



*Periodico a cura del Consultorio Prematrimoniale e Matrimoniale
UCIPEM di Mantova e dell'Associazione Virgiliana di Bioetica*

www.consultorioucipemmantova.it

nuova edizione on-line

Sommario

EDITORIALE - <u>Diritto di morire?</u>	<i>A. Savignano</i>	<i>ANNO XXVIII, n.5</i> <i>Settembre-Ottobre</i> <i>2024</i> <i>Responsabili:</i> <i>Gabrio Zacchè</i> <i>Armando Savignano</i> <i>Luisa Menini</i>
PRIMO PIANO - <u>Possibilità e limiti di Doctor Google</u>	<i>G. Zacchè</i>	
- <u>Veracità nel parlare e nello scrivere</u>	<i>A. Basso</i>	
- <u>L' intreccio tra disturbo clinico e disagio esistenziale</u>	<i>P. Breviglieri</i>	
- <u>Diventare volontario socio-sanitario</u>	<i>A. Savioli</i>	
ATTIVITA' DEL CONSULTORIO - <u>La promozione della salute</u>	<i>M. Bianchera, C. Chesi</i>	
IL LIBRO - <u>"Mantenersi in salute"</u> di L. Gobio Casali a cura di <i>C. Dall'Acqua</i>		
SPIRITUALITA' - <u>Amore: dono e dramma</u>	<i>E. Faglioni</i>	
IL POST DEL MESE - <u>L'amore come speranza</u>	<i>Primo Levi</i>	

Diritto di morire? Risvolti bioetici



Recentemente la Corte costituzionale ha preso nuovamente posizione sul problema del 'suicidio assistito'. In mancanza di una legge che regoli finalmente la materia, i requisiti per l'accesso al suicidio assistito restano quelli stabiliti dalla sentenza n. 242 del 2019, compresa la dipendenza del paziente da trattamenti di sostegno vitale, il cui significato deve però essere correttamente interpretato in conformità a quella sentenza. Tutti questi requisiti: 1) irreversibilità della patologia, 2) presenza di sofferenze fisiche o psicologiche, che il paziente reputa intollerabili, 3) dipendenza del paziente da trattamenti di sostegno vitale, 4) capacità del paziente di prendere decisioni libere e consapevoli devono essere accertati dal Servizio Sanitario Nazionale, con le modalità procedurali stabilite in quella medesima sentenza.

Bisogna rilevare che non è la libertà a costituire la dignità dei nostri comportamenti, anche se oggi, nella nostra cultura sembrerebbe che sia così: l'azione libera viene identificata con l'agire con dignità. Non è però la libertà che dà dignità al comportamento umano. E' vero tuttavia che l'atto può essere degno della persona solo se è un atto umano, cioè libero.

Ma non sempre è degno ciò che è libero; vi sono tanti comportamenti che sono liberi e non sono degni della persona, né della persona su cui si agisce, né della persona che agisce. Esistono azioni libere indegne della persona umana. Se ad esempio viene compiuto un atto di stupro nei confronti di una donna, tale comportamento è indegno per l'uomo. Supponiamo che sia stata compiuta quell'azione liberamente, in piena autonomia da parte dell'uomo. Ma è un atto degno della persona? La libertà quindi, non dà la dignità alle proprie azioni, ma dà la possibilità di agire in modo degno o indegno. Ma la dignità o indegnità di un atto libero non dipende solo dal fatto che sia libero, ma dalla corrispondenza di quella scelta libera alla dignità della persone altrui e della propria. Ecco perché offendere liberamente l'altro è un comportamento indegno.

L'equivalenza "morte degna" = eutanasia, perché scelta libera, è quindi discutibile se non addirittura falsa. Infatti, se un soggetto chiedesse insistentemente di essere torturato, questa opzione non sarebbe opzione degna, né rispetterebbe la sua dignità, anche se la richiesta fosse del tutto libera. Vi sono molti mascheramenti in tal senso, soprattutto se si rispondesse al soggetto in modo affermativo: "Sì, ti aiuto". In tal modo viene compiuta un'azione che rispetta la sua libertà ma non la sua dignità. La vita è un bene indisponibile non solo riguardo alla vita altrui, ma prima di tutto riguardo alla propria vita. Un'opzione volontaria, cosciente, libera, di suicidio assistito, può essere lesiva della propria dignità. Pertanto, l'eutanasia, nel senso attuale dato alla parola, non è univocamente assimilabile a morte degna anche se la persona muore in pace e forse senza sofferenza.

Occorre discriminare tra vite degne e non degne di essere vissute? Bisogna evitare di cadere in un'antropologia dualista, spesso presente in coloro che difendono l'eutanasia. Tipica è infatti l'espressione: "Ormai è solamente una vita biologica, non c'è più vita personale, è un vegetale". E' anche frequente la distinzione radicale tra "vita biologica" e "vita biografica", considerando la seconda come l'unica che dia senso all'esistenza della persona, e la prima come qualcosa di sub-umano. Ma chi si trova in "stato vegetativo persistente" è ancora una persona degna di rispetto? La persona è un'unità: non c'è mai un corpo umano che sia solo una specie di vegetale, un fenomeno biologico vivente, senza che sia il corpo di un io, di una persona. In questo senso bisogna affermare che la vita biologica di un individuo umano è sempre vita umana, e forma parte sempre della sua vita biografica. Ecco perché è necessario sostenere l'identità biologica, ontologica, morale e giuridica della persona.

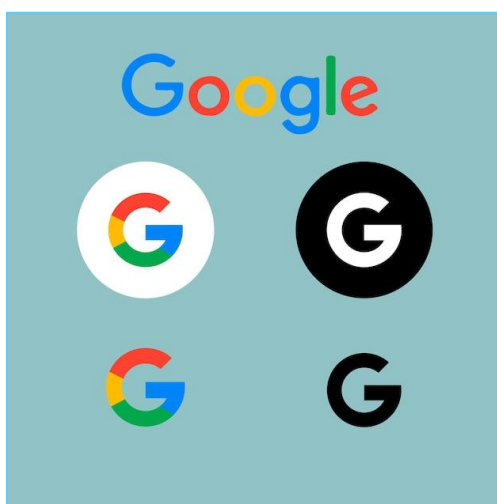
Anche il Papa ha affermato che non c'è un diritto alla morte, che va vissuta umanamente non praticando l'accanimento terapeutico ma ricorrendo alle cure palliative. «Dobbiamo essere grati per tutto l'aiuto che la medicina si sta sforzando di dare, affinché attraverso le cosiddette 'cure palliative', ogni persona che si appresta a vivere l'ultimo tratto di strada della propria vita, possa farlo nella maniera più umana possibile», ha sottolineato Papa Francesco.

Ma, avverte il Papa, «Dobbiamo però stare attenti a non confondere questo aiuto con derive anch'esse inaccettabili che portano a uccidere». Ecco perché, occorre accompagnare alla morte, ma non provocarla o aiutare qualsiasi forma di suicidio. «Va sempre privilegiato il diritto alla cura e alla cura per tutti, affinché i più deboli, in particolare gli anziani e i malati, non siano mai scartati. Infatti, la vita è un diritto, non la morte, la quale va accolta, non somministrata. E questo principio etico riguarda tutti, non solo i cristiani o i credenti».

