸ Cfr. J. RIGAL, *L'ecclésiologie de communion*, Cerf 1997 p. 299; o ancora l'opera più giornalistica di B. SESBOUE, *N'avez pas peur- Regards sur l'Eglise et les ministères aujourd'hui*, Desclée de Brouwer, 1996.

¹⁹ Cfr. NRT 1 (1956); *Über das Laienapostolat: Schriften zur Theologie II*, Einsiedeln, 1964, p. 339-373.

²⁰ La nota 74 di *Christifideles laici* darà una lista di sedici canoni che presentano "diverse funzioni o compiti che i fedeli laici possono riempire nelle strutture organiche della Chiesa".

²¹ *Eglise de Nîmes*, 5 dicembre 1997.

²² *Per i militari*:

SCDS Resp., 8 ott. 1943; SCC Instr. *Solemne semper*, 23 apr. 1951 (AAS 43 [1951] 564); INSTRUCTIO DE VICARIIS CASTRENSIBUS; SCC Instr. *Divinum persequens*, 2 iun. 1951 (AAS 43 [1951] 565-566); SCR Instr. *Sacrorum Administri*, 2 feb. 1955 (AAS 47 [1955] 93-97); SCC Instr. *Per instructionem*, 20 oct. 1956 (AAS 49 [1957] 150-163); SCC Decr. *Ad Sacra Limina*, 28 feb. 1959 (AAS 51 [1959] 274); SCC Decr. *Sacramentum Poenitentiae*, 27 nov. 1960 (AAS 53 [1961] 49-50).

Per i migranti:

SCC Ind., 31 aug. 1953; Consistorialem benigne indulsit, ut Cappellani Apostolatus maris munere augerentur ministri extraordinarii Confirmationis pro fidelibus suae iurisdictioni obnoxii.

SCC Facul., 19 mar. 1954 (AAS 46 [1954] 415-418): 1. Legitime assumpti in officium Cappellani navigantium.

SCC Resp., 7 iul. 1956; DUBIA - 1. Utrum, durante itinere maritimo...

SCE Instr. *Nemo est*, 22 aug. 1969, V (AAS 61 [1969] 632-633); I cappellani o missionari dei migranti.

SCE Decr. *Apostolatus maris*, 24 sep. 1977 (AAS 69 [1977] 737-746) - Parte seconda - Facoltà per i sacerdoti che svolgono l'assistenza spirituale dei marittimi e dei naviganti;

127

Il Cappellano Cattolico in Pastorale della Salute alle soglie del Terzo Millennio Problemi emergenti

Questo mio intervento presuppone le esposizioni che lo hanno preceduto sui fondamenti teologici e canonici dell'azione pastorale del Cappellano Cattolico in Pastorale della Salute. Il mio compito, ora, è quello di evidenziare le linee portanti di tale azione pastorale. Per dare continuità, armonia e coerenza al mio dire, dovrò, facilmente, fare qualche riferimento a quanto è già stato detto, ma cercherò di limitarmi allo stretto necessario.

Dovrò, inoltre, tener conto dell'evoluzione registrata nella gestione dell'assistenza sa-

nitaria e delle sue conseguenze pastorali: dopo l'aziendalizzazione degli istituti di cura, il malato che non sia in stato terminale, è mantenuto nell'ospedale il tempo strettamente necessario per definire la natura della malattia e la sua cura. Una volta stabilita la terapia egli è preso in cura nel territorio, ossia a domicilio o nelle strutture sanitarie ambulatoriali. Ciò comporta mutamenti importanti anche nella pratica della Pastorale sanitaria. Essa deve essere ripensata e riorganizzata non soltanto negli ospedali, ma anche nell'ambi-

to della Pastorale parrocchiale ove sarebbe molto opportuno prevedere la presenza di vicari parrocchiali o di comunità di religiosi ordinati, con lo specifico compito dell'assistenza spirituale e religiosa dei malati a domicilio.

Tenendo presente questa nuova situazione, dopo alcune considerazioni introduttive generali, parlerò della presenza attiva e creatrice della Chiesa nel mondo della salute e di alcuni aspetti caratteristici dell'azione pastorale sanitaria nelle parrocchie e nelle istituzioni ospedaliere.

1. Considerazioni generali introduttive

a) Nuovo concetto di salute e di malattia

La sensibilità odierna sembra particolarmente attenta alla dimensione positiva dell'esistere dell'uomo: la salute emerge come tema e preoccupazione primaria dal punto di vista sociale e culturale, e, dal momento che tutte le malattie sono divenute curabili e molte sono guaribili, essa è considerata un "diritto", un fatto normale e "dovuto". In tale nuovo concetto la salute non viene rapportata unicamente a fattori fisici e organici, ma anche alla dimensione psichica e spirituale della persona; essa coinvolge anche l'ambiente fisico, affettivo, sociale e morale in cui la persona vive e opera, e tra salute, qualità di vita e benessere produce una profonda armonia esistenziale.

La salute, dunque, è anzitutto un'esperienza umana, anzi biografica. Essa è in stretto rapporto col vissuto che l'individuo possiede della propria corporeità e collocazione nel mondo, e con i valori sui quali egli costruisce la sua esistenza. Essa, quindi, non è solo un dato che gli si impone ma anche un obiettivo, un traguardo, un compito che impegna a fondo la sua libertà. Una nuova definizione della salute, dopo quella data dall'OMS nel 1946, non è stata ancora formulata, ma abbiamo chiari i principi sui quali essa dovrebbe fondarsi. Trabucchi dice: "Salute è: armonia tra corpo e spirito, armonia tra persona e ambiente, armonia tra personalità e responsabilità"¹.

La concezione di salute o di persona sana può essere, allora, così formulata: "Una persona è sana quando è abitualmente capace di vivere, utilizzando tutte le facoltà ed energie in suo possesso e realmente disponibili, per il compimento della sua missione, in ogni situazione che incontra, anche difficile e dolorosa, o, in altre parole, per sviluppare in ogni situazione il massimo di amore oblativo in Cristo di cui è concretamente capace in quel momento"². "In corrispondenza a quello di salute,

anche il concetto di malattia è cambiato. Non più configurabile come semplice patologia rilevabile attraverso un'analisi di laboratorio, la malattia è intesa anche come malessere esistenziale, conseguenza di determinate scelte di vita, di spostamenti di valori e di errate gestioni dell'ambiente materiale umano" (Nota, n. 7)³. La medicina delle cure necessarie, passando attraverso il concetto della medicina preventiva, ora sta facendo posto alla medicina dei desideri. Oggi più che di salute e di malattia si parla di uomo sano o malato, e la malattia prende consistenza non solo da patologie organiche ma anche da contrasti tra desiderio e realizzazione, tra promessa e frustrazione che, assumendo le connotazioni di una disarmonia resistente, diventano disagio psicologico e malessere esistenziale.

b) La Pastorale della Salute come accompagnamento nella crescita personale e cristiana

Dicendo che l'uomo è sano quando è abitualmente capace di vivere positivamente la sua situazione e le sue risorse concrete, intendo dire che egli è sano quando è capace di vivere in maniera favorevole alla sua crescita personale come creatura e come figlio di Dio per la grazia che abita in lui. Sottolineo il raffronto tra uomo sano e uomo capace di vivere abitualmente in maniera positiva perché questa capacità costituisce un punto fondamentale di riferimento per stabilire il compito della Pastorale sanitaria. Dal punto di vista cristiano, infatti, la salute concepita come capacità abituale di vivere positivamente la propria vocazione dovrebbe includere anche gli impegni dell'uomo battezzato, così nel concetto di salute rientrerebbe anche l'essere in Cristo del cristiano portato ad un sufficiente sviluppo di autenticità e maturità: la sua attuazione piena coinciderebbe con la santità. Santo infatti è il cristiano che in ogni momento impegna se stesso nella carità, senza lasciare inutilizzata nes-

suna delle sue risorse.

