

Etica, Salute & Famiglia

Periodico a cura del Consultorio Prematrimoniale e Matrimoniale
UCIPEM di Mantova

www.consultorioucipemmantova.it

Sommario

EDITORIALE

- Culle vuote a Mantova

A. Savignano

PRIMO PIANO

- Incertezza, probabilità e trappole mentali
nelle decisioni mediche

R. Festa

TESTIMONI

- Luisa Menini. Per anni nostra collaboratrice
silenziosa

P. Aldrigo

SPIRITUALITA'

- Cristologia, eucaristia nella Rivelazione

E. Faglioni

IL POST DEL MESE

- L'angolo opaco del mondo

Qohelet

Anno XXX, n°3

*Maggio-Giugno
2026*

Responsabili:

*Gabrio Zacchè
Armando Savignano
Marta Bottura*

Culle vuote a Mantova



Anche gli ultimi dati confermano, come emerge da una recente indagine della Provincia, che un mantovano su quattro ha oltre 65 anni e vive più a lungo (in media 82 anni gli uomini e 86 le donne); ciò rappresenta una conquista grazie alla medicina e alla qualità di vita, ma non è esente da risvolti anche negativi. Né bisogna trascurare il crollo delle nascite che sembra irreversibile nel nostro paese e coinvolge anche Mantova con un numero di nascite davvero impressionante, un terzo dei quali è dovuto agli immigrati. Ciò rappresenta una sfida per l'Occidente, rispetto alla quale forse sono necessarie non solo opportune e lungimiranti strategie economico-politiche ma anche e soprattutto prospettive culturali.

Ormai la maternità è diventata un obiettivo tra tanti a causa anche della crisi economica, che tuttavia ha un peso relativo rispetto alle questioni culturali e valoriali. Come giustamente si ripete, in una società laica e liberale, le persone hanno il diritto di scegliere il proprio progetto di vita senza subire prediche paternalistiche. Ma non occorre trascurare che mettere al mondo dei figli rappresenta un'esperienza unica che provoca non solo rinunzie, ma anche grande gioia e felicità. Come è noto, sta emergendo una generazione di figli unici con molti nonni e qualche bisnonno, con i quali convive per un tempo sempre più lungo. Gli stessi valori su cui è fondata la nostra civiltà possono essere permeati da queste mutazioni. Così, ad esempio, il concetto di fratellanza è molto più difficile da apprendere in famiglia senza fratelli e sorelle.

A pesare sulla decisione di avere o non avere figli non è solo la ricchezza o il lavoro, conta anche il benessere che non riguarda solo la ricchezza individuale, ma anche altri fattori

che rendono la vita serena e interessante, tra i quali: costruire buone relazioni sociali in un ambiente culturale vivace. Dove c'è maggior benessere si mettono al mondo più figli; ma non si tratta solo di benessere economico, la gente fa i conti anche con la qualità della vita. Anche se quando c'è la crisi, il benessere strettamente economico incide di più rispetto agli altri aspetti.

Forse non è inutile interrogarsi sulle soluzioni escogitate da altri paesi per tentare di arginare la crisi della natalità. Nel modello svedese, le donne senza figli, o con un solo figlio, sono pochissime, mentre quelle con due figli costituiscono la maggioranza. Evidentemente, nella società svedese è largamente diffuso, e peraltro già realizzato, l'ideale di famiglia con almeno due figli in media. In questa situazione è di senso comune che sia stata impostata una politica di sostegno alla famiglia ed alla donna, privilegiando interventi tesi ad armonizzare vita lavorativa e famiglia, mediante l'incoraggiamento al lavoro parziale, flessibile, temporaneo, ed inoltre creando le condizioni per la maternità in giovane età. Si tratta di interventi che vengono qualificati come "l'arte" di sincronizzare e conciliare vita professionale, condizione di genitore e crescita individuale.

Nel modello francese, si parte dal dato di fatto che le aspirazioni e le inclinazioni delle donne siano molte variabili, in presenza anche di una società multietnica, sicché occorre assecondarle per quanto è possibile. Gran parte delle donne individuano la loro promozione sociale nel lavoro o nella carriera, sicché appare inutile, o può sortire solo effetti molto limitati o parziali, il tentativo di distoglierle da tali attitudini. Un'altra parte delle donne è incline ad una famiglia relativamente numerosa, ma è frenata dalla carenza di risorse economiche e da altri fattori temporali. A tal fine, occorre predisporre incentivi di tipo economico, in modo costante e progressivo specie a partire dal secondo figlio.

Gli interventi a favore della donna e della famiglia messi in atto dal governo francese, puntano ad aumentare la natalità, mentre quelli della Svezia forniscono ampi sussidi familiari al fine di salvaguardare il benessere dei figli e delle coppie, favorendo allo stesso tempo la parità dei sessi.