Armando Savignano

[Torna al sommario](#)

Possibilità e limiti di Doctor Google



Google è il sito web più visitato al mondo, nel solo dominio web italiano, nel 2022, ha totalizzato in media circa 158 milioni di visite. Molti pazienti prima o dopo una visita specialistica lo consultano e si presentano al medico spesso condizionati da quanto letto. Per questo i mediatori tradizionali della informazione e della comunicazione tendono a perdere il loro ruolo a vantaggio delle piattaforme digitali. Lo strumento digitale non può sostituire la relazione diretta con il medico, ciò sarebbe la disumanizzazione della cura, può solo integrarla, quando necessario, in modo utile. La fiducia e l'empatia infatti si stabiliscono con l'incontro personale. Le tecnologie digitali, importantissime, devono essere costruite con in mente il rapporto umano e la premessa è che il paziente deve avere dimestichezza con il mezzo tecnologico ed il medico, non escluso, deve sviluppare una sensibilità nuova.

Durante il periodo più critico della pandemia Covid-19 il web è stato fondamentale per migliorare l'assistenza ai pazienti a domicilio, in località remote, emarginati e cronici. Sono utilissime applicazioni che permetta di controllare a distanza lo stato di salute e l'effetto della terapia, si sincronizzano con i dispositivi indossabili che registrano glicemia, elettrocardiogramma, pressione arteriosa, ecc. e permettono di rimanere in contatto 24/7 con il medico. Molte le patologie, per lo più croniche e complesse, che possono essere così meglio monitorate, si va dal diabete di tipo I, ai disturbi psichici, alle lesioni dermatologiche, all'obesità, alle artropatie, all'ipertensione ecc. Si può seguire a distanza una ferita chirurgica che fatica a



cicatrizzare. Utilissimo nelle urgenze, ne traggono benefici in particolare pazienti che abitano località senza risorse specialistiche o che hanno difficoltà di spostamenti.

Con Google trasmetto alle mie pazienti istruzioni e aggiornate informazioni sulle loro patologie. Tengo sul desktop del mio computer la dieta per le gravide

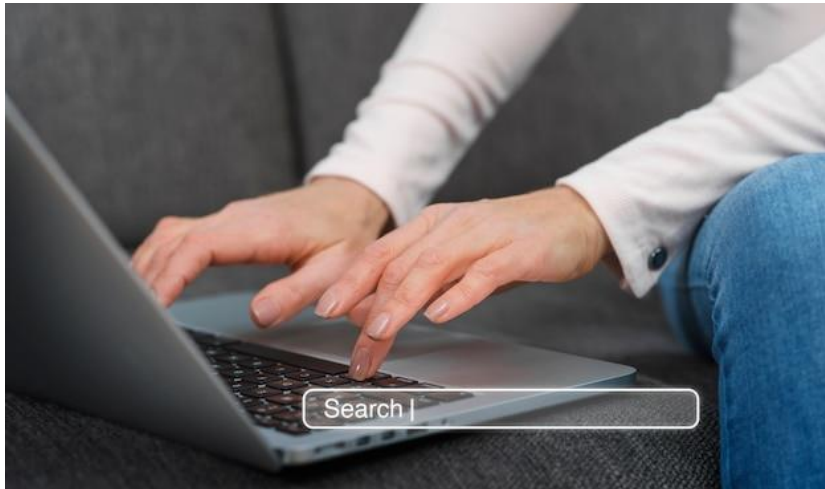
con iperemesi e per quelle in sovrappeso, una brochure che spiega meglio delle mie parole l'utilità della vaccinazione HPV, il significato delle atipie cellulari riscontrate con il Pap-test, in gravidanza l'opuscolo del Ministero della Salute sullo screening delle anomalie cromosomiche mediante il DNA fetale presente nel sangue materno (NIPT), ecc.

Accediamo allo spazio digitale tramite: – Smartphone – Computer – Tablet – Smartwatch ma per comunicazioni complesse è meglio utilizzare l'email. Lo spazio digitale è always connect. Fondamentale il sicuro riconoscimento di “quel paziente” tra i tanti che accedono al nostro ambulatorio. Il mio metodo dopo ogni visita si basa nello scrivere una sintesi della storia clinica, sintomi, visita, ecografie e cure. Il paziente che mi interpella nel web, mi invia oltre a specifiche richieste o esami copia di questa sintesi.

WhatsApp è usatissimo nella relazione con i pazienti. Finita una visita abitualmente do loro indicazioni per farlo. E' utilizzato dall'83% della popolazione italiana. È un comodo servizio di messaggistica che consente anche di fare telefonate e videochiamate utilizzando la rete e di eseguire televisite.

Messenger è il sistema di messaggistica del social network Facebook. Consente di fare chiamate audio e video, di creare gruppi in cui tutti possono parlare/scrivere/inviare file; si tratta di vere e proprie chat di gruppo. Consente di inviare allegati: audio, video, PDF. Si può utilizzare da smartphone, tablet e pc. Viene utilizzato dal 57% della popolazione italiana. Permette anche di fare videochiamate da computer a computer oppure da computer a smartphone. Si può comunicare anche con persone di cui non si possiede il numero di telefono.

Vanno orientati i pazienti che cercano informazioni in internet. In Italia non esiste un organismo che valuta le applicazioni per la salute. Bisogna conoscere come funziona Google. Conoscere qual'è la gerarchia delle informazioni che il motore di ricerca offre. Inoltre, come rispondere ai pazienti quando si presentano in visita con un pacco cartaceo di risorse digitali trovate su Google? Spesso infatti il paziente si presenta dal



medico con una serie di opinioni già definite, e reperite in rete, su diagnosi, prognosi, terapia e farmaci da assumere.

Bisogna conoscere che l'autorevolezza delle informazioni fornite da Google non è sempre "scientifica".

Se introduciamo una parola chiave (keyword) le pagine che possiamo leggere dipendono da questa parola. Ad esempio, se il messaggio inviato è negativo, "complicanze dei vaccini" ad esempio, le risposte negative si moltiplicano, si acquisisce una visione totalmente parziale ed è molto più facile trovare informazioni fuorvianti e inaffidabili. Introducendo una keyword giusta, l'ordine in cui compaiono le pagine dipende poi da quanti link puntano a quella determinata parola. Quindi: più citazioni in forma di link una pagina ottiene, più questa è autorevole per l'algoritmo.