In tale contesto comprendiamo meglio la definizione che concepisce la pastorale sanitaria "come la presenza e l'azione della Chiesa per recare la luce e la grazia del Signore a coloro che soffrono e a quanti ne prendono cura" (Nota, n. 19). In questa definizione la presenza e l'azione della Chiesa nel mondo della salute integra in una sola preoccupazione o relazione di aiuto e di accompagnamento: la persona malata, i familiari che bisogna aiutare a vivere senza traumi e con spirito di fede la malattia dei propri cari, e gli agenti sanitari di cui bisogna favorire la formazione al senso di professionalità, di disponibilità al servizio e di rispetto per i valori fondamentali della persona sofferente.

In altre parole la Pastorale sanitaria ha il compito di integrare tutte queste forze intorno alla persona malata per sollevarla moralmente ed aiutarla ad accettare e a valorizzare la sua situazione di sofferenza, accompagnandola anche con la preghiera e la grazia dei Sacramenti, per rispondere alla sua vocazione fondamentale di uomo e di battezzato.

c) Interrogativi etici di fronte alle nuove malattie e alle nuove cure

L'accresciuta sensibilità dell'opinione pubblica e la responsabilità degli uomini di governo permettono di accelerare la ricerca scientifica per la messa a punto di tecniche nuove e di farmaci che assicurino la cura e la possibilità di guarire le nuove malattie, come l'AIDS, le tossicodipendenze e, in generale, le malattie ritenute finora inguaribili. Ma, allo stesso tempo, i nuovi traguardi raggiunti dalla medicina diagnostica, farmacologica e chirurgica moltiplicano gli interrogativi etici alla coscienza degli operatori sanitari e delle collettività. Il campo della bioetica si va allargando enormemente. Giustamente si attendono risposte adeguate ed interventi legislativi che regolino, per esempio, i problemi connessi con la fecondazione assistita, la sperimentazione

farmaceutica, i trapianti e la donazione degli organi e, infine, la clonazione umana. L'umanità ha urgente bisogno di luce, ma anche di paletti invalicabili alla ricerca e alla sperimentazione quando queste non salvaguardano la difesa della vita e la dignità della persona umana.

d) *Nuove figure attorno al letto del malato: collaborazione interdisciplinare*

Negli ultimi decenni si sono moltiplicate attorno al letto del malato le figure di professionisti di diversa formazione e competenza delle quali nel passato non si sentiva nessun bisogno. Oltre alle figure classiche del medico, dell'infermiere e dell'assistente religioso, s'incontrano ormai in modo abituale lo psicologo, l'assistente sociale, il filosofo, il bioeticista, l'esperto dei diritti del malato, il giurista, il volontario, l'esperto di economia sanitaria e di gestione. Questa molteplicità di presenze nel tempo della malattia, se da una parte indica la cresciuta sensibilità verso la sofferenza umana, d'altra parte sottolinea la complessità dei problemi sanitari.

La Chiesa è chiamata a riflettere su queste nuove presenze e a qualificare la propria azione pastorale, per dialogare con efficacia con gli altri operatori sanitari. Come in ogni ambito di lavoro professionistico anche nel mondo sanitario non è più possibile lavorare da soli. Nella ricerca scientifica come nella semplice cura e assistenza quotidiana del malato è necessario lavorare insieme, in modo sincronico e con un medesimo obiettivo.

2. La presenza attiva e creatrice della Chiesa nel mondo della salute

a) *Gli interventi magisteriali e pastorali*

Le considerazioni fatte fin qui ci portano a considerare le iniziative della Chiesa di fronte all'evoluzione del mondo della sanità: esse sono state sollecite, opportune e signifi-

cative. Già abbiamo citato alcuni documenti della Chiesa nel corso di questa riflessione⁴. In questo ambito ne sottolineo i più recenti: la Lettera Apostolica *Salvifici Doloris* del 1984; l'Esortazione Apostolica post-sinodale *Christifideles Laici* del 1989 e l'Enciclica *Evangelium Vitae* del 1995.

Nella Lettera Apostolica *Salvifici Doloris* il Papa tratta del senso cristiano della sofferenza umana. È il primo documento di un Pontefice che affronta in modo organico questo grande problema. Con tale lettera il Papa vuole essere di aiuto a guardare a Cristo Crocifisso e ad accettare il "Vangelo della sofferenza" con amore e fiducia nel disegno misterioso, ma sempre amoroso, della divina provvidenza. Infatti ciò che per la ragione rimane inscindibile enigma, per la fede, alla luce della morte e risurrezione di Cristo, diventa messaggio di speranza.

Nell'Esortazione post-sinodale *Christifideles Laici* il Papa tratta principalmente della missione dei laici nella Chiesa e nel mondo, ma nei numeri 53 e 54 egli indirizza un messaggio ai malati e ai sofferenti e rilancia con decisione un'azione pastorale per e con i malati, "capace di sostenere e promuovere attenzione, vicinanza, presenza, ascolto, dialogo, condivisione e aiuto concreto verso l'uomo nei momenti in cui, a causa della malattia e della sofferenza, sono messe a dura prova non solo la sua fiducia nella vita, ma anche la sua stessa fede in Dio e nel suo amore di Padre" (54). La "Chiesa – insiste il Papa – è tenuta a cercare l'incontro con

l'uomo in modo particolare sulla via della sofferenza. In tale incontro l'uomo diventa la via della Chiesa ed è questa una delle vie più importanti" (53).

Nell'Enciclica *Evangelium Vitae* (1995) il Papa denuncia la cultura di morte imperante nella società odierna e stimola i fedeli ad essere testimoni del vangelo della vita con le diverse opportunità che vengono offerte oggi. Nella quarta parte di tale enciclica (78-101) il Papa indica le piste dell'impegno cristiano nel servizio della carità dandone anche un elenco di iniziative concrete: i consultori matrimoniali e familiari, i centri per far conoscere metodi naturali per la regolazione della fertilità, i centri di aiuto e di accompagnamento della vita, le comunità di servizio a malati particolari, l'adozione e l'affidamento dei bambini, i comitati di bioetica. Consiglia, inoltre, la partecipazione alle varie forme di volontariato, l'animazione sociale e l'impegno politico.