È possibile, quindi, governare il problema demografico, come si evince dalla ricetta francese e dei paesi scandinavi. Sono necessari, però, lungimiranza e una progettualità dai tempi lunghi. È solo il caso di sottolineare che in Italia, solo durante l'epoca fascista si elaborò un progetto demografico finalizzato a favorire la nascita di figli maschi da inviare al fronte per perseguire tragici disegni di grandezza.

Oltre ai fattori socioeconomici, vi sono anche risvolti culturali, che assumono un rilievo decisivo nell'opzione per la maternità. Se avere un figlio significa farlo vivere dove tutto potrebbe finire male - attitudine pessimistica sul futuro largamente condivisa – non sono sufficienti gli incentivi fiscali a convincere una coppia a procreare, per quanto questa politica

possa essere generosa, come lo è anche in Italia. Ma nessuna politica pubblica potrà mai sostituire l'immaginario condiviso su cosa significa avere un figlio. Senza un approccio culturale che restituisca alla genitorialità una dimensione ottimistica, la procreazione assume vieppiù caratteri problematici. Diventare genitori coinvolge gli aspetti più profondi della vita: crescere un figlio è un'impresa totalizzante, che implica risorse emotive, tempo disponibile e prestazioni quasi perfette. Il modello culturale della 'genitorialità intensiva' scoraggia spesso più degli affitti alti, di un lavoro sicuro, ecc. Dietro il calo delle nascite si cela il senso di sfiducia generalizzato, di pessimismo, che attanaglia l'Italia. Osservando la loro condizione precaria ed incerta, i giovani di oggi rifiutano di mettere al mondo i giovani di domani. È insomma la paura del futuro il fattore decisivo per la crisi di fecondità. È diffuso, infatti, il timore che per i figli non ci sarà un domani soddisfacente. Vi sarà un'inversione di tendenza solo quando ricominceremo a pensarci non in senso individualistico ma come una comunità, invece che come un agglomerato di interessi.

La crisi demografica, come dicevamo, non risparmia neppure la nostra realtà mantovana con l'invecchiamento della popolazione, paesi che si spopolano e tutte le inevitabili conseguenze connesse a tali fenomeni. Ripensare il progetto della 'Grande Mantova' potrebbe costituire il primo passo per superare individualismi ed egoismi e dare un segnale di lungimiranza e di orizzonti più ampi.

Armando Savignano

Incertezza, probabilità e trappole mentali nelle decisioni mediche



Illusioni cognitive e trappole mentali

Le illusioni cognitive sono simili alle illusioni ottiche.

Infatti, nelle illusioni ottiche ci illudiamo di vedere le cose come veramente sono e nelle illusioni cognitive ci illudiamo di sapere cosa dovremmo credere o fare, cioè quali sono le giuste opinioni e decisioni.

Le illusioni cognitive sono errori cognitivi sistematici, nel senso che commettiamo quasi tutti gli stessi tipi di errore.

Non si sbagliano solo gli uomini della strada, ma si sbagliano tutti, compresi manager, politici, giudici ed esperti in ogni campo. Costoro si sbagliano anche quando esprimono opinioni e prendono decisioni relative al proprio ambito di competenza.

Last but not least: si sbagliano sistematicamente anche i medici nell'esercizio della pratica clinica.

Le illusioni cognitive sono *trappole mentali* nelle quali è impossibile non cadere.

Molti problemi decisionali sono caratterizzati da grande e incertezza. Dobbiamo decidere cosa fare senza sapere esattamente come stanno le cose e quali saranno le conseguenze delle nostre possibili azioni.

Di solito affrontiamo problemi decisionali complessi usando istintivamente certe strategie cognitive, dette euristiche, che ci permettono di trovare soluzioni semplici e rapide. Il carattere istintivo (innato ed ereditario) delle nostre euristiche è una conseguenza del loro successo nella lunga storia dell'*homo sapiens*.

Il successo delle nostre euristiche nel Pleistocene le ha fatte arrivare fino a noi, attraverso i processi dell'evoluzione darwiniana.

Sfortunatamente, tuttavia, il moderno ambiente umano è molto diverso da quello dei cacciatori-raccoglitori del Pleistocene. Quindi nell'ambiente moderno le nostre euristiche si rivelano spesso disfunzionali, nel senso che conducono spesso a decisioni sbagliate (con conseguenze talvolta tragiche).

Negli ultimi decenni le *scienze cognitive* hanno identificato svariate illusioni cognitive – cioè errori diffusi e sistematici – che affliggono le nostre euristiche e hanno elaborato svariati metodi per porvi rimedio.