Inoltre, quando cerchiamo informazioni online, lo facciamo spesso per confermare un'idea che abbiamo già e non per trovare idee nuove. E' fenomeno favorito da un'altra delle regole fondanti della rete: la cosiddetta "bolla di filtraggio". Più siamo esposti ad una certa visione del mondo, più ci convinciamo della nostra idea e più tendiamo a cercare conferme online. La personalizzazione delle nostre esperienze di navigazione ha creato una "bolla" in cui tendiamo a vedere sempre gli stessi contenuti, i contenuti che ci piacciono e che confermano le nostre preferenze. Gli algoritmi modellano quindi il nostro modo di fruire di contenuti creando un filtro che lascia passare soltanto ciò che rientra nelle nostre preferenze. Vi è la tendenza a ricercare, selezionare e interpretare informazioni in modo da prestare maggiore attenzione, e quindi attribuire maggiore credibilità, a quelle che confermano le nostre convinzioni o ipotesi e, viceversa, ignorare o sottovalutare informazioni che le contraddicono. Il fenomeno, detto "bias di conferma" è quindi una distorsione (bias) ed è più marcato nel contesto di argomenti che suscitano forti emozioni o che vanno a toccare credenze profondamente radicate.

L'evoluzione della tecnologia quindi e le sue conseguenze sulla società hanno ribaltato la dinamica del rapporto medico-paziente.

L'obiettivo del medico oggi dev'essere quello di tornare al centro del processo di mediazione. Si tratta di ridurre l'impatto delle informazioni rinvenute direttamente dai pazienti attraverso gli algoritmi; non vanno rifiutate in modo pregiudiziale. Come si recupera la mediazione? Recuperare la mediazione significa: consapevolezza rispetto al mondo digitale, far capire che noi medici conosciamo le dinamiche informatiche (algoritmi), segnalare ai pazienti fonti e contenuti autorevoli che rendano non necessaria ulteriori libere ricerche su Google. Segnalare community attendibili.

Come mettere in crisi il Dottor Google? Intervenendo prima. Prevenire è meglio che curare. Prima o dopo la visita - o comunque alla comparsa di un qualunque sintomo - il paziente farà una ricerca sul web. Ecco perché è opportuno indicare al paziente fonti di approfondimento affidabili e verificate, per evitare l'impatto con informazioni online incerte. Una nuova abitudine per il medico potrebbe essere quella di suggerire, insieme al trattamento, risorse digitali per informarsi sul tema.

“Dottore, perché non dovrei cercarle su Google queste cose?” è l'affermazione più frequente del paziente. Essere in grado di rispondere a questa domanda riattiva la funzione di mediazione. Va ribadito che ciò che compare in prima pagina su Google non è lì per ragioni di validità, ma solo per motivi tecnici. Questa affermazione può servire a smitizzare il motore di ricerca e dimostrare di conoscere come funziona la rete. Se il paziente è ancora scettico, è possibile fare insieme a lui una ricerca su Google, per indirizzare la scelta dei risultati da consultare. Non esiste solo la ricerca su Google: i pazienti possono cercare community per confrontarsi sull'andamento della malattia. Vi sono community per patologie rare, per fibromialgia, per donne operate al seno, per l'endometriosi, ecc. Qui in generale si stringono relazioni attorno a contenuti. All'interno di un social network, di solito, si crea un proprio profilo, si seleziona una cerchia di persone (amici o contatti) e si condividono pensieri, immagini, video e stati d'animo. All'interno possiamo trovare contenuti autorevoli e scientificamente validati che competono con i contenuti di persone che esprimono il proprio stato d'animo o punto di vista. Oltre a profili di persone-utenti abbiamo pagine di aziende che propongono i loro prodotti, istituzioni, organizzazioni, associazioni anche mediche (SLOG, AOGOI, SIGO) ecc.

La diffusione di un contenuto in rete si chiama viralità. Quando un contenuto diventa virale, come un virus, si diffonde attraverso reti di contatti. Non esiste una formula per ottenere la viralità, ma esistono caratteristiche comuni dei post che diventano virali. Qualunque contenuto che produce e induce reazioni emotive ha ampie possibilità di diffusione virale.

Vi sono poi le *fake news*, notizie false che contengono informazioni inventate, ingannevoli, in grado di distorcere la realtà dei fatti. Vengono redatte con il solo scopo di disinformare, scandalizzare o ricavare un profitto, servendosi dei mezzi di informazione. Oggi, il mezzo su cui viaggiano maggiormente le fake news è il web, sfruttando soprattutto il potere della condivisione dei canali social, dove possono arrivare a diffondersi in maniera virale.

Gabrio Zacchè

[Torna al sommario](#)

Veracità nel parlare e nello scrivere



Veracità nel parlare e nello scrivere è sinonimo di sincerità, semplicità, autenticità; è corrispondenza tra ciò che una persona pensa o sente e ciò che dice o scrive. È quell'atteggiamento di autenticità che tanto piace e conquista le persone

La mancanza di veracità si manifesta anche in ambito ecclesiale, dove non mancano affermazioni enfatiche, dichiarazioni retoriche, parole vuote o di (assai) difficile comprensione. Gli esempi non mancano. Si propone un momento formativo su 'pregare nella differenza', 'pregare lunare', 'pregare donna'; si organizza un corso per una lettura interdisciplinare dei voti religiosi destinato a chi è 'votato all'amore' o per una rilettura pasquale della vita consacrata precisando il tema: 'sfiniti per amore'; si organizza un'esperienza pastorale per 'annunciare la Parola in modo paradigmatico' o per 'accostare la Parola in modo generativo' o per meditare su 'la Parola che respira'; per un rinnovamento pastorale si immagina uno 'Scenario a sinergie', con l'intento di favorire 'un'emersione del paradigma e della realtà in atto' o 'un cambiamento di postura'; si programma un corso per fidanzati e lo si reclamizza scrivendo: 'un amore scatenato'; la religiosa si appresta a fare la professione perpetua e, commossa, scrive a parenti e amici che 'il Signore è penetrato violentemente nella mia vita, sconvolgendo i miei poveri progetti umani', mentre un'altra giovane religiosa torna dall'esperienza capitolare e, entusiasta, confida sul Bollettino dell'Istituto: 'È stata un'immersione travolgente che mi ha aperto occhi e cuore'. Sono pure ricorrenti certe parole come 'discernimento', 'abitare' (il futuro...), intercettare le domande e i bisogni (dei giovani...), rimettere in circolo (un sacerdote invitava un giorno i suoi uditori a 'rimettere in circolo gli handicappati!').

È il trionfo dell'ecclesialese, della retorica, dell'inautenticità, delle parole vuote, degli slogan enfatici ed è difficile sfuggire ad una sensazione di superficialità, di pigrizia mentale, di sentimenti e bisogni profondi repressi o non riconosciuti. Tutto ciò può avere spiegazioni diverse: l'abitudine, l'educazione (sbagliata) ricevuta, la voglia di novità, il desiderio di originalità, il cedimento alla moda corrente.

La mancanza di veracità si manifesta a volte in altre modalità. Si mente per educazione (si chiede ad una persona come sta, ma di fatto non si è disposti ad ascoltare per davvero); si mente anche per calcolo, per paura, per abitudine; si ricorre ad un linguaggio 'diplomatico', così che si dice e non si dice, si procede per allusioni e silenzi studiati; si cede all'adulazione, praticando 'l'arte di strisciare' (P. d'Holbach 2009).

