

Assistenza pastorale ai malati di HIV-AIDS

Fr. José Carlos Bermejo Higuera, *Camilliano*,
Dottore in Teologia



Negli anni trascorsi svolgendo il ministero con malati di Aids e nel tempo dedicato alla ricerca sul tema, ho constatato che ci troviamo in una situazione molto speciale, che richiede una riflessione specifica. Questa riflessione, infatti, è fondamentale ai fini di una pastorale che metta bene a fuoco i bisogni di chi è affetto dal fenomeno dell'Aids: i malati, la loro famiglia, gli operatori sanitari e l'intera comunità che sente il problema come qualcosa di proprio e sperimenta la sfida di prevenire, di assistere, di accompagnare e di fare ricerca.

L'Aids presenta diverse caratteristiche: ci fa prendere coscienza della precarietà della vita e del limite delle risorse sanitarie, costringe a non nascondere la verità al malato.¹

In più, la malattia ha un carattere contagioso e le sue vie di trasmissione sono molto associate al valore della vita e della sua comunicazione; essa è collegata al consumo delle droghe per via endovena; c'è uno strettissimo rapporto tra malattia e povertà; le sue associazioni metaforiche e i contenuti simbo-

lici (soprattutto perché, attorno all'esperienza della malattia, vi è una convergenza tra eros e *thanatos*), nonché la vulnerabilità delle persone prima e dopo essere state infettate dall'HIV e la specificità dell'esperienza vissuta da chi è affetto dalla malattia. Queste, in prevalenza, sono le caratteristiche peculiari con cui si presentano i malati di Aids.

Il Popolo di Dio sta rispondendo agli interrogativi posti da questo segno dei tempi² con merito, in maniera degna di riconoscimento ed in tutti gli ambiti. Nel settore dell'assistenza, tale risposta realizza progetti particolarmente rilevanti d'accoglienza familiare a favore di malati gravi e terminali. Il Popolo di Dio risponde anche attraverso la riflessione, con "la carità intellettuale"³, come abbiamo deciso di chiamarla.

Di fronte a quella che Giovanni Paolo II ha chiamato "una sorta d'immunodeficienza sul piano dei valori esistenziali, che può riconoscersi come una vera patologia dello spirito"⁴, si fa necessaria una certa "ecologia dello spirito",⁵ una vera sfida per l'intero Popolo di Dio.

¹ Questo fa sì, per es., che il dialogo col malato sia fondato sulla conoscenza da parte del paziente della propria diagnosi, cosa che non accade con molte altre malattie. Cfr. BERMEJO J. C., "Accompagnamento spirituale e pastorale", in AA.VV., "Aids emergenza planetaria", Piemme, Casale Monferrato 1997, p. 137.

² Cfr. BERMEJO J. C., "Relación pastoral de ayuda al enfermo de SIDA", Camillianum, Roma 1994, pp. 126-129.

³ "Le chiese, oltre alla carità di tipo assistenziale, sono chiamate anche ad offrire al mondo una carità di tipo 'intellettuale', cioè, in relazione ad una visione globale delle cose, nel senso della vita, della malattia e della morte, al fine di far sì che chi soffre sappia affrontare la sua sofferenza, liberato dalla tentazione di ritenersi maledetto da Dio, giudicato e castigato oltre che dagli uomini, dalla giustizia divina". Cfr. AUTIERO A., "L'Aids, quale sfida per l'etica", in "Rivista di Teologia Morale", 1988 (80), pp. 18-19. Infatti, come dice Antoni Mirabet, "in nessun'altra parte – all'infuori della Chiesa – abbiamo trovato tanto materiale di riflessione e studio sul valore e il rispetto delle persone che vivono con l'HIV-Aids e di quelle del loro ambiente familiare e d'amicizia, e sul ruolo di tutte le persone che integrano la società". Cfr. MIRABET A., "Obispos y Conferencias Episcopales del mundo sobre el SIDA" (1986-1999), Claret, Madrid 1999, p. 8.

⁴ GIOVANNI PAOLO II, "La Chiesa di fronte alla sfida dell'Aids: prevenzione e assistenza", in "Dolentium Hominum", 1990 (13), p. 7.

⁵ ANGELINI F., "Quel soffio sulla creta", Pontificio Consiglio della pastorale per gli operatori sanitari, Roma, 1990, p. 331.

L'Aids, inoltre, ci mette davanti a persone, la cui stragrande maggioranza, possiamo dire, erano già "malate" prima di esserlo: malate di povertà, malate di cultura, carenti d'appoggi sociali e affettivi sani, malate perché l'Aids conduce molte persone ad una "morte sociale" che precede quella fisica.⁶

Prima di proporre alcune piste per l'accompagnamento pastorale alle persone sofferenti di Aids, faremo una breve lettura teologico-pastorale del fenomeno.

1. CHIAVI PER UNA LETTURA TEOLOGICO-PASTORALE DELL'AIDS

Possiamo dire, infatti, che dal punto di vista teologico siamo di fronte ad un segno dei tempi,⁷ perché tra noi ci sono numerosi malati di Aids, un male che a livello umano si presenta senza rimedi possibili. Il male, inoltre, manifesta un insieme di fenomeni profondi della nostra società e, particolare ancor più importante, costituisce un urgente appello all'amore verso il prossimo ed alla solidarietà.