Decisioni mediche in condizioni di incertezza

Il vescovo e teologo inglese Joseph Butler (1692–1752) sosteneva che la nostra conoscenza della natura non è mai certa ma, nel migliore dei casi, è solo probabile. Butler compendia questa convinzione nel motto che, per noi esseri umani, “la probabilità è la vera guida della vita” (*The Analogy of Religion*, 1736). Questo motto suggerisce che le probabilità sono uno strumento indispensabile per trafficare con l'incertezza, cioè per decidere in un mondo incerto.



Joseph Butler

Nella vita quotidiana e nell'attività professionale, dobbiamo quasi sempre decidere in condizioni di incertezza.

Mi appresto a fare la mia passeggiata mattutina nel parco, vedo che il cielo è nuvoloso e devo decidere se uscire con l'ombrello, oppure no.

Ho appena ricevuto dal radiologo un responso positivo per la mammografia della mia paziente e devo decidere se prescriverle una biopsia, oppure no.

In entrambi i casi, il risultato della mia decisione dipende dallo stato del mondo, che non conosco con certezza. La mia decisione dovrà, quindi, necessariamente basarsi sulle mie opinioni incerte sul mondo.

Nel problema dell'ombrello, entrambe le possibili azioni – uscire con l'ombrello, oppure senza –, comportano inconvenienti. Infatti, se esco con l'ombrello e il cielo si rasserenava, dovrò sopportare un inutile ingombro. D'altra parte, se esco senza ombrello e comincia a piovere, rischio di bagnarmi come un pulcino.

Analogamente, nel problema della biopsia, entrambe le possibili azioni – prescrivere una biopsia, oppure no –, comportano inconvenienti.

Come posso decidere razionalmente cosa fare?

Sulla scia delle ricerche del matematico e filosofo francese Blaise Pascal (1623–1662) e del reverendo Thomas Bayes (1702–1761), matematico inglese, è stata sviluppata la *teoria delle decisioni razionali* (TDR), che permette di risolvere il problema dell'ombrello e gli altri problemi di decisione in condizioni di incertezza, compresi quelli che si presentano nella pratica clinica.



Blaise Pascal

TDR si fonda su questi presupposti.

- 1) La decisione di un soggetto razionale in condizioni di incertezza si basa sulle sue *opinioni* circa lo stato del mondo e sulle sue *preferenze* tra i possibili risultati delle sue azioni.
- 2) Le opinioni di un soggetto razionale possono venire rappresentate mediante opportune *probabilità* e le sue preferenze mediante opportune *utilità*.
- 3) Sulla base delle sue probabilità e utilità, un soggetto razionale può determinare l'*utilità attesa* di ciascuna delle sue azioni.

Il principio fondamentale della teoria delle decisioni è la regola di *massimizzazione dell'utilità attesa* (MUA):

MUA Scegli l'azione che massimizza l'utilità attesa!

Alla luce di MUA possiamo così riformulare il motto di Joseph Butler:

La massimizzazione dell'utilità attesa è la vera guida nella vita.

In un problema di intervento medico vi sono due possibili stati del mondo, consistenti nella presenza, o assenza, di una certa patologia, e due possibili azioni, consistenti nel praticare, oppure no, una determinata operazione o intervento (terapeutico o diagnostico).

Una significativa peculiarità delle decisioni mediche riguarda la natura delle utilità coinvolte. Infatti, nelle decisioni mediche le utilità non dovrebbero rappresentare le preferenze del decisore, cioè del medico, bensì quelle del paziente.

La probabilità di una diagnosi

Le 'giuste' probabilità iniziali per le decisioni cliniche

Le probabilità hanno carattere soggettivo, nel senso che possono variare da un soggetto a un altro e cambiare nel corso del tempo.

Tuttavia, alcune probabilità sono “migliori” di altre. Per esempio, la probabilità che domani a Milano piova, attribuita da un meteorologo dell'Aviazione Militare, è migliore delle mie, poiché si fonda su una più approfondita conoscenza scientifica.

In molti casi vi è un largo consenso sulla probabilità di un'ipotesi. Per esempio, sulla base di conoscenze largamente condivise, concordiamo nell'attribuire una probabilità pari a $1/6$ all'ipotesi che al prossimo lancio di un dado di forma cubica uscirà il 5.

Anche nella pratica clinica vi è spesso un ampio consenso sulla probabilità di una determinata ipotesi diagnostica.

Le probabilità delle ipotesi diagnostiche fondate sui dati epidemiologici sono ‘migliori’ di quelle assegnate da un medico che trascura questi dati e si basa solo sulla propria esperienza clinica.

Aggiornare le probabilità iniziali con il teorema di Bayes

Anche se le nostre probabilità possono cambiare nel corso del tempo, questi cambiamenti non dovrebbero essere arbitrari.