Tra i documenti della Chiesa riguardanti la pastorale della salute consideriamo anche i messaggi del Papa per le Giornate mondiali dei malati; i documenti del Consiglio Pontificio per la Pastorale della Salute, per esempio la *Carta degli Operatori Sanitari*, e le dichiarazioni delle diverse conferenze episcopali nazionali.

b) *Costituzione di strutture e organismi di animazione della Pastorale Sanitaria*⁵

Nella comunità ecclesiale sono sempre stati presenti istituzioni religiose, gruppi, movimenti e associazioni impegnati nel mondo sanitario. La loro azione, però, che mostra la varietà e la ricchezza dei carismi nella Chiesa, è stata caratterizzata, finora, dalla spontaneità e generosità, così che, spesso, si è rivelata ripetitiva, e forse dispersiva, facendo emergere l'esigenza di strutture di coordinamento, di comunione e di programmazione⁶. La risposta a tale esigenza è venuta solo recentemente, attuandosi ai livelli di Chiesa universale, nazionale, regionale e diocesana.



b.1) A livello di Chiesa universale

A livello di Chiesa universale, ha costituito un evento molto importante l'istituzione, con il motu proprio *Dolentium hominum* dell'11 febbraio 1985⁷, della *Pontificia commissione per la pastorale degli operatori sanitari*. Essa è divenuta successivamente *Pontificio Consiglio per la Pastorale degli Operatori Sanitari*⁸.

Tra gli scopi di tale organismo sono annoverati lo studio degli orientamenti programmatici e delle iniziative concrete di politica sanitaria, a livello sia nazionale che internazionale, al fine di coglierne la rilevanza e le implicazioni per la Pastorale della chiesa; il coordinamento delle attività svolte dai diversi dicasteri della curia romana in relazione al mondo sanitario e ai suoi problemi; e il contatto con le Chiese locali, in particolare con le Commissioni episcopali per il mondo della sanità.

Legata strettamente al Pontificio Consiglio per la pastorale degli Operatori Sanitari vi è l'*Accademia per la Vita*, istituita l'11 febbraio 1994 con il motu proprio *Vitae mysterium*⁹, con lo scopo di studiare, informare e formare circa i problemi di biomedicina e di diritto relativi alla promozione e alla difesa della vita, soprattutto rilevando il rapporto che essi hanno con la morale cristiana e le direttive del magistero della Chiesa.

Nel Pontificio Consiglio per la Pastorale Sanitaria sono confluite alcune attività riservate prima al *Pontificio Consiglio "Cor Unum"* (1971), quali il coordinamento delle attività mediche cattoliche e l'assistenza al settore della salute in vista della promozione umana¹⁰.

b.2) A livello di Chiese locali

Passando ai livelli nazionali, le strutture di comunione e animazione, pur variando da paese a paese, presentano dei punti comuni. Si riscontra, infatti, la presenza delle *Commissioni Episcopali nazionali* che hanno lo scopo di coordinare la pastorale della salute sul territorio della nazione, agendo attraverso le commis-

sioni regionali o interdiocesane e diocesane. A modo di esempio, presentiamo la situazione della Spagna e dell'Italia.

In Spagna¹¹, nel 1970, su richiesta della base, la Conferenza episcopale crea il *Segretariato di Pastorale Sanitaria*, dipendente dalla Commissione Episcopale di Pastorale. Il Segretariato è presieduto da un Vescovo e animato da un direttore cui si aggiunge un'équipe che raccoglie i rappresentanti dei segretariati interdiocesani, dei religiosi, della Fraternità cristiana degli ammalati e i coordinatori delle sei commissioni istituite all'interno del Segretariato: ospedaliere, della salute nelle parrocchie, della salute mentale, dei professionisti sanitari cristiani, delle cure palliative e della formazione.

Tra le molteplici iniziative promosse dal Segretariato vanno ricordati i Convegni nazionali (Agradulce, 1975; Madrid, 1994), la celebrazione della «Giornata del Malato» (dal 1985), il Concordato sull'assistenza cattolica nei centri ospedalieri pubblici, la pubblicazione del documento *L'assistenza religiosa negli ospedali. Orientamenti pastorali* (1987). In ogni diocesi vi è una delegazione, il cui preside può essere un sacerdote, un religioso o un laico. Dal 1977 si celebrano annualmente le «Giornate nazionali dei delegati», che sono un momento d'incontro, formazione, comunione, riflessione e confronto. Quali organi di collegamento delle delegazioni diocesane vi sono i Segretariati interdiocesani.

In Italia la Conferenza epi-



scopale ha istituito la *Consulta Nazionale per la Pastorale della Salute*. Sorta nel 1962, essa ha subito diverse modificazioni fino a raggiungere il volto attuale nel 1978. È guidata da tre Vescovi, distinti per area geografica, uno dei quali funge da presidente. Ultimamente (1996) la Consulta è stata dotata di un ufficio permanente presso la sede della CEI¹². Fanno parte della Consulta i Delegati regionali e i rappresentanti degli Ordini religiosi ospedalieri, dei cappellani, delle associazioni cattoliche del settore e alcuni esperti. Molte sono le iniziative promosse dalla Consulta. Ha seguito attentamente la riforma sanitaria del paese, influenzando «perché fosse salvaguardata la presenza e l'attività delle opere di assistenza sanitaria cattoliche e dato opportuno spazio all'azione dell'assistente religioso nei presidi ospedalieri»¹³. Tre i Convegni nazionali organizzati, l'ultimo dei quali (23-25 aprile 1995) aveva come argomento la «progettualità pastorale nel mondo della salute»¹⁴. L'attività di animazione e di formazione sta assumendo un'incisività sempre più grande attraverso obiettivi mirati, quale, per esempio, la preparazione delle «Giornate del Malato» e la formazione dei responsabili diocesani.

L'operatività a livelli di regioni e di diocesi è garantita da Consulte o Commissioni regionali e diocesane.

3. Cura Pastorale sanitaria nel territorio e nelle istituzioni: il parroco e la Pastorale Parrocchiale della Salute

a) La comunità cristiana come soggetto primario della Pastorale della Salute

«La Chiesa – afferma il decreto *Apostolicam Actuositatem* – è nata con il fine di rendere, mediante la diffusione del Regno di Cristo, tutti gli uomini partecipi della salvezza operata dalla redenzione e, per mezzo di essi, ordinare il mondo intero a Cristo. Tutta l'attività del Corpo mistico,

ordinata a questo fine, si chiama «apostolato»: un apostolato che la Chiesa esercita mediante tutti i suoi membri, naturalmente in modi diversi” (AA, 2).

E in tale contesto che le comunità cristiane locali devono prendere coscienza della grazia e della responsabilità che esse ricevono dal Signore nei riguardi dei fedeli ammalati, ed offrire loro il conforto, la parola di Dio, i sacramenti e l’interessamento fraterno. Negli anziani, nei malati, nei sofferenti e nei disperati è realmente presente il Cristo; una comunità che non si rinnova in virtù di questa presenza, che non percepisce questa presenza di Dio nei poveri, che non la onora con la sua attività sociale e caritativa cessa di essere una Chiesa viva di Gesù Cristo.