Segno dei tempi, poiché è appello alla comunità cristiana a rendere viva la presenza di Dio – riconoscendo in quest'emergenza un'occasione straordinaria, un momento eccezionale per offrire amore e agire affettivamente ed effettivamente nei riguardi dei più direttamente afflitti –, l'Aids è anche un kairòs.⁸ Bisognerebbe pure riconoscere che "l'Aids è anche un kairòs per la pastorale sanitaria. È, nello stesso tempo, sfida e invito ad accettare la precarietà delle nostre riflessioni sulla sofferenza, sul senso della vita, in circostanze come quelle che questa malattia presenta".⁹

Seguendo una riflessione teologica, non solo dobbiamo riconoscere nel malato di Aids la presenza del Cristo sofferente (Mt 25, 31-46), bensì, attraverso la parabola del buon Samaritano – punto di riferimento obbligato

d'ogni azione pastorale –, potremmo immaginare che Cristo sceglierebbe un malato di Aids come figura centrale in una versione attuale della parabola: non nelle vesti di una persona bisognosa d'aiuto, ma in quelle del buon samaritano.¹⁰ Bisogna ricordare che con questa parabola Gesù non soltanto mette in risalto il gesto verso l'uomo ferito, ma che nello scegliere un samaritano per realizzarlo, lascia un po' di sconcerto. Gesù volle mostrare a chi tende a condannare facilmente o in base alle apparenze, che le persone si definiscono per l'atteggiamento verso il prossimo, e non per i pregiudizi legati al gruppo d'appartenenza. Nel contesto giudaico, infatti, i samaritani rappresentavano un gruppo simile a quello che oggi identifica i malati di Aids, almeno là dove non sono stati ancora superati gli atteggiamenti moralizzanti. Sarebbe interessante, prendendo spunto dalla parabola, andare oltre e chiedersi: "Se fossi io a giacere nel fosso, accetterei l'aiuto da chiunque?, come mi sentirei se fossi assistito, curato, aiutato... da un malato di Aids?".¹¹ Queste riflessioni possono aiutarci a lasciare che siano i malati stessi ad evangelizzarci e a far sì che noi ascoltiamo la loro voce quando essa c'indica il punto dove il sistema è fallito.

Gesù, conoscendo l'esistenza di un linguaggio sacerdotale e d'uno profetico sulla malattia, si situa in una prospettiva messianica,¹² allontanandosi sia dal legalismo sia dalla ricerca di una colpa personale dietro ad ogni manifestazione patologica. Dalla prospettiva messianica che egli propone ed incarna, la malattia si situa al centro dell'azione di Dio e dell'attività sanante. L'annuncio e l'agire mettono la compassione al centro, come energia che fa vivere e che genera salute, non solo sul piano somatico ma anche su quello psichico, emotivo, relazionale e spirituale. La terapia messianica non si centra soltanto sui sintomi

⁶ SONTAG S., "L'Aids e le sue metafore", Einaudi, Torino 1989, pp. 31-32.

⁷ COTTIER G., "Sida: ¿un signo de los tiempos?", in "Dolentium Hominum", 1990 (13), pp. 34 e 39.

⁸ Cfr. AA.VV., "Farsi prossimo ai malati di AIDS", Elle Di Ci, Torino 1990, p. 22.

⁹ BERMEJO J.C., "Accompagnamento spirituale e pastorale", in AA.VV., "Aids, emergenza planetaria", o.c., p. 136.

¹⁰ BUCKMAN R., "Cosa dire. Dialogo con il malato grave", Camilliane, Torino 1990, pp. 227-228. Cfr. anche "Sugerencias para la pastoral del Buen Samaritano", in AA.VV., "SIDA", CELAM, Bogotá 1989, pp. 211-244.

¹¹ Cfr. THOMSON C., "Parábolas y eneagrama", PPC, Madrid 2000, pp. 32-33.

¹² MALHERBE J. F. – ZORILLA S. – SPINANTI S., "Il cittadino, il medico e l'Aids", Paoline, Milano 1991, pp. 215-216.

ma reintegra il malato nella comunità, ridona dignità alla persona, trasformandola in agente della costruzione del Regno.

Nonostante i quasi vent'anni trascorsi dalla scoperta del virus – un po' meno dalle prime dichiarazioni – credo tuttora attuale la riflessione di mons. Lehman nel 1990: “Non dovremmo nemmeno ridurre il nostro messaggio a pochi e ristretti quesiti di teologia morale, come ad es. la valutazione dell'omosessualità, il controllo dei concepimenti, i rapporti sessuali degli ammalati di Aids. Tali problemi hanno la loro importanza nella giusta sede, ma in ultima analisi possono essere risolti in modo convincente soltanto prendendo in considerazione l'insieme del messaggio cristiano di salvezza. Se predichiamo veramente ‘la speranza contro ogni speranza’ (Rm 4, 18), i problemi etici si risolvono quasi da sé”.¹³

Reputo importante prendere coscienza del fatto che, in genere, il capitolo 25 di Matteo è interpretato come la prescrizione di un'etica cristiana che, però, rischia di far dei malati e degli esclusi l'oggetto dell'amore cristiano verso il prossimo, invece di esserne i soggetti, vale a dire, d'essere fratelli di Cristo. Il testo invece ci presenta i più piccoli come soggetti, fratelli del giudice del mondo, prima che destinatari di una missione.¹⁴ Ciò implica un serio impegno di responsabilità nell'accompagnamento in mezzo alla malattia. “Perché, dobbiamo dirlo, anche i più deboli rischiano di piegarsi di fronte alle dinamiche perverse che li schiavizzano o che li rendono oggetto, invece di soggetto, della loro storia”.¹⁵

2. CHIAVI PER LA

RIFLESSIONE-AZIONE PASTORALE

2.1. La chiave della denuncia dell'ingiustizia

Durante la prima decade di apparizione dell'Aids, il dibattito si è centrato fondamental-

mente sulla problematica relazionata con la libertà. Guardando il futuro, però, la grande sfida pastorale dell'Aids, secondo me, si prospetta sulle coordinate della giustizia e della solidarietà. Le vittime della seconda e terza decade sono veramente povere perché, non solo costituiscono gruppi discriminati, ma perché mancano di voce. L'Aids nella seconda decade e all'inizio del terzo millennio “è la malattia dei poveri, di quelli che non hanno voce in questa comunità di comunicazione internazionale che possiede il potere, alla quale s'accede attraverso il controllo del mercato e dei mass media. Perciò l'Aids propone (...) una sfida che sembra più che altro d'iscriversi nelle coordinate morali del principio di giustizia”.¹⁶

Penso che la Chiesa, che tanta riflessione ha generato attorno all'Aids, sia sfidata a sollevare il grido che emerge dalla consapevolezza che non è più possibile restare a braccia incrociate nel constatare che la stragrande maggioranza dei malati si trova nei paesi in via di sviluppo. Questa è, secondo me, la chiave etico-morale più importante che dovrebbe guidare sia la riflessione sia l'azione pastorale. Un giorno, nel futuro, il nostro atteggiamento nei riguardi dei malati di Aids sarà apprezzato. Allora si potrà affermare che esso è stato tanto più in sintonia col messaggio di Gesù quanto più centrato nella difesa di chi è vulnerabile e povero.