Le probabilità dovrebbero essere aggiornate in risposta a nuove evidenze, sulla base di criteri razionali.

La formulazione di criteri razionali per l'aggiornamento della probabilità delle ipotesi è l'obiettivo della *teoria bayesiana dell'inferenza*.

La teoria bayesiana deve il suo nome al ruolo cruciale che vi svolge il teorema di Bayes, comunemente attribuito a Thomas Bayes, che lo dimostrò in *An Essay towards solving a Problem in the Doctrine of Chances*, pubblicato postumo nel 1763.



Thomas Bayes

La probabilità $p(H)$ attribuita all'inizio di un'indagine a un'ipotesi H viene chiamata *probabilità iniziale* di H .

Alla luce dell'evidenza E successivamente acquisita, $p(H)$ dovrà essere sostituita da una nuova probabilità, chiamata *probabilità finale*.

Secondo la teoria bayesiana dell'inferenza, la *probabilità finale* di un'ipotesi H , calcolata sulla base di $p(H)$ e dell'evidenza E , è data dalla *probabilità condizionale* $p(H|E)$, che può essere determinata applicando il *teorema di Bayes*.

I tre tassi



Le probabilità $p(\text{HIV})$, $p(\text{Pos}|\text{HIV})$ e $p(\text{Pos}|\text{Non HIV})$ possono essere intese come tassi, o percentuali.

- ❖ $p(\text{HIV})$ è il *tasso di base* dell'HIV, cioè la percentuale degli individui con HIV nella popolazione di riferimento.
- ❖ $p(\text{Pos}|\text{HIV})$ è il *tasso di veri positivi*, cioè la percentuale degli individui risultati positivi al test tra quelli con HIV.
- ❖ $p(\text{Pos}|\text{Non HIV})$ è il *tasso di falsi positivi* cioè la percentuale degli individui risultati positivi al test tra quelli sani.

$p(\text{HIV})$ va spesso sotto il nome di *prevalenza* dell'HIV nella popolazione.

$p(\text{Pos}|\text{HIV})$ è comunemente noto come *sensibilità* del test dell'HIV.

Il complemento del tasso di falsi positivi $p(\text{Pos}|\text{Non HIV})$, cioè la probabilità $p(\text{Neg}|\text{Non HIV})$ che un individuo sano risulti negativo al test, è comunemente noto come *specificità* del test.

I dati epidemiologici consentono una valutazione oggettiva dei tre tassi sopra menzionati.

- ❖ Il tasso di base $p(\text{HIV})$ è all'incirca $0,01\% = 0,0001 = 1/10.000$.
- ❖ Il tasso di veri positivi $p(\text{Pos}|\text{HIV})$ è all'incirca $99,99\% = 0,9999 = 9.999/10.000$.
- ❖ il tasso di falsi positivi $p(\text{Pos}|\text{Non HIV})$ è all'incirca $0,01\% = 0,0001 = 1/10.000$.

Ciò significa che il test per l'HIV è estremamente affidabile, poiché su 10.000 persone affette da HIV ne identifica correttamente 9.999 e su 10.000 persone che non sono affette da HIV ne identifica correttamente 9.999.

In altre parole, il test per l'HIV ha una sensibilità e una specificità estremamente elevate.

I valori numeri stabiliti per i tre tassi permettono di ottenere, mediante TB, questa uguaglianza:

$$p(\text{HIV}|\text{Pos}) = 0,5$$

Ciò significa che la probabilità finale che Asdrubale sia affetto dall'HIV è pari al 50%.

Trappole probabilistiche nella diagnosi

Data l'estrema affidabilità del test per l'HIV, moltissimi profani – ma anche molti medici –, immaginano che la probabilità finale dell'ipotesi che Asdrubale sia affetto da HIV, in base al risultato positivo del test, sia molto elevata.

Sono sorpresi nell'apprendere che è pari soltanto al 50%.

Come si spiega questa sorpresa?

Una risposta plausibile sembra questa.

I medici conoscono i veri valori dei tassi $p(\text{HIV})$, $p(\text{Pos}|\text{HIV})$ e $p(\text{Pos}|\text{Non HIV})$, ma non li usano in maniera appropriata per calcolare la probabilità finale $p(\text{HIV}|\text{Pos})$ dell'ipotesi che Asdrubale sia affetto da HIV.

I medici, infatti, non applicano il teorema di Bayes, ma usano procedimenti intuitivi, che li fanno cadere in alcune trappole probabilistiche, accomunate dalla negligenza di uno o più dei tassi $p(\text{HIV})$, $p(\text{Pos}|\text{HIV})$ e $p(\text{Pos}|\text{Non HIV})$.