In quest’azione di animazione e di coordinamento l’Ufficio Diocesano per la Pastorale della Salute riveste un ruolo strategico. Esso è chiamato a tenersi in stretto collegamento con l’Ufficio regionale e quello nazionale per dare all’impegno locale una visione più ampia delle problematiche specifiche. Secondo la “Nota” della CEI, i compiti della consulta diocesana sono i seguenti: 1) animare e coordinare la Pastorale sanitaria delle vicarie e delle parrocchie, favorendo un’azione comune e condivisa fra le varie associazioni, gruppi e organismi caritativi operanti nella diocesi; 2) favorire la presenza di ammalati e operatori sanitari negli organismi ecclesiali diocesani; 3) assumere iniziative di formazione e di aggiornamento nel settore (cfr. Nota, n. 78).

I compiti indicati dalla “Nota” meritano un’attenzione particolare perché essi si inseriscono in modo eccezionale nelle innovazioni in atto nel mondo della salute. Difatti la tendenza generale della sanità ormai è nota: è in atto un lento processo di deospedalizzazione, cioè il malato sta e starà sempre meno tempo ricoverato nelle strutture ospedaliere per essere preso in cura, come abbiamo già detto, nel territorio, ossia a domicilio e nelle strutture sanitarie ambulatoriali.

Conseguentemente il discorso delle cure domiciliari sta sviluppandosi con gradualità, ma inesorabilmente. Esso richiede un cambiamento radicale del modo di concepire la medicina, della mentalità degli operatori sanitari, del rapporto con il paziente, del senso e del fine dell’attività terapeutica; esso, particolarmente, esige maggior impegno delle famiglie dei malati e il coinvolgimento della comunità civile ed ecclesiale. Nell’ambito della Pastorale della Salute queste novità comportano una migliore organizzazione parrocchiale dell’assistenza religiosa a domicilio ed una rivisitazione delle modalità pastorali usate negli istituti ospedalieri ove la media della permanenza dei malati è prevista intorno ai 5 giorni.

b) Dalla comunità cristiana alla comunità parrocchiale

b.1) Il parroco e la Pastorale parrocchiale della Salute

A questo proposito è evidente che essendo il parroco il presbitero che cura, come pastore peculiare, la comunità parrocchiale (cfr. CDC 519), è a lui che riviene il compito di: prestare una personale attenzione ai malati della parrocchia e la responsabilità di promuovere ed animare il settore della Pastorale sanitaria con particolare riferimento ai malati a domicilio (CDC 528-529). In base a tali compiti istituzionali il parroco, nella sua parrocchia, sarà il principale animatore della Pastorale della Salute.

b.2) Le funzioni della Pastorale parrocchiale della Salute

Le tre funzioni classiche della pastorale – evangelizzazione, Sacramenti e servizio – costituiscono anche per la Pastorale della Salute le tappe necessarie di un unico cammino la cui meta è la salvezza. Il momento sacramentale è reso significativo da un adeguato cammino di fede e da una calda partecipazione umana. Tuttavia, tra le funzioni specifiche della Pastorale deve rientrare anche tutto ciò che concerne la promozione umana, sanitaria e sociale dei malati, e il rispetto dei valori della vita e della sa-

lute (cfr. Nota, n.6). L’umanizzazione dell’assistenza, dei servizi e delle istituzioni sanitarie è riconosciuta come funzione specifica della Pastorale a causa della sua valenza pre-evangelizzatrice.

c) Alcune iniziative della Pastorale parrocchiale sanitaria

c.1) Sostegno e sensibilizzazione della famiglia del malato

La Pastorale della Salute, concepita come presenza e azione della Chiesa per recare la luce e la grazia del Signore a coloro che soffrono e a quanti se ne prendono cura – abbiamo detto – non si occupa solo dei malati, ma anche dei sani; ciò particolarmente ispirando una cultura di maggiore sensibilità alla sofferenza, all’emarginazione, ai valori della vita e della salute. A questo riguardo un’attenzione particolare deve essere riservata alla famiglia del malato. Infatti, il comando del Signore di visitare gli infermi riguarda innanzitutto i membri della famiglia. Il senso di questo dovere elementare deve essere sviluppato a cominciare dalla giovane età.

È necessario, inoltre, che la famiglia sia educata a tenere presso di sé i congiunti in difficoltà. Il calore dell’ambiente familiare ha una funzione terapeutica insostituibile; al contrario, l’abbandono nelle case di cura e nei pensionati causa sentimenti di solitudine e di tristezza e qualche volta di disperazione: certamente non giova alla salute. In tali momenti, specialmente se la malattia è lunga e grave, anche i familiari hanno bisogno di sostegno e di solidarietà. Un “ricambio” nell’assistenza del loro malato, offerto di tanto in tanto, risulterebbe di grande aiuto.

In tale contesto è importante sensibilizzare la comunità cristiana in favore dell’istituzione di servizi sanitari sostitutivi sul territorio, che diano la possibilità di risolvere a domicilio i problemi sanitari più comuni, senza dover ricorrere all’ospedalizzazione o al ricovero in istituti di cura. Vi sono motivi personali, familiari, so-

ciali e anche economici che consigliano di privilegiare, per quanto è possibile, il servizio domiciliare a quello ospedaliero. Questi servizi potrebbero essere realizzati anche da gruppi stabili di assistenza, sostenuti dalla parrocchia.

c.2) *I laici nella Pastorale parrocchiale della Salute*

Finora la corresponsabilità laicale nella pastorale della parrocchia si è realizzata soprattutto nella catechesi, nella liturgia, nella Pastorale giovanile, ecc., ma è stata limitata nella Pastorale per i malati. Forse perché oggettivamente più difficile o forse perché nella mentalità corrente il malato non occupa quella centralità che pure dovrebbe avere in una comunità veramente cristiana. Ecco perché questo ambito della Pastorale parrocchiale ha bisogno di essere sensibilizzato maggiormente. Nei piani pastorali parrocchiali e diocesani, si dovrebbe riservare un'attenzione comunitaria anche ai malati. Finché non ci sarà questa attenzione, alla comunità parrocchiale mancherà una dimensione importante e qualificante.

c.3) *Concepire una pastorale "con" i malati e non solo "per" i malati*

Giovanni Paolo II nell'esortazione apostolica *Christifideles Laici* (cfr. n. 54) ha espresso una sua profonda intuizione: egli parla di un rilancio dell'azione pastorale per e con i malati e i sofferenti: il malato non deve sentirsi solamente oggetto di attenzione, ma divenire soggetto attivo nella vitalità ecclesiale della comunità parrocchiale, un canale di attenzione di Cristo e della Chiesa verso il mondo della sofferenza. Ancor più profondamente, il fedele malato deve acquisire la consapevolezza che egli partecipa in maniera singolare e privilegiata all'azione redentrice di Cristo nel mondo, potendo ripetere con l'apostolo Paolo: "Compio nella mia carne quello che manca ai patimenti di Cristo a favore del suo corpo che è la Chiesa" (Col 1, 24).