Perciò il credente deve sentire l'impegno collettivo e capire che i fattori alla base di comportamenti a rischio sono estremamente complessi e trascendono frequentemente la sfera della volontà e del controllo personale. Com'è noto, la classe sociale d'appartenenza, l'educazione ed altri fattori culturali hanno un ruolo molto importante nella determinazione del comportamento individuale.¹⁷ Se la nostra riflessione fosse centrata sulla singola responsabilità dell'individuo, probabilmente

¹³ LEHMANN K., “La pastoral de la esperanza”, in “Dolentium Hominum”, 13, 1990, p. 224.

¹⁴ Cfr. MOLTSMANN J., “Nuovo stile di vita”, Queriniana, Brescia 1979, pp. 122-123.

¹⁵ BERMEJO J. C., “Derecho a una vida digna”, in “Corintios XIII”, 88 (1988), p. 154.

¹⁶ Cfr. FERRER J.J., “SIDA y bioética: de la autonomía a la justicia”, Universidad Pontificia de Comillas de Madrid, Madrid 1997, pp. 284-285. Dice l'autore: “le vittime della seconda e terza decade sono dei senza voce: i tossicodipendenti di New York, Madrid, Milano o San Juan; le minoranze afro-americane e ispaniche degli Stati Uniti; le masse impoverite dell'Africa nera e del sudest asiatico”. Ibidem, p. 285.

¹⁷ DANIELS N., “Seeking Fair Treatment. From the Aids Epidemic to National Health care Reform”, Oxford University Press, New York/Oxford 1995, p. 95.



P. Trettene
con un malato

sentiremmo “un grido di disperazione e nello stesso tempo di denuncia: perché ci avete permesso di bere l’acqua contaminata dei pozzi e non ci avete indicato l’acqua della sorgente di vita? Perché non ci avete mostrato degli orizzonti più ampi in termini di vita sessuale? Perché ci avete permesso d’avere delle abbondanti informazioni che portano alla morte e non quelle che donano vita?”.¹⁸

Non è un caso che l’HIV e l’esclusione sociale siano degli itinerari bi-direzionali.¹⁹ L’Aids continua ad essere l’opportunità per mettere in evidenza i più poveri.

Molti moralisti cattolici danno maggior risalto – direi persino sproporzionato – ai temi della morale sessuale implicati che a quelli della morale sociale. Uno sguardo ampio, universale, servirebbe ad evitare quella sensazione d’intransigenza religiosa, percepita in diversi contesti, che è presentata come fedeltà ad oltranza alla dottrina ed aderenza ai principi morali nell’ambito della sessualità, senza prendere in considerazione le circo-

stanze concrete in cui si trovano i destinatari del messaggio.

Il quadro attuale dell’infezione da HIV, infatti, ci pone davanti serie questioni di giustizia sociale. Prendiamo ad esempio la situazione della comunità nera e di quella ispanica negli USA. In queste comunità la trasmissione dell’Aids è legata, fondamentalmente, all’uso delle droghe, fatto a sua volta collegato alla povertà e all’emarginazione vissuta da diverse generazioni. Da non dimenticare, inoltre, la doppia emarginazione o povertà, in particolare in alcuni paesi, che subisce la donna quando è lei la persona sofferente di HIV. L’emarginazione sociale e culturale di questi gruppi, inoltre, rende più difficile il loro accesso ai programmi di prevenzione e cura.²⁰

Nel messaggio di Giovanni Paolo II al Segretario dell’ONU in occasione della Sessione speciale dell’Assemblea Generale sull’Aids (giugno 2001), il Pontefice esprime la sua particolare preoccupazione su due problemi: la trasmissione materno-fetale dell’Aids e la difficoltà d’accesso dei malati di Aids alle cure mediche.²¹ Anche l’intervento di mons. Lozano Barragán durante detta Assemblea ricorda che “la Chiesa ha insegnato ripetutamente che c’è un’ipoteca sociale su ogni proprietà privata e che bisogna applicare questo concetto alla proprietà intellettuale. La sola legge del guadagno non può essere applicata alla lotta contro la fame, la malattia e la povertà”.²²

2.2. La chiave della prevenzione

Una delle maggiori responsabilità della comunità cristiana di fronte all’Aids è di contribuire alla prevenzione attraverso la Buona Novella di Gesù. Il messaggio di Gesù è salute per l’uomo e la prassi pastorale deve esserne un riflesso.²³

¹⁸ MOSER A., “Ellos nos interpelan: pistas teológico pastorales partiendo del SIDA”, in: AA.VV., “SIDA”, CELAM, Bogotá 1989, p. 164.

¹⁹ BARBERO J., “Afectado por el SIDA. El acompañamiento a personas con VIH/SIDA. Claves ideológicas, contextuales y relacionales”, CREFAT, Madrid 1997, p. 36.

²⁰ FERRER J., “El SIDA, ¿condena o solidaridad? La teología, la Biblia y la moral ante un reto inaplazable”, PPC, Madrid 1992, pp. 107-108.

²¹ GIOVANNI PAOLO II, “Messaggio a S. E. Sig. Kofi Annan, Segretario Generale dell’ONU, in occasione della sessione speciale dell’Assemblea Generale sull’Aids”, 21.06.2001.