Cosa fare? Quali suggerimenti possono servire? Mi limito ad un semplice spunto e ad una citazione. Anzitutto, dal punto di vista psicologico la possibilità di comunicare in modo autentico, sincero, è legata alla capacità della persona di essere in contatto con i propri vissuti interiori, con i pensieri e i sentimenti presenti nel proprio animo (motivazioni, paure, desideri, stati d'animo vari): 'credo o no a quello che dico o scrivo?'. Si deve pure coltivare un atteggiamento di consapevolezza che, da una parte ci porta ad aver ben chiaro ciò che si vuol dire e, dall'altra, si è attenti alle persone alle quali ci si rivolge, ai loro linguaggi, alla loro sensibilità. In secondo luogo, la citazione. Si tratta di un'annotazione del saggio San Giovanni XXIII, che durante un Ritiro spirituale mentre era Nunzio in Francia lasciò scritto: «*Simplicitas cordis et labii* [cfr.Sap1,1: semplicità di cuore e di parole]. Più vado innanzi, e meglio constato la dignità e la bellezza conquistatrice della semplicità, nel pensiero, nel tratto, nelle parole. Una tendenza che si affina a semplificare tutto ciò che è complesso; a ridurre tutto al massimo di spontaneità e di chiarezza, senza preoccupazione di fronzoli, di raggiri artificiali di pensiero e di parole».

Aldo Basso
Sacerdote e
Membro del Consultorio

[Torna al sommario](#)

Quello strano intreccio tra disturbo clinico e disagio esistenziale



Cara Anna

oggi vorrei ragionare con te su una questione che spesso abbiamo incrociato nei nostri incontri con diversi pazienti; si tratta di una domanda, di un dubbio che talvolta emergeva riflettendo sulla persona che avevamo davanti. Un dubbio che talvolta gli abbiamo esplicitato o altre volte abbiamo tenuto solo per noi e che più o meno assumeva questa forma: “il disagio, il malessere che questa persona mi sta raccontando è il segno di qualcosa che non va nel suo funzionamento mentale o di qualcosa che non va nel suo modo di affrontare la vita?” o in altri termini “siamo di fronte ad una disfunzione psichica o ad una incompiutezza e non realizzazione del proprio progetto di vita?”.

Mi vengono in mente diversi casi che ci hanno fatto sorgere questo interrogativo: penso ad esempio a quel giovane uomo di quasi quarant’anni che ha iniziato a soffrire di ansie di tipo ipocondriaco dopo la morte di un suo giovane amico, e che racconta come la sua vita sia stata fino ad allora “pacifica” : lavoro, hobby, qualche uscita con un amico, qualche avventura con una ragazza, nessuna intenzione di avere una storia fissa, men che meno di avere dei figli, nessuna intenzione di andare fuori dalla casa dei genitori. O quell’altro dirigente che dopo i cinquant’anni ha cominciato a soffrire di attacchi di panico da quando si è accorto che non riusciva più ad essere “performante” come in passato. O penso a quella giovane insegnante che diviene ossessiva per proteggersi dal pensiero per lei devastante di non essere sempre “eccellente per non dire perfetta”, in grado di primeggiare sulle colleghe e mai disposta ad accettare che qualcuna possa aver avuto un’idea migliore della sua.

Ci sono situazioni cliniche in cui queste domande non vengono in mente perché prevale l’impressione che il disturbo si sviluppi e accada in una esistenza che per altri aspetti sembrava ben orientata ed equilibrata (penso ad esempio ad alcuni episodi di

depressione maggiore o a certi massicci disturbi ossessivi). In questi casi si percepisce che qualcosa “è andato fuori posto” rispetto al normale funzionamento della persona, in altri casi invece la domanda sopracitata nasce dalla sensazione che il fenomeno clinico sia la risultante di un’esperienza esistenziale per alcuni aspetti manchevole, povera o distorta.

In questi casi, per usare le parole di una nota canzone di Franco Battiato, potremmo dire che “non servono tranquillanti o terapie, serve un’altra vita”.



Credo che potremmo definire sinteticamente questi due ambiti di disagio con queste brevi e sommarie descrizioni. Disturbo clinico: un insieme di comportamenti ed emozioni disfunzionali che provocano sofferenza nel soggetto e nel suo ambiente e che hanno come genesi aspetti multifattoriali di tipo ambientale, temperamentale, genetico, traumatico. Disagio esistenziale: una percezione di mancanza nella realizzazione di sé nei diversi piani su cui di solito si articola la nostra esperienza umana (piano sociale, affettivo, del riconoscimento di sé, piano valoriale, piano spirituale). Mentre la prima dimensione sembra rispondere alla domanda “come sto, come mi sento, qual è il grado del mio benessere”, la seconda risponde all’interrogativo sul senso, la rilevanza e la coerenza della propria esistenza: “che senso ha quello che sto facendo? In che misura la mia vita è degna di essere vissuta perché autentica, significativa, bella, valida?”.

Nella mia esperienza di ascolto e aiuto nei confronti delle persone portatrici delle più svariate problematiche all’interno di un consultorio familiare, ho visto molto spesso intrecciarsi questi due ambiti di malessere in diverse forme che mi pare possano essere così rappresentate.

a) quando il disagio clinico esprime e ha come matrice il disagio esistenziale.

In questi casi si ha l'impressione che il sintomo clinico (ansia, depressione, dipendenza, comportamenti ossessivi), diventi il canale attraverso il quale il soggetto esprime o dà corso ad un malessere o ad uno squilibrio che si colloca sul piano della realizzazione della propria esistenza. Penso ad esempio ad alcune dipendenza o ricerche di esperienze per avere una scarica adrenalinica dalle quali poi si diventa sempre più bisognosi, che possono sorgere da un senso di noia, di vuoto, di ripetitività, che mettono in luce la fatica del soggetto nell'espandere e realizzare la propria vita in modo costruttivo. Penso sempre a questo proposito come alcuni stati ansiosi possono nascondere il problema di fare i conti con l'esperienza del limite e in fondo della morte, cosa che la nostra società tende sistematicamente a rimuovere o a relegare sanitarizzandola

In questi casi credo che l'ascolto e l'analisi della sintomatologia, della sua genesi e del suo significato, non possa mancare di mettere il paziente anche di fronte a interrogativi più generali: forse questo malessere vuol dire qualcosa per la sua vita, forse è un segno di un ambito di esperienza e di realizzazione di sé che occorre affrontare? Il disturbo clinico può essere così il punto d'inizio di un percorso di cambiamento più radicale che non porta solo al benessere psichico ma ad una riconsiderazione della propria vita e ad un suo eventuale bilanciamento.

b) quando il disagio clinico o qualche altra condizione di malattia produce un disagio esistenziale.