Il malato non deve sentirsi

emarginato dalla famiglia e dalla comunità. Malgrado il male fisico, l'handicap o le minorazioni, il malato, in quanto "icona di Dio", resta un essere umano nella pienezza della sua dignità e dei suoi diritti, degno di ogni rispetto e considerazione. Se il malato sperimenta nel visitatore non un consolatore noioso, ma un fratello venuto per coinvolgerlo in un'opera utile – chiedendogli, per esempio, di pregare per gli avvenimenti e problemi della parrocchia – riuscirà certo, nonostante tutto, a sentirsi membro vivo del corpo mistico del Cristo, oggi.

d) *L'istituzione di un gruppo parrocchiale di operatori per la Pastorale della Salute*

Ogni parrocchia, oltre i sacerdoti, dovrebbe avere un gruppo di operatori di pastorale della salute in grado di promuovere un'attività concreta per i sofferenti. Tale gruppo non solo potrebbe integrare l'azione del parroco, ma potrebbe essere anche un canale di penetrazione in ambienti refrattari alla Chiesa, una via di contatto con persone che altrimenti resterebbero escluse o dimenticate dalla comunità. Per questi operatori di Pastorale sanitaria occorre prevedere una buona formazione umana e spirituale e una specifica preparazione al Ministero, da farsi con corsi specifici.

L'istituzione di un gruppo parrocchiale di Pastorale della Salute è giustificata dall'esigenza di passare, anche in questo settore, da un'azione caritativa, spontanea e dispersiva a un'attività comunitaria, organizzata e funzionale, dotata di stabilità e di una gamma di servizi che siano di tutela, di difesa e di promozione umana, religiosa e sociale. L'esistenza di un tale gruppo potrebbe evitare l'improvvisazione nel servizio e garantire la preparazione e la formazione permanente.

L'attività del gruppo, inoltre, dovrebbe estendersi ai malati della comunità degenti in ospedali e in case di cura e di riposo, e alle istituzioni di sanità del territorio. Un aspet-

to importante è il collegamento e la cooperazione con altri gruppi e organismi della parrocchia.

4. Cura Pastorale sanitaria nel territorio e nelle istituzioni: l'attività pastorale del Cappellano d'ospedale¹⁵

a) *Il Cappellano d'ospedale*

L'assistente religioso o cappellano delle istituzioni sanitarie è il sacerdote a cui «viene affidato in modo stabile la Cura Pastorale di quel particolare gruppo di fedeli, costituito dai malati e dai loro familiari e dagli operatori sanitari. Il suo compito principale è di annunciare la buona novella e di comunicare mediante l'amministrazione dei Sacramenti l'amore redentivo di Cristo a quanti soffrono nel corpo e nello spirito le conseguenze della condizione finita dell'uomo, accompagnandoli con amore solidale» (Nota, n. 38).

b) *Ministero della Parola e della comunicazione¹⁶*

La fede ha il suo fondamento nella Parola. Ciò spiega perché ogni forma di apostolato consideri l'evangelizzazione e la catechesi come una priorità. Ciò avviene anche nella Pastorale della Salute. Si tratta di sanare o, almeno, ridurre la frattura tra Vangelo e cultura; di presentare correttamente il punto di vista cristiano sul dolore, sulla morte, sulla salute, sul senso di servizio verso chi soffre.

Tuttavia, non si può pensare che evangelizzare un malato, specialmente se grave, sia la stessa cosa che evangelizzare un sano, il personale. Nel primo caso si fa soprattutto attraverso un dialogo a tu per tu, fatto di ascolto, di silenzi e di qualche parola che si intuisce corrispondente ai bisogni del malato. Nel secondo caso si ha un campo ove per il Cappellano ospedaliero si aprono enormi possibilità di interventi pastorali in ordine alla progettazione pastorale e alla formazione per un'assistenza più umana ai malati.



Un'altra esigenza di fondo che emerge nel nostro tempo a proposito di evangelizzazione è la rilevanza dei problemi morali e il compito pastorale di offrire risposte adeguate ai gravi problemi sollevati dal progresso scientifico e tecnico verificatosi nel mondo della sanità. Un assistente religioso ospedaliero deve avere una preparazione che lo renda idoneo a tale compito. E ciò non soltanto a livello personale, ma anche per la formazione degli operatori sanitari di ogni livello, favorendo iniziative e usando strutture già esistenti nel settore: insegnamento di etica professionale, istituzione di comitati etici, consigli di pastorale ospedalieri, ecc.

c) *Ministero di santificazione: celebrazione dei sacramenti e preghiera al letto dell'ammalato*

Nelle parrocchie come nei luoghi di cura la celebrazione dei Sacramenti costituisce uno dei cardini fondamentali della Pastorale della Salute. È importante, tuttavia, tener presenti alcune indicazioni pastorali: il Sacramento per essere intelligibile ed efficace va inserito all'interno di un cammino di fede. Non può essere presentato ed accolto come un atto isolato nell'insieme dell'esperienza di vita del battezzato ammalato. Inoltre deve essere liberato da interpretazioni e attese magiche e superstiziose. Al contrario, va fatto comprendere l'indole sacra ed ecclesiale dei Sacramenti. È Gesù che li ha istituiti affidando ai suoi discepoli il compito di "fare in

sua memoria" ciò che egli ha fatto per la salvezza di tutti gli uomini.

Nella Pastorale della Salute si insiste sull'importanza dell'incontro dei malati con Cristo nei Sacramenti della Riconciliazione, dell'Eucaristia e dell'Unzione degli infermi. Ognuno di questi Sacramenti ha una grazia sacramentale propria, perciò, nella Cura Pastorale dei malati è bene tenerne conto. Normalmente si deve distinguere la Cura Pastorale dei malati, dalla Cura Pastorale dei moribondi. Per i primi sono proposti i Sacramenti della Penitenza, dell'Eucaristia e dell'Unzione degli infermi; per i secondi ancora l'Unzione degli infermi, il Viatico e la raccomandazione dell'anima.

L'Unzione degli infermi è la forma propria e più tipica dell'incontro dell'uomo con Cristo in quella difficile e fondamentale situazione umana che è la malattia. Dalla riscoperta di questo Sacramento – attraverso un'opportuna catechesi e significative celebrazioni individuali e comunitarie, atte a creare una nuova mentalità – conseguiranno grandi vantaggi spirituali, consolazione e conforto per coloro il cui stato di salute è gravemente compromesso dalla malattia o dalla vecchiaia. Ecco perché bisogna inculcare che l'Unzione degli infermi è un sacramento da ricevere in piena coscienza per poterne ricevere tutti gli aiuti spirituali ed anche il benessere fisico¹⁷.

d) *Il Ministero della Cura Pastorale*

Il Cappellano d'ospedale potrebbe essere qualificato come «il ministro della comunione» nella comunità ecclesiale ospedaliera. La riflessione teologica post-conciliare, infatti, ha riscoperto la centralità della comunione nel Ministero della Chiesa e nell'attività pastorale. La comunione ecclesiale, che è anzitutto dono dello Spirito e riflesso della vita trinitaria, chiede di essere vissuta e tradotta in esperienza di comunità. Nella Chiesa ciascuno ha il proprio dono dallo Spirito e ciascuno ha la grazia e il compito di operare per l'edificazio-

ne della comunità ecclesiale e della sua crescita nella fedeltà a Cristo.