²² Intervento del Presidente del Pontificio Consiglio per la pastorale sanitaria, Mons. JAVIER LOZANO BARRAGÁN, capo della Delegazione della Santa Sede alla XXVI Sessione Speciale dell’Assemblea Generale delle Nazioni Unite sull’Aids, 28.06.2001 (dalla traduzione in spagnolo in “Ecclesia”, luglio 2001, n. 3057, pp. 37-38).

²³ Cfr. SANDRIN L., “La Iglesia, comunidad sanante”, San Pablo, Madrid 2000.

A mio parere, la prevenzione passa attraverso:

- l'educazione alla solidarietà di tutta l'umanità e al dovere di distribuire equamente tutti i beni;
- la promozione del principio di corresponsabilità verso tutti gli esseri della terra, presenti e virtuali;²⁴
- la consapevolezza della dignità d'ogni persona e l'impegno a rispettarla per la sua appartenenza alla comunità della fragilità;²⁵
- l'investimento in azioni d'aiuto ai bambini e ai giovani nella loro crescita e maturazione personale in un ambiente d'equilibrio affettivo capace di stimolare la libertà e la responsabilità;
- a puntare gli sforzi su un concetto di rapporti interpersonali di rispetto reciproco, in particolare il rispetto per la diversità, che sia riflesso della virtù della castità,²⁶ dove l'autonomia e l'interdipendenza siano interpretate come elementi sempre vincolati;²⁷
- l'impegno nella costruzione di una Chiesa testimone della parità tra uomo e donna e proposta esemplare che confronta quelle culture che non vivono quella dimensione;
- il contributo ad umanizzare la sessualità quale dimensione umana essenziale che deve integrare armonicamente la bellezza e la bontà del rapporto tra passione erotica, intimità emotiva e impegno interpersonale;
- l'educazione al valore della libertà quale dote e conquista, e ad evitare il consumo di quelle sostanze che annullano la possibilità d'esercitare detta libertà in maniera responsabile;
- il richiamo alla necessità di preservare il prossimo dall'infezione, rispettando la sua dignità e vivendo i rapporti interpersonali quale vera espressione dell'amore al Dio che ci chiama.

Credo che quando la Chiesa realizzerà detti obiettivi finalizzati alla prevenzione, essa potrà incidere sull'educazione. Mi stanno par-

ticolamente a cuore le sfide ad introdurre nella prassi interna della Chiesa le modifiche necessarie per promuovere l'uguaglianza uomo-donna; l'impegno dei presbiteri ad essere incisivi nella predicazione per generare sensibilità e coscienza di responsabilità; la promozione nella catechesi di una buona educazione ai valori nell'ambito delle relazioni, degli affetti e della sessualità. Le omelie e la catechesi con riferimento all'Aids e alle sue implicazioni, costituiranno un segno di effettivo impegno nella creazione di una cultura in sintonia coi valori del Vangelo.

2.3. La chiave della proposta della castità

Nell'accompagnamento dei malati di Aids (forse in particolare nell'accompagnamento pastorale), spesso è necessario affrontare il tema della sessualità. Non di rado compare la parola "castità", molto usata dal Magistero nel proporre un valore per prevenire l'infezione da HIV. Ora, però, è necessario chiarire il concetto perché, frequentemente, nel gergo comune il significato di "castità" si confonde con quello di continenza.*

"Continenza" – che deriva dal latino "contenere" – significa trattenere, controllare con dominio, indica lo stato di una persona che controlla le proprie pulsioni sessuali. La castità non deve essere confusa con la continenza. Può capitare, come dice Thévenot²⁸, che una persona eserciti la continenza (vale a dire che, volontariamente, s'astenga da ogni piacere genitale orgiastico) ma non sia casta.

La castità indica la disposizione interiore che porta la persona a controllare la propria sessualità in maniera liberatrice per sé e per gli altri. Il termine castità, pertanto, non indica la volontà di superare o di negare la realtà sessuale, bensì il desiderio di controllare l'organizzazione delle pulsioni sessuali parziali di cui è impregnata ogni persona. Essere casto, quindi, non significa lo sforzarsi nell'evitare la

²⁴ Cfr. JONAS H., "The Imperative of Responsibility. In search of an Ethics of the Technological Age". The University of Chicago Press, Chicago/Londra, p. 11. Anche GRACIA D., "Fundamentación y enseñanza de la bioética", Búho, Bogotá 1998, p. 129.

²⁵ Cfr. GRACIA, D., "Bioética clínica", Búho, Bogotá 1998, pp. 33 ss.

²⁶ Cfr. THÉVENOT X., "Pautas éticas para un mundo nuevo", Verbo Divino, Estella 1988, p. 61.

²⁷ Cfr. CAMPS V., "Virtudes públicas", Espasa Calpe, Madrid 1990, pp. 66-67.

* Abbiamo scelto "continenza" per l'etimologia citata, invece di "temperanza" (N. del T.).

²⁸ THÉVENOT X., "Pautas éticas para un mundo nuevo", o.c., p. 61.

sessualità ma lo sforzarsi per accettarla in maniera intelligente, qualunque sia lo status di vita in cui ci si trova e qualunque sia l'equilibrio umano che si riesce a stabilire. D'altro canto, la finalità ultima di questo controllo della sessualità è eminentemente positiva: avere una maggiore libertà. "Sarà casto il comportamento che porti la persona ad uscire dallo stato d'indifferenziazione ('incestuoso') in cui si trovava all'inizio della vita."²⁹

Thévenot presenta in maniera interessante il significato della castità quale rinuncia ad un mondo senza difetti, vale a dire, l'accettazione nella propria vita della realtà del fallimento e della morte, come rinuncia ad un mondo senza differenze («la castità è la virtù che fa 'dell'altro, un altro'»), rinuncia ad un mondo d'onnipotenza, rinuncia ad identificarsi con la propria origine (con Dio, credendosi il creatore). Il desiderio d'essere casto significa amare, vivere il limite, creare delle differenze, tentare di vivere la propria sessualità quale modo per realizzare il proprio rapporto con le cose e con gli altri, avendo sempre in mente il limite che comporta e le differenze che lo costituiscono.