Talvolta i nostri problemi psicologici soprattutto quando riguardano patologie importanti, possono svilupparsi in condizioni di cronicità. In questi casi la menomazione che ne deriva per il paziente lo porta inevitabilmente a dover ridisegnare la propria condizione esistenziale e cercare di dare un nuovo significato alla propria vita che includa anche la sofferenza psichica a cui è esposto. Questo aspetto si riscontra in modo netto ed evidente quando la persona deve fronteggiare una malattia importante o un cambiamento significativo della propria condizione di vita (lutto, separazioni). In questi casi il paziente traduce in sintomi clinici, ansia e depressione una condizione di sofferenza interiore dettata dallo sforzo di orientare diversamente la sua vita e di ridisegnare in essa un significato coerente e motivante. Penso a questo riguardo ai sintomi depressivi di un paziente costretto da una malattia progressiva alla perdita di autonomia. In questo caso l'aiuto psicologico è consistito da un lato nel contenere questo malessere ma soprattutto nell'accompagnare il soggetto a ridisegnare il proprio senso di vita e a rimodularlo in funzione delle limitazioni crescenti.



c) quando il disagio esistenziale crea dei presupposti che favoriscono lo sviluppo di un disagio clinico.

In questo caso, diverso rispetto al primo descritto, non vi è la riconducibilità di una condizione clinica ad un aspetto esistenziale; tuttavia, rileggendo la situazione complessiva del soggetto si ha la forte suggestione che quest'ultimo fattore possa aver favorito il sorgere dell'altro.

Mi riferisco ad esempio a situazioni in cui la mancanza di relazioni, di vita sociale significativa, di interessi e di valori profondi, favorisce un processo di ripiegamento, paura e anche alienazione psicologica o di “contorsioni” mentali.

Penso a questo proposito alle dipendenze sia da sostanza che comportamentali (internet, gioco, ecc.). Accanto alle specifiche e conosciute dinamiche psichiche che stanno alla base di questi processi morbosi, è spesso evidente che questi accadimenti psichici possono trovare un terreno più fertile in soggetti che vivono una vita fatta di frustrazioni o di noia, di vuoto e di assenza di un orientamento complessivo.

Questo ambito molto complesso e per certi aspetti poco definito del nostro lavoro di cura e orientamento con le persone che soffrono psicologicamente, è un aspetto che andrebbe strutturato con maggiore attenzione e approfondito sul piano tecnico. Dobbiamo infatti rifuggire la tentazione di ridurre tutte le espressioni di malessere ad un problema clinico e psicopatologico, o addirittura neuropsicologico. Dobbiamo altresì essere disponibili ad accompagnare e a sollecitare il paziente ad esplorare questo ambito della sua visione e percezione della vita per offrirgli uno spazio di crescita e di autodeterminazione consapevole.

In questo ambito abbiamo la possibilità di attingere al lavoro fondamentale di Victor Frankl, fondatore della logoterapia o alle proposte della scuola di psicoterapia cognitiva/comportamentale denominata ACT Acceptance and Commitment Therapy, ovvero terapia basata sull'accettazione e sull'impegno, sviluppata negli anni '80 dallo psicologo Steven C. Hayes.



La **Acceptance and Commitment Therapy** si basa su due punti fondamentali:

- 1) Consapevolezza e contatto con l'esperienza momento per momento (Mindfulness): è un modo di osservare la propria esperienza che, per secoli, è stato praticato in oriente attraverso varie forme di meditazione. Attraverso tali esercizi esperienziali si impara a guardare al proprio dolore, piuttosto che vedere il mondo attraverso di esso; si può comprendere che ci sono molte altre cose da fare nel momento presente, oltre a cercare di regolare i propri contenuti psicologici.
- 2) Impegno e vita basata su ciò che per noi è importante, "di valore": quando si è coinvolti nella lotta contro i problemi psicologici spesso si mette la vita in attesa, credendo che il proprio dolore debba diminuire, prima di iniziare nuovamente a vivere.

Questo approccio è volto a portare la persona a riconoscere le cose che per lui sono dei "valori" invitandolo a dare concretezza a questa traiettoria personale per essere coerente con questi valori e sentire che la vita che sta realizzando è "tenuta insieme" da questi aspetti profondi e personali.

Al di là di quale approccio si voglia seguire, credo che per chi lavora nel campo della salute mentale e psicologica, la dimensione esistenziale del paziente non può essere elusa ed anzi va esplorata e sollecitata.

Come ci ricorda Abraham Maslow, nella sua piramide dei bisogni umani, oltre a quelli di base, sociali e affettivi vi sono i bisogni di auto realizzazione e i bisogni spirituali. Con questo tema non ci si riferisce necessariamente all'adesione ad una fede o religione, quanto piuttosto allo sviluppo di una visione di sé come inseriti in un tutto in cui la propria esistenza può essere più o meno armonica e significativa.

Chi soffre psicologicamente può essere aiutato non solo a lenire questa sofferenza e a migliorare il proprio adattamento personale e relazionale, ma anche ad approfondire la consapevolezza di che cosa è per lui davvero importante (valore) e come questo può essere per lui portato avanti nella sua vita (progettualità) per dare alla stessa quella coerenza e quel senso che travalica ogni riconoscimento esterno o ogni consenso sociale.

Questo tipo di riflessione o di domande è fondamentale e può essere anche cruciale per promuovere e completare il processo di cura psichica finalizzata alla soppressione dei sintomi.

Recentemente ho avuto modo di fare un'esperienza presso la fraternità di Pieve Romena, nel Casentino. Questa comunità che accoglie molte persone in una ricerca spirituale nata attorno alla guida di un sacerdote, don Luigi Verdi, ha predisposto attorno ad un eremo, un cammino definito "Cammino dei sette passi" in cui le persone possono interrogarsi sulla loro vita con l'aiuto di alcune domande stimolo e di angoli simbolici che possono facilitare la riflessione.

Senza dilungarmi descrivo alcuni di questi passi. Il primo passo si svolge di fronte al tronco di un grande gelso che è stato abbattuto perché ormai pericolante. È rimasta quindi la base del tronco completamente svuotato al suo interno. La riflessione che vien proposta è legata al nostro voler essere talvolta forti e possenti, ma così facendo ci indeboliamo, quando invece prendiamo coscienza delle nostre fragilità e dei nostri vuoti possiamo accogliere al nostro interno nuove opportunità di crescita, come fa in effetti questo tronco cavo che ospita fiori e nuove forme di vita al suo interno. Un'altra suggestiva tappa si svolge di fronte ad un orto recintato in cui la riflessione si pone sulla necessità di darsi i tempi di attesa e di lavoro e nello stesso tempo di creare spazi di vita protetti e riservati, proprio come l'orto è protetto dalle invasioni di animali selvatici che potrebbero devastarlo da un alto recinto.

Quando ho svolto questo cammino ho pensato immediatamente che queste domande e altre simili avrebbero benissimo potuto far parte di un lavoro di accompagnamento e di aiuto psicologico. L'idea che voglio suggerire è proprio quella di trovare un momento con i nostri pazienti, per spaziare oltre il piano squisitamente clinico terapeutico e vedere in loro anche e soprattutto delle persone impegnate e chiamate come noi a creare un disegno della propria vita che sia coerente, orientato e degno di essere perseguito.

Termino con una citazione di V. Frankl che sintetizza perfettamente queste osservazioni:

“Quando diamo un senso alla vita, non solo ci sentiamo meglio, ma siamo in grado di affrontare il dolore.”