Fallacia del tasso di base

La *fallacia del tasso di base* consiste nel trascurare il tasso di base, cioè la probabilità iniziale di un'ipotesi diagnostica.

La negligenza del tasso di base può distorcere sensibilmente la valutazione della sua probabilità finale.

Consideriamo il caso di Asdrubale. Qui il tasso di base $p(\text{HIV})$ è minuscolo: $p(\text{HIV}) = 0,000 = 11/10.000$.

Se trascuriamo $p(\text{HIV})$, allora saremo indotti a una grossolana sopravvalutazione della probabilità finale $p(\text{HIV}|\text{Pos})$, poiché prenderemo in considerazione solo l'attendibilità estremamente elevata del test.

Fallacia della pseudo-diagnosticità

La fallacia della pseudo-diagnosticità consiste nel trascurare il tasso di falsi positivi $p(\text{Pos}|\text{Non H})$.

La negligenza di questo tasso può distorcere notevolmente la valutazione della probabilità finale di un'ipotesi diagnostica.

Supponiamo, infatti, che $p(\text{Pos}|\text{H})$ sia molto elevato, cioè che Pos sia *tipico* di H.

Chi cade nella trappola della pseudo-diagnosticità è convinto che la tipicità di Pos implichi la sua diagnosticità, cioè che un elevato valore $p(\text{Pos}|\text{H})$ implichi un elevato valore di $p(\text{H}|\text{Pos})$.

Questa convinzione è infondata, poiché la tipicità non è né sufficiente né necessaria per la diagnosticità.

In particolare, il risultato positivo del test può essere tipico di H senza essere diagnostico.

Infatti, se Pos è tipico di H, ma viene riscontrato anche in gran parte degli individui sani, allora potrebbe darsi che Pos non sia diagnostico, cioè che solo una piccola percentuale degli individui positivi al test soffra di H.

Fallacia dell'inversione delle probabilità condizionali

La *fallacia dell'inversione delle probabilità condizionali* consiste nell'infondata identificazione della probabilità finale $p(H|Pos)$ di un'ipotesi diagnostica H con il tasso di veri positivi $p(Pos|H)$.

Questa fallacia può essere vista come una combinazione delle fallacie del tasso di base e della pseudo-diagnosticità. Infatti, chi è convinto che l'uguaglianza $p(H|Pos) = p(Pos|H)$ sia generalmente valida, trascura sia il tasso di base $p(H)$ sia il tasso di falsi positivi $p(Pos|Non H)$.

Le cattive intuizioni dei ginecologi

Nel corso di uno screening per il tumore al seno, Cirilla si è sottoposta a una mammografia ed è risultata positiva.

A 160 ginecologi sono stati forniti i seguenti dati:

Tasso di base	1%
Tasso di veri positivi	90%
Tasso di falsi positivi	9%

Poi è stata posta la domanda “Nel caso in cui la mammografia risulti positiva, quanto è probabile che Cirilla abbia un tumore?”.

Sono state poi fornite 4 possibili risposte:

- A. La probabilità che Cirilla abbia un tumore è l'81%
- B. La probabilità che Cirilla abbia un tumore è il 90%
- C. La probabilità che Cirilla abbia un tumore è il 10%
- D. La probabilità che Cirilla abbia un tumore è l'1%

Risposta giusta!

I 160 ginecologi hanno risposto così

A. 13%	B. 47%	C. 21%	D. 19%
--------	--------	--------	--------

Solo il 21% dei ginecologi ha fornito la risposta giusta.

La maggioranza ha risposto 90%, che corrisponde al tasso di veri positivi.

Perché la risposta giusta è così difficile da calcolare?

Per rispondere correttamente alla domanda sulla probabilità che Cirilla abbia un tumore dobbiamo combinare correttamente, mediante TB, i tre tassi.

La maggior parte dei ginecologi non lo fa, ma si avvale di procedimenti intuitivi, cadendo in diverse fallacie.

Come sfuggire alle trappole probabilistiche ... con il metodo delle frequenze naturali

Il problema dell'HIV formulato in termini di probabilità

Tasso di base	0,01%
Tasso di veri positivi	99,9%

Tasso di falsi positivi 0,01%

Asdrubale è risultato positivo al test dell'HIV.

Domanda. Qual è la probabilità che Asdrubale abbia l'HIV?

Risposta. I tre tassi permettono di determinare, mediante TB, che $p(HIV|Pos) = 0,5$, cioè che la probabilità finale che Asdrubale sia affetto dall'HIV è pari al 50%.

Frequenze naturali

Secondo Gerd Gigerenzer le percentuali usate in TB non sono un formato trasparente.

Si dovrebbe usare un formato trasparente, come le frequenze naturali, che rappresentano i numeri di determinati gruppi di persone.