La castità è un compito e non uno stato, a partire dal livello di sessualità che ognuno ha raggiunto. C'è chi tenterà di realizzare questo compito a partire da strutture psico-sessuali particolari e del tutto personali, come ad esempio, partendo da "strutture" omosessuali o da inibizioni personali.

"Comunque sia, ognuno, qualsiasi sia il suo stato psico-sessuale raggiunto, dovrà fare i conti con quelle particolarità. Talvolta questo lo porterà a superarle, quando possibile e desiderabile. Altre volte, invece, i soggetti dovranno costruire la loro vita sessuale attraverso l'ambivalenza delle loro particolarità sessuali che non sono superabili. Penso, ad esempio, alle persone omosessuali".³⁰

Seguendo l'autore che ci ispira, il significato cristiano della castità nasce dal convincimento che è possibile incontrare Dio soltanto se si prende atto veramente dell'umanità nella quale ci sono i sessi. Il testo, infatti, dove vediamo Adamo ed Eva nell'Eden ci

presenta i personaggi nella pienezza della vita caratterizzata dal rispetto delle differenze e dei limiti reciproci: la differenza tra Dio e le creature, la differenza sessuale, vissuta senza vergogna, e la differenza tra gli alberi "permessi" e l'albero "proibito". La vita umana in Dio è quindi "desiderare, riconoscendo le differenze". Porre fine alle differenze implica un nuovo rapporto con le realtà umane: con il lavoro, la fecondità e la sessualità, già non umana.

Allora siamo lontani dal significato della castità a prima vista. Proporre la castità ai malati di Aids e a chi non è ammalato, quale punto d'arrivo, come valore e come misura preventiva, significa molto di più di proporre l'astinenza nei rapporti. Significa, principalmente, testimoniarla nello stesso tempo in cui la si pone, vale a dire, accettare le differenze, mossi dal vero amore solidale.

In linea però con la presentazione di questo testo, vivere la castità non significherà separarsi dalla condizione di creature che hanno sesso; nemmeno vivere un aldilà escatologico già perfettamente realizzato (volontà d'onnipotenza) nella realtà terrena. Si tratta di accettare le differenze e di rispettarle. Perciò, la castità nella sessualità non porterà a che la persona si confonda con il "diverso", ma a rispettarlo come tale.

Certamente, quale misura di prevenzione dell'Aids, si propone anche la continenza nelle relazioni che comportino rischio di contagio per se stesso o per altre persone. Inoltre, si mantiene il valore della fedeltà al proprio/a partner, verso il/la quale c'è un impegno d'amore che si comunica anche nella modalità della relazione sessuale.

In realtà, umanizzare la sessualità mediante la virtù della castità significa presentarla come l'armonia tra intimità emotiva, passione erotica e impegno interpersonale.

Non esiste la coppia perfetta, ma indubbiamente ci sono dei segni di salute relazionale. Sternberg ha proposto la teoria del triangolo dell'amore, che fa riferimento ai tre ingredienti necessari affinché la coppia sia un luogo dove si costruisce la felicità. I tre ele-

²⁹ Ibidem, p. 63.

³⁰ Ibidem, p. 70.

menti debbono, in qualche modo, essere presenti in entrambi i membri della coppia.

Il primo elemento è l'intimità emotiva, il piacere e il benessere sperimentati nel condividere i sentimenti. Molto frequentemente, infatti, i partner delle coppie con problemi si lamentano, dicendo dell'altro: "Non so cosa sente, non mi comunica il suo pensiero".

Compenetrarsi a livello emotivo significa comunicare apertamente ciò che si sente, creare un clima di mutuo scambio che va al di là dell'accordo sul *ménage* domestico e delle questioni organizzative. L'intimità emotiva si muove a livello spirituale, generando la reciproca comprensione, tenerezza, fiducia, sicurezza, compagnia, stima, rispetto. L'intimità emotiva si capisce dallo sguardo sereno, limpido e trasparente.

L'intimità emotiva non è un passeggero sentimento di benessere o il facile rifugio dalle proprie incertezze e vuoti. L'intimità emotiva non si fonda necessariamente sulla genitalità, anzi, può essere libera d'ogni passione erotica ed anche costruita con gli amici intimi.

L'intimità emotiva nasce in chi ha fiducia in se stesso e cresce tra quelli che hanno una reciproca fiducia. Nasce protetta dall'ascolto autentico e dall'accoglimento incondizionato dei sentimenti; accende un particolare calore nel cuore e si gode nella parola, nello sguardo, nell'abbraccio, nel silenzio. L'intimità emotiva si crea un po' per volta, e si ricrea integrando ed affrontando i conflitti, i quali si risolvono nell'accettazione delle differenze e nel rispetto delle libertà.

Il secondo ingrediente della coppia sana è, dice Sternberg, la passione erotica. Essa include tutto ciò che è relazionato con il rapporto sessuale, dal piacere genitale alle carezze, a tutte quelle emozioni che si danno nell'intimità fisica; include l'allegria, l'orgoglio e la soddisfazione e la gioia della reciprocità, il sapersi desiderato e apprezzato e il desiderio di compiacere l'altro attraverso la donazione.

La passione erotica, quale ingrediente della coppia sana, sa di dialogo, di fiducia, di rispetto verso il ritmo dell'altro, di creatività, di dialogo aperto ed esplicito sui gesti, sulle sensazioni, sui desideri e sulle aspettative.

La passione erotica è fuoco acceso; gode per la passione vulcanica e della delicata ca-

rezza; gusta la morbidezza della pelle ed apprezza la tenerezza e le buone maniere. Si smarrisce e vive intensamente perché gode della generosità senza misura. La passione erotica ha un grande potere, ed è vissuta in maniera salutare quando è condivisione che non comporta né l'umiliazione dell'altro né la sua strumentalizzazione.