Paolo Breviglieri
Psicologo-psicoterapeuta

[Torna al sommario](#)

Diventare volontario socio-sanitario

I corsi AVULSS



Dal 23 marzo al 4 maggio scorso, la Sala teatro della Casa del Sole ha ospitato le fasi in presenza del corso di formazione per il volontariato Socio-Sanitario organizzato da AVULSS mantovana (Associazione Volontariato Unità Locali Socio Sanitarie). Altri momenti del corso sono avvenuti in video collegamento.

Al termine del corso, come presidente di AVULSS mantovana, mi sono chiesto quale sia stato l'insegnamento più importante di questa esperienza.

- Sicuramente l'organizzazione è stata impegnativa, ma è anche stata l'occasione per lavorare insieme e per condividere insieme.

- È stata proprio questa la "bellezza": le persone si sono incontrate, si sono confrontate scambiando esperienze e motivazioni.

- Il volontariato è un'esperienza "politica" nel significato originario di questo termine: un'esperienza di servizio alla "polis", alla comunità.

- Lo stare insieme ha contribuito ad accantonare per qualche ora i problemi personali: ho ritrovato me stesso, i miei ideali, le mie speranze nel futuro.

- Ho ritrovato la bellezza di quello che sto facendo e di quello che ho fatto, riscoprendomi "giovane" come se il tempo non fosse mai trascorso

- Il gruppo è diventato il mio "Mentore".

- Per inciso, Mentore è un personaggio dell'Odissea: figlio dell'itaceo Alcimo, amico fedele di Ulisse, che partendo per Troia gli affida la casa e la famiglia. Sotto le sue spoglie appare spesso Atena, specialmente per accompagnare Telemaco e per aiutare Ulisse nella lotta finale contro i Proci.

Il personaggio Mentore è quindi la guida, il consigliere che supporta la crescita di una persona.

Il corso è stata l'occasione dell'incontro di generazioni diverse e di mentalità

diverse: mi sono sentito riconosciuto e per questo motivo sono riuscito a trovare la forza di rivolgermi agli altri con passione, motivare, farmi seguire per il bene comune e non per una sorta di narcisismo fine a se stesso.

Franco Battiato negli anni '80 cantava "Cerco un centro di gravità permanente che non mi faccia mai cambiare idea sulle cose, sulla gente".

Dopo alcuni anni, lo stesso Battito scriveva nel testo della canzone " La cura ": " perché sei un essere speciale, ed io avrò cura di te".

E' proprio così: nel prenderci cura dell'altro, riusciamo a trovare un centro di gravità permanente, un equilibrio interiore.

Oggi la nostra società non vuole fare esperienza relazionale: la si considera tempo perso.

Questo non accade e non deve accadere nel volontariato.

Mi ritorna in mente un pensiero di Don Primo Mazzolari, perfettamente in sintonia con la "mission" del volontariato:

"Il Cristiano non va a cambiare il mondo ma a cambiare se stesso.

Va a lucidarsi occhi e cuore per vedere quello che non ha ancora visto.

La mia vita diventa un' avventura d' amore.

La più bella avventura d' amore

Resta il dramma ma è tolta la disperazione; resta il peccato ma sovrabbonda la misericordia; resta la lotta, ma elevata al tono più alto della carità".

L' estate e le vacanze siano anche occasione di riflessione, di maggior attenzione verso la nostra interiorità, verso gli altri a partire dai nostri famigliari: allora saranno delle vere vacanze.

La parola vacanza deriva dal latino "vacans", che significa "essere liberi": liberi da tutto ciò che nel quotidiano ci impedisce di pensare in modo sereno e profondo.

Le giornate del corso sono stati momenti di vacanza: libertà di pensiero, passione, solidarietà, entusiasmo.

Come direbbe Alessandro D' Avenia sono stati momenti di vita con ritrovato equilibrio tra "lasciar essere e fare".

I dati Istat 2023 evidenziano una riduzione del 15% del volontariato dal 2015 al 2021: un aspetto affrontato anche nelle discussioni della settimana sociale dei cattolici italiani tenuta dal 3 al 7 luglio a Trieste.

Un dato preoccupante ma che non deve farci intimidire e non deve farci desistere.

Adriano Savioli

Gastroenterologo

Presidente AVULSS – Mantova

[Torna al sommario](#)

Attività del consultorio

La promozione della salute nel Setting scolastico attraverso i Programmi Scolastici Regionali: il “Life Skills Training Program”



Nel campo della salute e del benessere, sia per essere efficaci dal punto di vista della qualità dei risultati sia per avere una ricaduta ottimale in termini di costi/benefici, è necessario effettuare un radicale cambiamento di ottica della promozione alla salute, che ci consenta di adottare strumenti di analisi e di intervento più adeguati. Si tratta di passare da un approccio meccanicistico-riduzionistico, focalizzato sulla cura delle malattie e sulla risoluzione dei problemi, a un approccio bio-psico-sociale, centrato sulla promozione della salute intesa come sviluppo delle potenzialità umane. Secondo questa nuova prospettiva la salute fisica e mentale non può più essere vista come una risorsa la cui tutela è affidata esclusivamente al settore sanitario, ma richiede di essere promossa da tutti gli individui e in ogni ambito della società, privilegiando quegli aspetti che si rivelano così particolarmente significativi nella costruzione sociale della realtà. L'ambiente in cui viviamo è il frutto delle influenze della famiglia di origine, della scuola, del lavoro, delle relazioni gruppali, e rappresentano fattori psico-sociali rilevanti che determinano quanto i giovani cittadini saranno in grado di sviluppare conoscenze, attitudini e capacità che permetteranno loro di autodeterminarsi e diventare cittadini consapevoli.

È in base a tali premesse che si fondano i nuovi progetti che l'OMS sta sviluppando in questi anni, come quelli orientati alla realizzazione di Scuole *sane*, luoghi di lavoro *sani*, progettazione di ambienti urbani *sani*. Tra questi si colloca il dispositivo formativo "Life Skills training (LST)" che ha come obiettivo quello di facilitare, durante il periodo dell'infanzia e dell'adolescenza, lo sviluppo delle competenze (skills) emozionali, relazionali, personali e sociali, necessarie per gestire efficacemente le proprie relazioni interpersonali e compiere scelte consapevoli in una prospettiva di Salute. Con il dispositivo LST anche Unplugged, dedicato alle Scuole secondarie di secondo grado, l'obiettivo si implementa diffondendo, perfezionando e consolidando gli interventi basati sulle Life Skills iniziati durante la Scuola Primaria e Secondaria di primo grado. Con la Peer Education dedicata alle classi terze della Scuola Secondaria di secondo grado lo scambio di conoscenze e competenze tra gli studenti andrà a rinforzare ulteriormente l'apprendimento di stili di vita sani, di una corretta competenza linguistica in tema di salute, health literacy e una equilibrata crescita personale. Questi Programmi educativi, validati scientificamente, si sono dimostrati in grado di ridurre a lungo termine il rischio di uso di alcool, tabacco, droghe e comportamenti violenti grazie all'incremento delle abilità sociali.