Il metodo delle frequenze naturali semplifica il calcolo, anche se richiede di “tradurre” le probabilità in frequenze naturali, e viceversa.

Il problema dell'HIV formulato in termini di frequenze naturali

- ❖ In una popolazione di 10.000 individui, un individuo ha l'HIV.
- ❖ L'individuo con HIV risulterà positivo al test.
- ❖ 1 dei 9999 individui sani risulterà positivo al test.
- ❖ Quindi, 2 individui risulteranno positivi al test.

Asdrubale è risultato positivo al test dell'HIV.

Domanda: Tra i 2 individui risultati positivi al test, quanti hanno l'HIV?

Risposta: 1 su 2!

Ciò significa che la probabilità che Asdrubale sia affetto dall'HIV è pari al 50%.

Il problema del cancro al seno formulato in termini di frequenze naturali

- ❖ In una popolazione di 1.000 donne, 10 hanno il cancro al seno e 990 non ce l'hanno.
- ❖ Tra le 10 donne con il cancro, 9 risultano positive al test.
- ❖ Tra le 990 donne sane, 89 risultano positive al test.
- ❖ Quindi, 98 (= 9 + 89) donne risultano positive al test.

Domanda: Tra le 98 donne risultate positive al test, quante hanno il cancro?

Risposta: 9 su 98!

Ciò significa che la probabilità che Cirilla abbia un tumore al seno è pari a

$9/98 = 0,0918 \approx 9,18\% < 10\%$

Roberto Festa

Già professore di logica e
filosofia della scienza.

Università degli Studi di Trieste

Luisa Menini vedova Imperatori per anni collaboratrice silenziosa del nostro periodico



(11.10.1941- 13.3.2026)

Tra le donne che ho conosciuto Luisa è stata per me una guida, semplicemente agendo in modo sereno, generoso e convinto nella vita, senza voler apparire e senza grandi discorsi. Tra le doti umane spiccavano la gentilezza nei modi e la capacità di prendersi cura delle persone e delle cose. La serenità con cui si relazionava in modo semplice e diretto e la capacità di ascolto attento facevano di lei un sostegno nella formazione dei giovani. La ricorderanno gli alunni, forse più per l'immagine che ha saputo restituire di loro, che per le competenze professionali. Di certo i nipoti hanno potuto godere della sua vicinanza, ha saputo ascoltare le loro paure e dar forza ai loro sogni. E' stata una presenza feconda e costante in campo formativo in tutti i settori dell'Azione Cattolica mantovana: con le bambine prima del rinnovamento, poi con i ragazzi dell'Ace e con gli adulti nella presidenza diocesana. Faceva anche l'educatrice e la responsabile dei campi estivi associativi. Fin dai tempi in cui è nato il Centro italiano femminile a Mantova, era felicemente consapevole della propria dignità come donna laica nella Chiesa e nel mondo. Anche il consultorio Ucipem di Mantova, nato per dare aiuti concreti a giovani madri in difficoltà, ha avuto la sua fedele presenza fin dal suo sorgere. Non era comunque una *boomer*: sapeva lavorare al computer e ha tenuto la contabilità prima dell'Azione Cattolica poi del Consultorio.

E' stata donna nel lavoro e nel servizio. Se qualcuno pensa ad una anziana un po' dimessa, si sta facendo un'idea sbagliata. Con la sua eleganza innata e il linguaggio sobrio sapeva stare davanti ad autorità e prelati rimanendo "in piedi". Aveva un legame molto speciale con le sorelle e faceva parte di un nucleo familiare grande e unito. Nutriva un affetto sincero anche per i sacerdoti, temeva che si isolassero e non riuscissero a darsi sostegno reciproco, vivendo la loro vocazione senza amicizie. Si capiva dalle sue parole che una certa sicurezza le veniva dalla fiducia in Dio e dal suo sentirsi dentro la Chiesa e nel mondo. Ha donato fino alla fine la sua disponibilità e competenza al Consultorio in modo semplice. La malattia che tutti temiamo, lei l'ha incontrata prima con fiducia e speranza, poi con stupore, confidandomi ultimamente: "un tempo si pensava che il tumore non arrivasse quando si è anziani". Ha accolto le cure, la trasformazione del corpo, il dolore e la mancanza di autonomia con fatica e dignità. Senza volerlo è stata un'*influencer*. E' morta a 84 anni, ma la ricordiamo prima della malattia bella e vitale come una ragazza. Grazie Luisa.