Il terzo ingrediente è l'impegno reciproco. Esso presuppone un coinvolgimento nelle conseguenze di essere una coppia, suppone l'accettazione della chiamata naturale sia alla sua condizione d'esclusiva sia all'apertura verso altre persone nella comunione reciproca.

L'impegno implica il lavoro in *équipe*, progetti condivisi, ricchezza e povertà personali messe in comune, compiti divisi, servizi offerti senza fatture né ricevute.

L'impegno sa di solitudine e di comunione, di libertà, di autonomia e di interdipendenza, di guadagno e di perdita, di speranza e di pazienza, di ferite e cicatrici, di progetti e fallimenti, di riuscite e d'umiltà, d'utopia e realismo.

L'impegno sa di fecondità, di continuità nella storia, di accoglimento di nuovi progetti e di nuove libertà, integrati e rispettati nella comunità della coppia.

Soltanto l'armoniosa presenza di questi tre ingredienti, seppure in intensità differenti e variabili nel processo di costruzione della coppia, fanno sì che questa sia un luogo di salute e di stabilità.

La castità, lungi da povere interpretazioni, se ben intesa, armonizza i tre ingredienti, necessari alla coppia salutare.

A mio parere, il mondo sta conquistando la dimensione gioiosa e piacevole dell'eroticismo e della sessualità, tuttavia non sempre trova dei referenti di valore capaci d'aiutare a vivere con libertà e responsabilità questa dimensione tanto importante della vita della persona.

Il documento stilato dal gruppo di lavoro della Diocesi di Treviri, nel far riferimento a quelle coppie in cui uno dei suoi membri è sofferente di HIV, dice: "Si ha una problematica particolare quando, in una coppia di sposi, uno dei due è sieropositivo. In questo caso, entrambi hanno la responsabilità in comune di far sì che non avvenga il contagio del virus, ma nel contempo debbono fare in modo che la loro comunione coniugale non si veda irre-

parabilmente compromessa e distrutta a causa dell'Aids".³¹

Uno dei compiti dell'accompagnamento ai sofferenti di HIV consisterà nell'evitare l'infezione di altre persone. Molti di coloro i quali sono infetti però non cambiano il loro comportamento a rischio. Perciò, l'operatore è chiamato a contribuire all'azione preventiva. Ci sono delle indicazioni su come procedere all'atto di comunicare la diagnosi affinché si eviti il contagio. Sono i suggerimenti dell'OMS, volti ad aiutare le persone a modificare i loro modelli comportamentali che porterebbero ad infettare altre persone.³² Siamo consapevoli, però, che molti degli infettati non modificano il loro comportamento, inficiando tali strategie. Educare ai valori costituisce una sfida di prevenzione.

2.4. La chiave dell'accompagnamento olistico

L'obiettivo di ogni accompagnamento pastorale ai sofferenti non è altro che quello di contribuire a far sì che il malato possa fare, nella misura possibile, esperienza di guarigione integrale (*Gv* 10, 10).³³

García Roca, uno studioso spagnolo dei processi d'esclusione ed emarginazione, ha lanciato l'ipotesi che l'esclusione sia il risultato di tre processi sociali che hanno delle logiche proprie, il confluire di tre sguardi con le loro relative trame.³⁴ Il primo vettore è formato da elementi strutturali (dimensione economica dell'esclusione: carenza d'abitazione, lavoro instabile, risorse economiche scarse o nulle). La maggior parte dei malati di Aids, infatti, pri-

ma di esserlo, patiscono le limitazioni della propria famiglia, sia per la scarsità degli introiti economici sia per le caratteristiche dell'abitazione e del quartiere in cui abitano, ecc.; e chi è già colpito dalla malattia è escluso dalle risorse sanitarie secondo il grado di sviluppo del paese in cui si trova. Il secondo vettore è costituito da elementi contestuali che si riferiscono alla dimensione sociale dell'esclusione (il mondo relazionale della persona, l'inesistenza o fragilità di rapporti sani d'appoggio, la mancanza di punti di riferimento che possano rappresentare dei supporti, la debolezza dei servizi di prossimità o delle reti vicine d'appoggio). Con frequenza possiamo verificare la fragilità degli appoggi familiari dei malati di Aids (o lo sono stati nell'età propria della prima educazione); l'ambiente umano circostante non è favorevole, i rapporti tra i membri della famiglia spesso sono molto volatili, se non inesistenti. Il terzo vettore è dato dalla precarietà riguardo alla qualità del soggetto (gli elementi più soggettivi e personali dell'emarginazione, la "precarità culturale"³⁵, la rottura d'alcune comunicazioni, la debolezza delle aspettative, lo scoraggiamento e l'indebolimento della fiducia, dell'identità e dell'autostima). Il processo d'esclusione ed emarginazione è contemporaneamente causa e conseguenza di un deteriorarsi nella persona, nella capacità di fare una lettura obiettiva della realtà che la circonda e di mettere in moto dei meccanismi propri che l'aiuteranno ad uscirne.

Da questa prospettiva, l'accompagnamento pastorale e la relazione d'aiuto³⁶ hanno una

³¹ Gruppo di lavoro della Diocesi di Treviri, "Orientamenti sull'Aids", in: BRUNELLI G. (a cura di), "Chiamati a compassione. Le chiese rispondono all'Aids", EDB, Bologna 1990, pp. 173-174.

³² BAYES R., "Sida y psicología", Díaz de Santos, Madrid 1995, p. 153.

³³ ALVAREZ F., "La experiencia humana de la salud desde una óptica cristiana", in "Labor Hospitalaria", 219 (1991), p. 33.

³⁴ GARCÍA ROCA J., "Contra la exclusión. Responsabilidad política e iniciativa social", Sal Terrae, Santander 1995, pp. 9-15.