Il Cappellano "realizza questo compito attraverso una vasta gamma di attività ed iniziative: visita ed incontro con il malato, aiuto alla famiglia, animazione di gruppi ed associazioni di volontariato e/o professionali, rapporto con la chiesa diocesana e con la realtà territoriale, attività di umanizzazione, ecc. Queste attività non sono certamente compito esclusivo del Cappellano, ma certamente è suo compito far sì che esse siano vere esperienze ecclesiali. La visita ai malati costituisce uno dei gesti più significativi del Ministero della Cura Pastorale del Cappellano d'ospedale. Il colloquio personale deve costituire la scena madre, classica di qualsiasi Pastorale sanitaria. Essa prende corpo in visite regolari, nei reparti o nelle camere singole, durante le quali si individua la necessità di colloquio pastorale nei malati, nei familiari e nel personale e si stabilisce, allo stesso tempo, una presenza di Chiesa.

Quando la malattia si presenta come seria e duratura, allora essa non resta soltanto un fatto corporeo, ma si espande anche nella dimensione psichica e spirituale della persona, e il malato non sente soltanto la necessità di essere sostenuto fisicamente, ma attende anche un sostegno spirituale e psicologico: l'operatore pastorale sanitario è chiamato, allora, a svolgere un *Ministero di consolazione*. La guarigione del malato, in gran parte, dipenderà anche dalla qualità del sostegno spirituale e psicologico che gli sarà offerto.

Gli interventi degli operatori pastorali in queste circostanze non dovranno essere di *routine* o di frasi fatte, ma dovranno partire dalle difficoltà spirituali concrete della persona concreta con cui essi trattano nel momento. L'accompagnamento spirituale deve tendere a suscitare e risvegliare le potenzialità fisiche, psicologiche e spirituali del malato perché egli possa raggiungere la capacità di non andare alla deriva, ma di accogliere la speranza offerta dalla fede. È allora che

l'assistenza spirituale può convertirsi in assistenza religiosa e completarsi attraverso un'illuminata celebrazione dei Sacramenti.

Al Cappellano ospedaliero, inoltre, come uomo della comunione si chiede anche di essere *uomo delle relazioni*, un uomo che facilita le relazioni tra il malato e i familiari, tra lo stesso e la sua parrocchia, tra l'istituzione ospedaliera e la Chiesa locale. Va superato, infatti, l'isolamento della Pastorale ospedaliera dalla Pastorale parrocchiale e diocesana; vanno superate le diffidenze tra clero parrocchiale e cappellani, tra sacerdoti religiosi e sacerdoti diocesani. L'obiettivo è di riuscire ad integrare la Pastorale ospedaliera con quella diocesana e allo stesso tempo sensibilizzare la Chiesa locale ai problemi della Pastorale della Salute.

e) *Animazione e umanizzazione dell'assistenza ai malati*

Tra i compiti importanti del Cappellano d'ospedale rientra anche quello d'animare la collaborazione all'umanizzazione dell'ambiente di cura di cui è il responsabile pastorale. Egli, a tale proposito, deve favorire o attivare tutte le energie atte a promuovere una maggiore umanizzazione degli istituti ospedalieri. Si tratta di un compito che, secondo le diversità carismatiche, compete a tutta la comunità ecclesiale che vive in tali luoghi, ma compete particolarmente a quei laici (cfr. LG 31) che per loro competenza vi occupano posti di responsabilità nella gestione dei servizi amministrativi, terapeutici e tecnici. Il Cappellano li animerà con il consiglio e l'incoraggiamento, ma non è opportuno che accenti in sé tutte le competenze e responsabilità. Non è neppure opportuno che egli agisca in un'ottica di delega, come se i laici fossero semplici esecutori delle decisioni del clero.

Le iniziative umanizzanti a cui più frequentemente si fa riferimento sono: la promozione del rispetto dei valori fondamentali (vita-salute-libertà), la difesa dei diritti del

malato, anche con l'istituzione di comitati etici o organismi di tutela dei diritti del malato, la valorizzazione delle associazioni professionali, la formazione di gruppi di volontariato, la predisposizione di corsi, giornate, incontri di formazione etico-professionale, il coinvolgimento di associazioni di ammalati, il sostegno a famiglie in difficoltà.

È tuttavia opportuno sottolineare che, in tema di umanizzazione del mondo sanitario, il centro dell'attenzione deve rimanere sempre la dignità della persona malata e la qualità delle relazioni tra pazienti e personale. È a questo livello, infatti, che possono avvertirsi tensioni che minacciano alcuni valori fondamentali come:

– *la centralità della persona*. Il servizio sanitario non dovrebbe essere concepito come mezzo per far fronte ad un bisogno proprio, ma come risposta alle esigenze di una persona per la quale, in un momento della vita, lo stato di salute diventa fonte di preoccupazioni rilevanti;

– *un sano rapporto tra personale e malato*. Il malato non deve essere considerato come un'occasione di lavoro, ma come un essere portatore di una dignità uguale alla propria. E la debilitazione causata dalla malattia non deve costituire un'occasione per stabilire con lui una relazione di forza;

– *la partecipazione responsabile del paziente al processo terapeutico*. Attraverso una informazione più attenta l'ammalato dovrebbe poter passare da un atteggiamento di mera passività ad una presa di responsabilità nei confronti della propria malattia e delle conseguenze che l'azione terapeutica potrebbe provocare;

– *il rispetto della persona degli operatori sanitari*. Il mondo della sanità si trasforma in ambiente disumano per il personale quando quest'ultimo è costretto a sopportare modalità di lavoro che offendono la sua dignità obbligandolo a comportamenti che egli eviterebbe volentieri o che sono contrari al suo modo di concepire l'assistenza ai malati.

f) *Il consiglio pastorale ospedaliero e progetto di una "nuova cappellania"*

«Uno degli strumenti più efficaci per esprimere la comune responsabilità nella Pastorale di un'istituzione sanitaria è il *consiglio pastorale ospedaliero*». Tra le sue finalità generali emerge come prioritaria quella di «*favorire la formazione di una fraternità cristiana nella vita ospedaliera*» (Nota, n. 42). Altre finalità generali sono: la programmazione dell'evangelizzazione e l'umanizzazione, la promozione della vita sacramentale e liturgica e, infine, la collaborazione con le realtà ecclesiali territoriali.