Patrizia Aldrigo
Consulente Ucipem

Cristologia ed eucaristia nella rivelazione

(Giovanni 6,22-50)

a) *La vera ricerca di Gesù (6, 22-25)*

Quello che a noi interessa sono i temi che risuonano nel breve sommario storico. Ve ne emergono due: quello eucaristico, presente nell'unico gesto di Gesù ricordato "dopo che il Signore aveva reso grazie (*eucharistèsantos*)", e quello cristologico della ricerca di Gesù, ripreso all'inizio del dialogo: "Voi mi cercate..." (6, 26). Bisogna cercare Gesù per poterlo trovare ed avere da Lui la verità, la vita, la gioia.

Per cercare veramente Gesù è necessario lasciarci cercare da Lui, lasciarci attrarre dal Padre. Se pretendiamo cercare quello che vogliamo noi, la ricerca si concluderà con un voltafaccia, con la negazione della stessa ricerca.

b) *Capovolgimento di mentalità (6, 26-35)*

Già nella prima parte del dialogo comincia subito il contrasto tra la mentalità giudaica del popolo che cerca Gesù e la sua rivelazione nuova. Emerge così espressamente quel distacco che si era concretato con la fuga di Gesù, solo sul monte, quando il popolo lo cercava per farlo re (6, 14-15). Nell'autorivelazione di Gesù "Io sono il pane di vita" troviamo intrecciati i due temi della cristologia e della eucaristia. La risposta ad ambedue è quella della fede, che il popolo invece contesta.

La gente anonima cercava Gesù perché si era saziata e pensava quindi di poter trarre ancora qualche altro profitto. Non lo cercano perché attraverso il segno sanno intravedere e riconoscere colui che è significato: Gesù, pane di vita, nutrimento spirituale della loro fame di verità e di vita. Sull'interesse materiale deve quindi prevalere quello personale per Gesù.

La carne di Gesù è il vero cibo, che rimane per la vita eterna. Proprio perché non perisce, rimane per la vita eterna e perciò dà anche all'uomo la vita eterna. Che l'orientamento sia all'eucaristia è confermato dal seguente riferimento al futuro: il cibo che rimane per la vita eterna *lo darà* il Figlio dell'uomo.

Duplici è quindi l'orientamento del segno: *nel presente* si riferisce alla persona di Gesù: "Io sono il pane della vita"; *nel futuro* si riferisce all'eucaristia. Sono due modi di essere "pane di vita": mediante la parola e mediante il sacramento.

Gesù è superiore al Messia aspettato. E' su questa cristologia che si fonda la possibilità dell'eucaristia. E' perché Gesù è il Figlio dell'uomo, consacrato e inviato dal Padre, che Egli potrà dare il cibo per la vita eterna. E il discorso procede, ancora per antitesi.

I giudei pensano di dover fare qualcosa per operare le opere di Dio. E' l'uomo che può procurarsi la salvezza, facendo le opere *che Dio vuole* (in questo senso sono opere di Dio).

Invece Gesù risponde: non si tratta dell'opera dell'uomo data a Dio, ma dell'opera di Dio, regalata e donata all'uomo.

L'opera di Dio per eccellenza è l'accettazione, nella fede, del dono che il Padre fa in Gesù, inviato da Lui. Il discorso è quindi teologico e non morale.

“Questa è l'opera di Dio, che crediate in colui che Egli ha mandato” (6, 29). L'opera più propria dell'uomo, che è la fede, è nello stesso tempo e in primo luogo l'opera di Dio.

Qui, nel discorso sul pane di vita, Gesù risponde, negando che la manna fosse pane dal cielo: “In verità, in verità vi dico: non Mosè vi ha dato il pane dal cielo, ma il Padre mio vi dà il pane dal cielo, quello vero. Il pane dal cielo infatti è quello che dal cielo discende e dà la vita al mondo” (6, 32-33). Ritorna la prima antitesi fra il cibo che perisce, identificato qui con la manna del deserto e quello che rimane per la vita eterna: il vero pane dal cielo. E' il Padre che lo dà direttamente e non Mosè, lo dà attualmente e si identifica con “colui che discende dal cielo per dare la vita al mondo”. L'incarnazione costituisce il vero pane dal cielo ed è anche il mistero che rende possibile l'eucaristia.

Alla domanda, simile a quella della samaritana: “Signore, dacci sempre questo pane!”, Gesù risponde: “Io sono il pane della vita. Chi viene a me non avrà più fame e chi crede in me non avrà più sete” (6, 35). E' Lui quindi il cibo che rimane per la vita eterna, è Lui il vero pane di Dio, il pane dal cielo, la vera manna; e l'opera di Dio è andare a Lui, è credere in Lui. E' Lui che estingue la fame e la sete di vita dell'uomo.

c) Lo scandalo della incarnazione (6, 36-43)

L'unità letteraria seguente (6, 36-40) può essere considerata uno sviluppo dei vv. 33 e 35 sul tema ivi accennato della incarnazione salvifica: il pane della vita, colui che discende dal cielo è Gesù. La terza breve pericope sulla mormorazione (6, 41-43) riporta la reazione dell'incredulità di fronte allo scandalo della incarnazione. Scompare del tutto il tema eucaristico; vi rimane solo l'accento alla ‘discesa dal cielo’ (cfr. il pane vivo, disceso dal cielo del v. 51).