³⁵ Ibidem, p. 14, è interessante la riflessione sulla povertà d'informazione: "La povertà nell'informazione ha anche delle ripercussioni sulle restanti dimensioni della persona. In questo modo, il progresso della tecnologia dell'informazione potrebbe far sì che colui che è ricco d'informazione diventasse ancor più ricco, approfondendo il vuoto tra lui e chi è povero d'informazione. Ipotesi molto problematica, poiché i poveri d'informazione sono di solito anche quelli più depressi economicamente e culturalmente e i più bisognosi di quanto una migliore informazione potrebbe comportare. Di fronte a questa situazione, la riflessione di Luis Miguel Uriarte mette in risalto la dimensione educativa degli interventi". Cfr. URIARTE L. M., "Reflexiones sobre las autopistas de la información y la pobreza", in "Dossier: Escuela de formación social", Caritas, Madrid 1995, pp. 353-357.

³⁶ Ultimamente ho fatto una riflessione sulla relazione d'aiuto e l'esclusione, in BERMEJO J. C., "Relación de ayuda y marginación", in "Camillianum" 20 (1999), pp. 279-296.

grande importanza e possono incidere sui tre vettori, in maniera che la persona possa ricostruirsi interamente (cfr. Gv 7, 23): è auspicabile che l'intervento avvenga nell'ambito economico, lavorativo, abitativo, ecc., e nel mondo dei rapporti e dell'immagine personale, così che la salute generata nell'incontro sia duratura e non un mero palliativo. Dobbiamo tenere presente l'importanza di questo intervento olistico (cfr. Mc 5, 1-20) in vista della prevenzione, giacché il portatore di HIV rappresenta un eventuale agente d'infezione, soprattutto in contesti e persone vulnerabili.

Così, la responsabilità di alleviare la sofferenza del malato di Aids è nel contempo personale e collettiva, perché la sofferenza provocata dalle variabili sociali ha molto di strutturale e di comunitario, che attenta anche contro il principio etico della giustizia. In questa maniera riusciamo più facilmente ed efficacemente ad "uccidere la morte evitabile" e ad eliminare la "morte sociale" che tanta sofferenza crea tra i portatori di HIV. Altrettanta o ancor di più di quella del provocata dal virus stesso.³⁷

Diciamo pure che un accompagnamento olistico dovrà tener conto dell'importanza della famiglia del malato. Essa infatti soffre non soltanto perché ha in seno un malato ma, frequentemente, a causa dell'emarginazione sociale, dei sensi di colpevolezza,³⁸ dello spezzarsi dell'immagine che si erano fatti del loro figlio, ecc. In certe occasioni, sono anche rilevanti i dilemmi etici che si prospettano attorno al rapporto della persona affetta da HIV e la sua partner, occasioni nelle quali l'agente di pastorale può rivestire un ruolo significativo.³⁹

2.5. La chiave del supporto emozionale e spirituale

Siamo dell'idea che un accompagnamento pastorale alle persone colpite dall'HIV debba ispirarsi al mistero pasquale. In esso, le tre dimensioni del tempo – passato, presente e futuro – si danno appuntamento in maniera molto particolare, ispirando l'azione ecclesiale: il passato che si riassume, si ricorda, si rende vivo, il presente che è inondato dalla presenza del Signore e il futuro che si proietta e si attende.⁴⁰

• *Accompagnare nella rappacificazione con il passato*

Una delle necessità basilari nei malati di Aids è di far pace con la propria storia. Questa è una delle esperienze più comuni nella tappa finale della vita (lo sguardo indietro), e nella malattia in generale (visto il misterioso rapporto tra l'esperienza della malattia e il senso di colpa).

Accompagnare a "ruminare" la propria storia, forse a riflettere sulle pene in maniera non sterile, ma nel tentativo di ritornare sui propri passi per riuscire a farsi carico e a dominare tutto ciò che si è vissuto, può contribuire a "sanare le proprie piaghe"⁴¹ e ad un processo di riconciliazione. "Ricordare il passato, può aiutare a dare un nuovo senso al presente"⁴² curando i rapporti,⁴³ là dove essi possano essere guariti.

Crediamo che l'accompagnamento mediante l'ascolto abbia un valore mai sottolineato abbastanza. Accompagnare chi racconta la sua vita è un fatto carico di contenu-

³⁷ BARBERO J., o.c., p. 36.

³⁸ AMIGO VALLEJO C., "El SIDA: una pastoral sanitaria especializada", Siviglia 1998, p. 10.

³⁹ Cfr. BERMEJO J.C., "A Spaniard resists disclosing his HIV Status to his Girlfriend", in KEENAN J.F., "Catholic Moral Theologians in the service of HIV prevention" (in stampa).

⁴⁰ Cfr. MONGILLO D., "La malattia: esperienza da vivere e mistero da celebrare", in "Camillianum" 2 (1990), pp. 339-341. G. POLICANTE, a proposito della pastorale con malati di Aids, scrive: "Io ho il fondato sospetto che certo ricorso alle religioni abbia il sapore di un recupero in extremis di risorse che si crede di dover offrire perché altrimenti non si avrebbe altro da dare e da dire: una proposta religiosa tesa a colmare un vuoto, dunque, e non tesa a dar più sapore a qualcosa già esistente". Cfr. POLICANTE G., "C'è una pastorale per i malati d'Aids?", in "Insieme per servire" 9 (1989), p. 22. Da ciò la necessità di fondare bene l'azione pastorale.

⁴¹ Cfr. VIMORT J., "Solidarios ante la muerte", CCS, Madrid 1990, pp. 98-99.

⁴² Astudillo W. – Mendinueta C., "El sufrimiento en los enfermos terminales", in ASTUDILLO W. – MENDINUETA C. – ASTUDILLO E., "Cuidados del enfermo en fase terminal y atención a su familia", Eunsa, Pamplona 1995, p. 272.

⁴³ PASINI G., "La comunità cristiana di fronte all'Aids. Esperienze e prospettive d'impegno", in AA.VV., "Aids, una prossimità possibile", Atti del Corso per la promozione e la formazione del volontariato, Milano, 30.X – 18.XII.1997.



to simbolico, perché raccontare la propria vita significa distinguere nel proprio passato ciò che è essenziale da ciò che è accessorio. È possibile, infatti, impiegare più o meno tempo nel raccontare un evento che nel viverlo. Il racconto crea un'intelligibilità, dà un senso a ciò che si fa. "Raccontare la propria vita dà ad essa un senso".⁴⁴ Ne consegue l'importanza dell'accompagnamento personalizzato al malato da parte dell'agente di pastorale e la rilevanza dell'ascolto.