La «Nota» della Consulta per la Pastorale Sanitaria della CEI, oltre che parlare del Cappellano, propone anche una nuova struttura pastorale: la «cappellania ospedaliera», che concepisce come «espressione del servizio religioso della comunità cristiana nelle istituzioni sanitarie». Essa, secondo il documento, «è composta da uno o più sacerdoti cui possono essere aggregati anche diaconi, religiosi e laici» (cfr. Nota, nn. 79-81).

La novità di questa definizione consiste nel fatto che essa apre le cappellanie ospedaliere ai diaconi, ai religiosi non sacerdoti, alle religiose e ai laici. Si tratta di un'apertura non prevista dal nuovo Codice di Diritto Canonico. Le parole del documento lasciano trasparire che essa è innanzitutto il frutto di una crescita nella «mentalità comunionale» maturata in maniera significativa nella riflessione conciliare e postconciliare. Se infatti la cappellania è «espressione del servizio religioso della comunità cristiana nelle istituzioni sanitarie», è importante che tale comunità cristiana sia rappresentata da tutte le sue componenti (cfr. LG, 12; AA, 2).

Tuttavia, a mio avviso, la denominazione di cappellania è impropria: per non creare ambiguità essa dovrebbe essere riservata ai sacerdoti, ministri dei sacramenti. Alle altre componenti dell'équipe del servizio religioso potrebbe essere attribuito l'appellativo di

“Cooperatori Pastorali” oppure, facendo seguito a quanto avviene a livello nazionale, regionale, e diocesano, ove esistono le relative consulte per la Pastorale della Salute, si potrebbe parlare di una consulta pastorale ospedaliera avente gli stessi obiettivi e composta dalle stesse persone indicate dalla “Nota” per la “cappellania” (Nota, nn. 80-81).

La presenza nell'équipe pastorale dei diaconi, dei religiosi, delle religiose e dei laici potrebbe consentire al Cappellano di ordinare il lavoro pastorale in maniera più efficiente e più valida. Egli sarebbe liberato da tanti servizi di supplenza che non hanno propriamente il loro fondamento nell'ordine sacro e così potrebbe riservare le sue energie per compiti più specificatamente sacerdotali. Infine, dalla visione particolare del laico, dalla prospettiva carismatica del religioso e della religiosa e dalla sensibilità tipica della donna potrebbe derivare alla Pastorale ospedaliera una più grande ricchezza e varietà di interventi.

Bene intesa, la cosiddetta nuova cappellania non può che far crescere il senso ecclesiale della presenza e dell'azione pastorale del Cappellano, consentendogli di animare con più efficacia le forze cristiane presenti nella comunità ospedaliera attraverso gruppi, associazioni e, in modo particolare, il consiglio pastorale ospedaliero.

Conclusione

Per concludere sottolineo alcune linee operative emergenti



da quanto ho esposto: 1) la continuità nella fedeltà all'azione svolta dalla Chiesa nel corso della sua storia in favore dei malati: c'è una luminosa storia di testimonianze di santi e sante da far rivivere per l'incidenza che hanno avuto e che possono ancora avere, attraverso un impegno rinnovato e illuminato corrispondente alle esigenze del nostro tempo; 2) la presa di coscienza dei cambiamenti avvenuti o in atto di realizzazione nel mondo sanitario a livello culturale, strutturale e pastorale. A livello pastorale è necessario tener presente con particolare attenzione la novità dell'apertura verso i parenti e gli operatori sanitari, il primato dell'evangelizzazione, le varie forme di volontariato, la nuova cappellania e i consigli pastorali ospedalieri; 3) il rispetto della dignità del malato, considerato nella sua soggettività, come immagine di Dio e di Cristo sofferente, come persona nella sua dimensione somatica, psichica, familiare, sociale, spirituale e trascendentale, che sono dimensioni anche terapeutiche; 4) la preparazione di fronte ai problemi etici nati dalle nuove malattie e dai progressi delle tecniche mediche; 5) la promozione del volontariato, come segno del nostro tempo, nelle sue forme più tipiche: assistenziale, pastorale e partecipativo.

Ricordo infine queste parole di Paolo VI: «Le tecniche dell'evangelizzazione sono buone, ma neppure le più perfette tra di esse potrebbero sostituire l'azione discreta dello Spirito. Anche la preparazione più raffinata dell'evangelizzatore, non opera senza di lui. Senza di lui la dialettica più convincente è impotente sullo spirito degli uomini. Senza di lui i più elevati schemi a base sociologica e psicologica si rivelano vuoti e privi di valore. Si può dire che lo Spirito Santo è l'agente principale dell'evangelizzatore» (EN 75).

P. RENATO DI MENNA,
Camilliano,
Consulente del Dicastero,
Professore di Teologia all'Istituto
Internazionale di Teologia
di Pastorale Sanitaria
“Camillianum”, Roma

Note

¹ Cfr. C. TRABUCCHI, *Benessere fisico, mentale e sociale*, La Casa, 44 (1984), pp. 151-157.

² Cfr. L. CICCONE, *Salute e malattia (Questioni di morale della vita fisica II)*, Ed. Ares, Milano 1986, p. 34.

³ La “Nota” «La Pastorale della Salute nella Chiesa italiana» della Consulta Pastorale Nazionale della Conferenza Episcopale Italiana (CEI) ha avuto il merito di tracciare per la prima volta in modo organico le linee portanti della Pastorale sanitaria: ambiti, motivazioni, soggetti e strutture. Questa nota, pur essendo un documento di una Chiesa locale, acquista un valore universale perché riconosce, accetta e sintetizza, unificandoli, i documenti della Chiesa universale sull'argomento, usciti dal Concilio Vaticano II all'epoca della sua redazione (1989). I documenti a cui mi riferisco sono i seguenti: La Costituzione Apostolica *Sacram Unctionem Infirmorum* del 1972; il nuovo *Ordo Unctionis Infirmorum eorumque pastoralis curae*, sempre del 1972; il documento CEI *Evangelizzazione e sacramenti della Penitenza e dell'Unzione degli Infermi* (1974); La Lettera Apostolica *Salvifici Doloris* (1984) e l'Esortazione Apostolica *Christifideles Laici* (1988).

⁴ Cfr. la nota che precede.

⁵ Cfr. A. BRUSCO e S. PINTOR, *Sulle orme di Cristo medico*, EDB, 1999, pp. 207ss.

⁶ A. BRUSCO, *La pastorale sanitaria nell'attuale contesto sociale*, in AA.VV., *Progettualità ecclesiale nel mondo della salute*, Salcom, Varese 1995, 41.

⁷ EV 9/1410-1418.

⁸ EV 11/984-985.

⁹ EV 14/538-563.

¹⁰ Cfr. G. GIANNINI, *Pontificio consiglio “Cor Unum”, DTPS*, pp. 921-922.

¹¹ Cfr. S. PELLICER, *Pastorale sanitaria in Spagna, DTPS*, pp. 854-858.

¹² Cfr. S. PINTOR, *Dite il vangelo e curate i malati*, Settimana, 23 (1998), pp. 8-9.