Le Aree in cui si sviluppa la Formazione sono tre:

- **sviluppo** delle competenze personali utili a fronteggiare situazioni rischiose per la salute quali problem-solving, decision-making, abilità per riconoscere, identificare e resistere alle influenze dei mass-media, strategie per il controllo dell'ansia, della rabbia e della frustrazione;
- **incremento** delle abilità sociali per gestire utilmente le situazioni di vita: superare la timidezza, fare/ricevere complimenti, iniziare una conversazione, essere assertivi;

- **potenziamento** della capacità di resistenza all'influenza che i pari e i media hanno nell'incentivarne comportamenti non funzionali per la salute. Per accrescere queste abilità, LST fa riferimento a modalità di apprendimento basate sull'esperienza diretta e vicaria. Sulla base della Teoria dell'apprendimento sociale, il Programma propone di integrare la didattica tramite la trasmissione di conoscenze, la pratica ripetuta di comportamenti, l'espressione di sentimenti e l'affermazione di valori salutari.

Anche UCIPEM Mantova, grazie alla collaborazione con ATS della Val Padana, attraverso la stesura di un Protocollo di intesa dedicato, ha intrapreso questi percorsi formativi durante questo anno scolastico, in particolare attivando la Formazione dedicata ai Docenti relativamente il Programma Life Skills Training rivolto alla Scuola Primaria e Secondaria di primo grado e il Programma Unplugged per la Scuola Secondaria di secondo grado.

Il percorso formativo dedicato ai Docenti è garantito ogni anno dalla presa in carico delle richieste delle Scuole, da parte di ATS Val Padana, attraverso il Catalogo "La salute a scuola: progettare in Rete".



UCIPEM Mantova attraverso Professioniste adeguatamente formate ed esperte, Dottoressa Monica Bianchera, Dottoressa Ilaria Brunelli e Dottoressa Cinzia Chesi, ha organizzato e sviluppato la Formazione negli Istituti Comprensivi di Bozzolo, Castiglione delle Stiviere Uno, Ceresara, Goito, Porto Mantovano, e negli Istituti

Superiori Giovanni Falcone di Asola, CFP For.Ma e CFP Fondazione Casa del Giovane di Castiglione delle Stiviere. Le ore necessarie ai moduli formativi e ai successivi monitoraggi sono state 53 nei mesi tra gennaio e giugno 2024. I docenti incontrati sono stati 57, gli studenti target del percorso formativo sono stati 1037.

Gli incontri dedicati alla Formazione dei docenti hanno permesso di creare un clima di apprendimento attivo, attraverso la descrizione degli schemi teorici di riferimento, i laboratori esperienziali e le attivazioni emozionali utili alla reale sperimentazione delle Skills pro-sociali, consentendo agli insegnanti e alle insegnanti di co-progettare e sperimentare le Unità rivolte alle proprie classi.

Anche le famiglie sono state coinvolte dalla Scuola attraverso momenti dedicati all'informazione del percorso svolto e alle conclusioni dello stesso. Gli incontri finali dedicati ai monitoraggi con i docenti dopo il percorso che hanno tenuto nelle loro classi da febbraio a maggio, hanno permesso alle Formatrici di valutare i benefici, ed eventuali punti da migliorare, di questi Programmi sia nel clima dei Gruppi Classe sia nei Docenti stessi protagonisti per molte ore della Formazione proposta.

Per UCIPEM Mantova avviare questo nuovo percorso formativo è stata un'ulteriore opportunità per la Promozione della Salute per il Corpo Docenti, per gli studenti e le studentesse e le loro famiglie, mission che da anni UCIPEM svolge anche attraverso progetti nel Setting scolastico dedicati all'affettività, alla sessualità, ai corretti stili di vita e alle relazioni gruppalì.

Monica Bianchera, Cinzia Chesi
Pricoterapeute

Mantenersi in salute



In un'epoca in cui la vita è frenetica, in cui vige la cultura del cibo veloce e possibilmente pronto, la salute richiede il tempo, anche poco, per fermarsi e porre attenzione al prendersi cura di sé, *in primis* partendo da quello che mangiamo.

Aveva ragione Feuerbach “*Siamo ciò che mangiamo*” e, prima di lui, Ippocrate il quale ha enunciato: “Fa’ che il cibo sia la tua medicina e che la medicina sia il tuo cibo”.

Gli alimenti che ingeriamo hanno inevitabilmente un impatto nel nostro organismo, sta a noi decidere quale.

Nutrire significa infatti fornire all’organismo le sostanze di cui ha bisogno per sostenersi, rigenerarsi e quindi mantenersi in salute.

Con il libro “Longevi ma sani” attraverso un’esposizione chiara e innovativa delle tematiche clinico-nutrizionali, gli autori Prof. Dott. Gobio Casali, già primario di pediatria, e la Dott.ssa Anna Malacarne, dietista, forniscono una guida semplice ma al tempo stesso ricca di riferimenti scientifici utile ad operare scelte consapevoli in fatto di alimentazione con l’intento di far acquisire uno stato di vita sano ed equilibrato.

È stato dimostrato infatti che lo stato nutrizionale è direttamente proporzionale alla salute e al benessere generale, alterazioni di questo equilibrio possono sfociare in malattie che a lungo andare possono cronicizzarsi, circostanza questa che aggiunta all’invecchiamento della popolazione determina un impatto notevole sulla spesa sanitaria aggravando così il funzionamento del sistema stesso.

Emerge allora la necessità di sensibilizzare la popolazione e la classe sanitaria sulle potenzialità dell’alimentazione, dell’attività fisica e della meditazione come “forma di medicina preventiva” che tutti possono praticare ogni giorno fin da piccoli con semplici e poche regole; per farlo però occorre istituire corsi specifici già all’interno delle scuole e delle Università. Il testo in questione si pone proprio questo obiettivo fornendo già nel primissimo capitolo “le cose essenziali e promemoria giornaliero” per orientare il lettore nel mondo “sconosciuto” e troppo spesso “falsato” dell’alimentazione.

Clara Dall’Acqua
Ostetrica del Consultorio

[Torna al sommario](#)

Amore, la strada perfetta Amore: dono e dramma



Amare autenticamente, da cristiani, significa oggi tante volte andare contro corrente, essere uomini schietti che dicono male al male e bene al bene e con coraggio scelgono contro la maniera comune di far equivalere amore a sesso, validità a successo, autenticità a *look* o apparenza. Se vogliamo raggiungere lo stile di amore del Cristo dobbiamo prepararci anche a soffrire come Lui, in compagnia di Lui.

Amare da cristiani è questo miracolo: fare perno su Dio attraverso la persona di Cristo e donarsi agli altri in atteggiamento di disponibilità, di accoglienza, di aiuto. Entro quest'area le vocazioni al matrimonio, come alla vita consacrata, saranno vocazioni all'amore. Amando sul serio, acquisteremo l'intelligenza e la cultura dell'amore; la correttezza nel vedere le esigenze e la concretezza del donarsi.