“Dio amò il mondo così da donare il Figlio Unigenito, affinché chiunque crede in Lui *non si perda*, ma abbia la vita eterna” (3, 16). Anche qui la volontà del Padre è che non si perda nulla di quanto gli ha dato.

Il *modo* di compiere la volontà del Padre, che include la morte di croce, non è ancora espresso, mentre *lo è il modo con cui Dio vuol salvare l'uomo*, mediante la visione del Figlio e la fede in Lui: “Chiunque vede il Figlio e crede in Lui ha la vita eterna ed io lo risusciterò nell'ultimo giorno”. La salvezza integrale dell'uomo consiste nella vita eterna e nella partecipazione anche del corpo a questa vita con la futura risurrezione, operata pure dal Figlio.

I giudei, mormorando contro Gesù, si dimostrano degni discendenti dei loro padri. E Gesù quindi blocca la loro mormorazione: “Non mormorate tra di voi” (6, 43). L'oggetto della mormorazione è l'incarnazione del Figlio di Dio, espressa con le parole “Io sono il pane disceso dal cielo” (6, 42b), che sintetizza i precedenti vv. 33, 35 e 38.

L'obiezione contro l'incarnazione di Gesù è costituita dalla sua umile origine terrena. Di Lui conoscono il padre e la madre; Gesù è conosciuto come “figlio di Giuseppe”. Anche nel rifiuto dei Nazareni (*Mc 6, 1-6 e paralleli*) motivo dello scandalo è l'umile parentela di

Gesù, ben conosciuta a Nazaret (*Mc 6, 3; Mt. 13, 55-56*). L'umiltà della incarnazione, che ha permesso la visione "nella carne" del Figlio di Dio, è il motivo per rifiutare la fede in Lui.

L'origine celeste, affermata solennemente da Gesù, sembra in contrasto con la sua origine terrena. E invece l'incarnazione è proprio l'unione delle sue origini, secondo Giovanni: "E il Verbo si fece carne" (*1, 14*). La visibilità della carne che dovrebbe essere uno strumento di grazia, una trasparenza della presenza amorosa di Dio in mezzo agli uomini, attraverso cui vedere la sua gloria di Unigenito, diviene invece per gli occhi increduli e i cuori ribelli un diaframma che impedisce di vedere nel figlio di Giuseppe il Figlio del Padre.

d) Cristologia ed eucaristia nuovamente a confronto con la manna (6, 47-50)

I vv. 48-50 ritornano al *tema specifico del pane di vita* e alla unione tra cristologia ed eucaristia: la cristologia si esprime nell'autorivelazione di Gesù, che ripete quella del v. 35: "Io sono il pane della vita", e nella corrispondente specificazione del v. 50: "Questo è il pane che discende dal cielo".

Quello che è decisivo è il confronto con la manna che i padri hanno mangiato nel deserto e sono morti. La superiorità di Gesù, pane di vita disceso dal cielo, si constata negli effetti: chi mangia di questo pane non muore. Il pane che perisce lascia perire l'uomo, mentre il pane che rimane per la vita eterna è il pane che impedisce di morire, perché dona la stessa vita di Gesù ed unisce a colui che ha vinto la morte. Egli dona la vita divina, che è germe anche della futura risurrezione, come viene per ben quattro volte ribadito nel discorso (6, 39. 40. 44. 54).

Mons. Egidio Faglioni

Il post del mese



L'angolo opaco del tramonto secondo Qohelet



“In quei giorni tremeranno i custodi della casa,
e si curveranno i gagliardi,
cesseranno di lavorare le donne che macinano,
perché rimaste poche,
si offuscheranno quelle che guardano dalle finestre,
si chiuderanno i battenti sulla strada,
si abbasserà il rumore della mola,
si attenuerà il cinguettio degli uccelli,
si affievoliranno tutti i toni del canto,
si avrà paura delle alture,
terrore si proverà nel cammino,
fiorirà il mandorlo
e la locusta si trascinerà a stento
e il capperò non avrà più effetto,
poiché l'uomo se ne va nella dimora eterna

con il corteo di coloro che alzano grida lungo la strada;
prima che si spezzi il filo d'argento
e la lucerna d'oro s'infranga
e si rompa l'anfora alla fonte
e la carrucola cada nel pozzo,
e ritorni la polvere alla terra, com'era prima,
e il soffio vitale torni a Dio, che lo ha dato”.

(Qohelet 12, 3-7)