¹³ G. SANTORO, *La Consulta della CEI per la Pastorale della Sanità*, Insieme per Servire, 2 (1988), pp. 10-13. Cfr. anche R. MESSINA, *La Consulta nazionale e le Consulte regionali e diocesane della sanità*, in *La pastorale della salute nella Chiesa italiana*, a cura di A. Brusco, Camilliane, Torino 1992, pp. 203-212.

¹⁴ Cfr. gli Atti del Convegno in *Progettualità ecclesiale nel mondo della salute*, Salcom, Varese 1995.

¹⁵ Parlo riferendomi all'ospedale, ma pensando anche alle altre strutture sanitarie esistenti oggi sul territorio, quali: case di cura, case alloggio, case per anziani e per parenti di malati, centri di ascolto, ambulatori, ecc.

¹⁶ Per tutta questa parte è molto opportuno confrontare *La Carta degli Operatori Sanitari*, un documento del Pontificio Consiglio della Pastorale per gli Operatori Sanitari (1994). Si consultino particolarmente i titoli: «Cura pastorale e sacramento dell'Unzione degli infermi»; «I malati terminali»; «L'assistenza religiosa ai malati».

¹⁷ Cfr. CEI, *Evangelizzazione e Sacramenti della Penitenza e dell'Unzione degli infermi*, nn. 137-140.

Conclusioni

Provenienti da 22 Paesi di 4 Continenti – solo l'Oceania era assente – i 25 Sacerdoti presenti hanno dato vita ad un vivace dialogo con i vertici del Dicastero e con i Relatori, esponendo lo stato reale dell'ambito pastorale dei Paesi dove operano, e comunicando le esperienze in atto che conducono per l'Evangeliizzazione dell'ambito della Salute.

In breve dallo scambio fraterno avuto, è emerso quanto segue:

– come è ovvio, si hanno notevoli differenziazioni quanti sono le culture dei Paesi dove la Chiesa è presente: laicizzazione pronunciata nei così detti Paesi "occidentali", difficoltà di azione in quelli dove la Chiesa è numericamente "minoritaria" e in quelli dove si convive con religioni "diverse". Tutti, però, hanno evidenziato il radicale cambiamento che ha provocato il modo di fare sanità: brevissima presenza in strutture istituzionali del *malato acuto*, e di conseguenza, la necessità e l'urgenza di esperire un modo nuovo di approccio e di presenza e di azione pastorale. Un adeguamento esigito, questo, anche per quei luoghi di Cura che assistono al *malato cronico*, considerato il profondo cambiamento che la società umana sta affrontando sul senso religioso della vita. Effetto consequenziale della "globalizzazione", che non risparmia questo aspetto della vita;

– un obiettivo urgente, quindi, veniva ravvisato nello studio di come collegare l'azione del Sacerdote inviato nei Luoghi di Cura con i Pastori sul territorio, le Parrocchie, dove ormai il "malato" continua l'azione di recupero della salute. Uno dei presenti descriveva la sua esperienza sul territorio. Dopo anni di coordinamento della Pastorale della Salute in strutture dedicate e da poco inviato dal suo Vescovo in questo nuovo servizio, ha coinvolto la Comunità Parrocchiale nel sostegno di uno specializzato

gruppo di "visitatori degli infermi", che si prende cura anche dell'aspetto medicale finanziando l'opera di una Infermiera che quotidianamente effettua visite per le applicazioni delle terapie. Inoltre sono stati avviati e intensificati i rapporti con i Centri di Cura della città per avere informazioni di propri parrocchiani;

– quasi tutti, però, hanno esposto che c'è una grande carenza di Sacerdoti in questa forma di Pastorale. Da qui la necessità di allargare ad una nuova forma di "membri di cappellania" fedeli che, pur non avendo il Sacerdozio Ministeriale, preparati con specifici corsi e sotto la diretta responsabilità del Vescovo Diocesano, vengano affiancati al Sacerdote che lui invia nell'ambito della sanità. Una dettagliata esperienza in tale senso è stata presentata da un Delegato di un Paese della *vecchia* Europa, studiata ed approvata dalla Conferenza Episcopale Nazionale;

– in modo inderogabile è emerso che per il Sacerdote inviato in questo *servizio pastorale* esiste l'esigenza, anzi l'obbligo di coscienza, di prepararsi adeguatamente e di cercare i necessari aggiornamenti periodici in corsi di *formazione permanente*. Un ampio scambio di informazioni è venuto dai Delegati che hanno già nei loro Paesi Facoltà Teologiche con specializzazione in *Pastorale della Salute* o Centri di Studio analoghi, avviando un inizio di fraterna collaborazione con quanti non hanno realtà simili nei propri Paesi, ma si sono detti molto interessati;

– il *Seminario di studio*, anche se breve nello spazio di tempo, è stato molto denso e ricco per la mutua conoscenza e lo scambio di esperienze. L'accordo per un comune, immediato obiettivo da perseguire è stato quello di dare l'inizio ad una "Federazione Internazionale" che tenga unite e in comunione le già esistenti Asso-

ciazioni Nazionali, e assista quanti tra i presenti vogliono avviare nel proprio Paese analoga esperienza. Al fine di rendere più agevole questo progetto, i Partecipanti al *Seminario* hanno accettato la proposta dell'Ecc.mo Presidente del Dicastero, Mons. Javier Lozano, di affidare il servizio di "COORDINATORI CONTINENTALI" ai seguenti Delegati intervenuti:

AFRICA

Rev. P. Edgar Yameogo, MI
Parroisse St. Camille - Centre Medical
01 - B.P. 364
OUAGADOUGOU - 01 Burkina Faso
Tel: +226 361097 - FAX: +226 360349 E-Mail: st.camille@fasonet.bf

AMERICA

A. Nord e Centrale:
Rev. P. Stephen R. Ryan, OSM
Presidente of N.A.C.C. - P.O. Box 97473
3501 Sout Lake Drive MILWAUKEE,
Wisconsin 53207 U.S.A.
Office - Tel: +1 414 4834898
FAX: +1 414 4836712
E-Mail: nacc@nacc.org
Private - Tel: +1 212 9134863
FAX: +1 213 6632448
E-Mail: fsteeverand@earthlink.net

B. Latina:

Rev. Don Juan José Estrada
Santiago 1165
2000 ROSARIO Argentina
Tel: +54 155 481795
FAX: +54 0341 4213511
E-Mail: estrade-jj@usa.net

ASIA e OCEANIA

Rev. Don Alex Vadakumthala
Executive Secretary Commission
for Health Care Apostolate - C.B.C.I.
Centre 1 - Ashok Palace
Goledakkhana
NEW DELHI 110 001 India
E-Mail: cbciheal@bol.net.in

EUROPA

Rev. Don Vitor Feytor Pinto
Rua da Beneficiencia, 7-1
100 LISBOA Portogallo
Tel: +351 1 7931435
FAX: +351 1 7954212
E-Mail: pastoralsaude@mail.sitepac.pt

P. FELICE RUFFINI, M.I.
Sotto-Segretario
del Pontificio Consiglio
per la Pastorale della Salute
Santa Sede