Di quale amore intendiamo parlare qui? Innanzitutto di quello che rientra nella seconda parte del primo precetto: l'amore che noi uomini ci dobbiamo, a vari titoli e livelli, l'uno verso l'altro, in base non tanto all'antica misura: "amerai il prossimo tuo come te stesso", quanto alla misura rinnovata da Cristo: "amatevi l'un l'altro come io ho amato voi".

Vorrei presentare l'amore umano nel suo splendore massimo, come si vede in chi abbia seguito in piena fedeltà Cristo (ed ecco l'esempio dei santi che confermano che il progetto è reale e non utopico). Ma mi attengo volentieri all'esperienza ordinaria della vita, presentando l'amore umano come è stato nel passato ed è oggi ancora – grazie a Dio – presso la gente comune, che trova quasi a sua insaputa nella propria cultura molti semi di cristianesimo sebbene non vissuti con la coerenza che richiederebbero.

Semi di cristianesimo che rafforzano quelli della natura nella sua parte sana. Essi, secondo le vie segrete di Dio, sono gli stessi che permettono di arrivare a vette di altruismo a donne vietnamite e rwandesi o a giovani indiani o sudafricani, che in verità

mai hanno raggiunto l'annuncio di Cristo, ma hanno vissuto il suo mistero di carità (*Evangelii nuntiandi* di Paolo VI, n. 69).

In questo momento sono certamente milioni le persone che stanno assistendo con sacrificio e dedizione ammirevole altre persone schiacciate da sventure e bisogni come guerre, alluvioni, malattie, indigenze estreme. E sono ancora di più le madri, le sorelle, i fratelli, gli amici, i fidanzati che si testimoniano un amore non perfetto, ma sicuramente valido, donando tempo, denaro, sonno, interesse, insomma la propria esistenza, dentro la quotidianità ordinaria. L'amore dunque sarebbe solo orizzontale e senza sbocchi che vadano al di là dell'istinto?

Se tutto fosse così minimizzabile e banalizzabile, anche la vita stessa sarebbe assai poca cosa. Dove l'amore non è un valore etico e spirituale, l'uomo stesso si svuota ed è ridicibile a ciò cui hanno osato le peggiori ideologie con i loro *lager* e i forni crematori.

Nonostante ciò, la legge vera per l'uomo di sempre è l'amore. "L'amore è più forte": non è soltanto una bella frase, ma una realtà che affonda le sue radici nel mistero di Dio-Amore per il quale l'uomo, seppure tanto misero, è capace di quei gesti immensi, pur nella loro quotidianità, che portano avanti la storia: i gesti dell'amore. Amore piccolo, ma anche grande.

Un giusto realismo esige che esprimiamo subito una specie di elogio dell'amore, dicendo come è in sé e come può incarnarsi in coloro che decidono di renderlo sul serio; ma accanto a questo elogio va posto un lamento o piuttosto un "*mea culpa*" per tutti i tradimenti dell'amore, nostri e altrui. Ogni volta che qualcuno di noi manca nell'amore è il mondo intero che "perde temperatura".

Elogiare l'amore! Appena uno ci prova, vede che le parole gli mancano e, rincorrendole furiosamente, cade piuttosto nella "affabulazione" di cui si vergogna, spiacedogli di essere uno che, mentre vorrebbe cantare, gli escono suoni stonati.

L'impresa è ardua, infatti. Perché amore è donare e ricevere; amore è volontà di bene; amore è stima di sé, degli altri, delle cose stesse e degli avvenimenti; amore è concretezza, è azione; amore è portare in cuore tutti gli "auguri", i propositi, le domande del Padre nostro e delle Beatitudini; amore è comunicare; amore è fame non solo di affetti, ma di verità forti e impegnative; amore è sentire misericordia per chi ha meno amore; amore è perdono per chi ha mancato all'amore; è dialogo che da Dio passa all'uomo; è igiene mentale, è castità; è anima e corpo da insegnare secondo la propria vocazione; è una disposizione alla totalità, senza mettere condizioni; è misura a volta a volta da inventare; è fidarsi con intelligenza d'amore; è avere una ragione seria, un "valore" per vivere e per donarsi; amore è grande pazienza e grande impazienza; amore è fedeltà; ecc.



Questa difficoltà a descrivere l'amore è un'ulteriore presa di coscienza di quanto esso non solo sia difficile da essere presentato ma vissuto. I bei concetti trovano faticosi riscontri nella realtà. E qui potrebbe succedere che, cancellando tutti gli elogi, ci si abbandoni a un sentimento di pessimismo, che pare più realistico. Ora, però, l'amore non è mancanza di realismo ed evasione dalla vita: piuttosto il pessimismo che raffredda i cuori e toglie la capacità di rischiare è fuga. Per sua natura l'amore è rischio, non matematica certezza: se prima di amare uno vuole essere sicuro in tutto, non amerà mai. E' l'amore che lo spinge a confrontarsi con i fatti, a sostenere l'urto ed a entrare nella sana lotta dell'esistenza.

Nella luce della carità, intesa come partecipazione all'amore pasquale di Gesù di fronte alle situazioni più difficili e drammatiche, possiamo comprendere un tema particolarmente sottolineato nei programmi della Chiesa in questi ultimi anni soprattutto a partire dalla *Evangelii nuntiandi* di Paolo VI. "Un segno d'amore sarà anche lo sforzo di trasmettere ai cristiani, non dubbi e incertezze nati da una erudizione male assimilata, ma alcune certezze solide, perché ancorate nella Parola di Dio. I fedeli hanno bisogno di queste certezze per la loro vita cristiana, ne hanno diritto in quanto sono figli di Dio, che tra le sue braccia, s'abbandonano interamente alle esigenze dell'amore" (n. 79).

E' importante quindi che le ragioni istintive di intervento a favore degli ultimi vengano rese efficaci e risonanti dalle perentorie ragioni della carità. Gli ultimi vanno preferiti perché sono coloro che Gesù ha maggiormente amato; sono coloro che hanno maggiormente bisogno della speranza che deriva dall'amore pasquale. In loro la Pasqua rivela più chiaramente la sua capacità di essere una vittoria definitiva proprio sui mali più irreparabili.

A loro in modo particolare bisogna dire che Cristo è vicino; che anche nella loro situazione è possibile far nascere un germe di amore. In loro bisogna far sorgere urgentemente la certezza che, se riescono a credere nell'amore e a vivere nell'amore, hanno trovato la salvezza.

Mons. Egidio Faglioni

[Torna al sommario](#)



L'amore come speranza



Cercavo te nelle stelle
quando le interrogavo bambino.
Ho chiesto te alle montagne,
ma non mi diedero che poche volte
solitudine e breve pace.

Perché mancavi, nelle lunghe sere
meditai la bestemmia insensata
che il mondo era uno sbaglio di Dio,
io uno sbaglio del mondo.

E quando, davanti alla morte,
ho gridato di no da ogni fibra,
che non avevo ancora finito,
che troppo ancora dovevo fare,
era perché mi stavi davanti,
tu con me accanto, come oggi avviene,
un uomo una donna sotto il sole.
Sono tornato perché c'eri tu.

Primo Levi, 1946

[Torna al sommario](#)