- **Accompagnare a vivere i valori nel presente**

Laddove la sensazione di una perdita di fiducia in quello a cui si credeva cela la possibile scoperta di nuovi valori, l'agente di pastorale ha anche la sfida d'accompagnare il sieropositivo in maniera empatica – pur sperimentando l'impotenza di non essere in grado d'annullare le cause della sofferenza –, percorrendo con lui un cammino verso la pazienza, nuovo modo di sperimentare se stesso e atteggiamento libero verso l'inevitabile. La

pazienza comporta l'accettazione dei limiti; è un esercizio umile, ma fondamentale, d'accogliimento della vita e di realizzazione di quelli che V. Frankl definisce i valori attitudinali⁴⁵. Si tratta d'accompagnare ad adottare ciò che Teilhard de Chardin chiama la "passività di crescita", facendo riferimento all'altro braccio con cui Dio ci porta verso di sé, virtù che non ci rende passivi né ci aliena, bensì ci mette di fronte alla possibilità di rispondere al problema del senso.⁴⁶

Dal punto di vista della fede, penso che la necessità di purificare il linguaggio sulla sofferenza costituisca un'importante sfida all'interno della Chiesa. Questo ci fa essere testimoni di un Dio dei vivi invece che di morte e sacrifici. L'interessante diffusione della teologia della riparazione, dell'espiazione, dell'offerta, ecc., frutto ancor oggi dell'influenza – tra gli altri – di Sant'Anselmo (1033-1109) fa sì che numerose espressioni sembrano una forma di dolorismo e certi schemi d'interpretazione teologica arrivino ad essere tradotti in

⁴⁴ MALHERBE J. F., "Hacia una ética de la medicina", Paulinas, Santafé de Bogotá 1993, p. 73.

⁴⁵ Dice FRANKL: "Ciò che importa è l'atteggiamento con cui una persona va verso il destino inevitabile e immutabile". Cfr. FRANKL V. E., "Ante el vacío existencial", Herder, Barcellona 1987, p. 34. cfr. Anche FRANKL V. E., "Homo patients", Salcom, Varese 1979, pp. 96-109.

⁴⁶ In questo senso, a proposito del concetto di "abbandono di Dio", scrive J. ALFARO: "Il termine abbandono di se stesso può suggerire un falso concetto della speranza cristiana, come se essa fosse un atteggiamento di passività e di rinuncia a decidere e ad agire, lasciando solo a Dio l'opera della nostra salvezza. Proprio perché nella speranza, l'uomo s'abbandona all'amore di Dio, dispone di se stesso nella decisione più impegnativa della sua libertà, che è il donare se stessi all'amore assoluto di Dio in Cristo. La speranza non esclude la decisione e l'azione dell'uomo, bensì l'include e la esige". ALFARO J., "Speranza cristiana e liberazione dell'uomo", Queriniana, Brescia 1973, p. 41.

proposte pastorali d'accompagnamento poco sane. Se c'è qualcosa da "completare" alla passione di Cristo (cfr. Col 1, 24) non sarà altro che l'apporto di maggiore amore – anche in mezzo al dolore – per l'instaurazione del Regno.⁴⁷ Se c'è qualcosa da espiare, non sarà altro che il disporsi nell'atteggiamento di lasciarsi riconciliare da un Dio tutto grazia.⁴⁸ Secondo me, noi, comunità dei credenti, abbiamo quest'importante sfida da affrontare senza paura affinché il linguaggio sulla sofferenza sia in sintonia con il Dio di Gesù Cristo e costituisca una sana proposta per chi vive afflitto dalla malattia.

Accompagnare a vivere in maniera salutare la sofferenza significherà anche prestare una speciale attenzione agli innumerevoli conflitti etici che emergono. Tra essi, si citano la difesa del carattere confidenziale, la difesa di terze persone, qualora il malato non volesse comunicare lo stato di positività, la difesa del diritto all'assistenza sanitaria, la difesa del professionista qualora egli non abbia delle misure di protezione, l'accompagnamento ai professionisti che subiscono incidenti a rischio, la prevenzione, l'inaccettabile ingiustizia creata dalle differenze tra certi malati e altri al momento d'accedere alle terapie oggi esistenti.

• *Infondere speranza*

La presenza significativa, simbolica, sacramentale, dell'agente di pastorale nei riguardi del malato di Aids dovrà essere, come messo in evidenza da mons. Lehmann, una presenza capace d'infondere speranza ma,

com'egli stesso annotava, non di una speranza che passa sull'amara realtà della sofferenza e della morte, bensì che sostenga la realtà intera dell'essere umano sofferente.⁴⁹

"Il 'principio speranza' in molti aspetti si è trasformato in un'espressione di moda che attrae e affascina tante persone proprio perché è mutevole ed ambigua. Le tentazioni sono molteplici: si fa credere al malato che, malgrado tutto, gli sia possibile guarire; lo si conferma nell'aspettativa di una nuova medicina prodigiosa; si sorvola lo stato disperato della sua attuale situazione, la si minimizza e gli si promette la salvezza fuori della morte. Noi sappiamo però che molti malati di Aids hanno un imprescindibile bisogno di chiarezza e verità. Desiderano parlare di questa irrefrenabile realtà che li umilia così tanto. Da lì proviene una regola fondamentale per qualsiasi accompagnamento pastorale dei malati in generale e in particolare di quelli sofferenti di Aids".⁵⁰

La speranza è vissuta dai malati di Aids come forza interiore che dà senso e densità al presente, un presente ferito dove però si scoprono, come abbiamo detto in precedenza, valori e relazioni nuovi che permettono di vivere con dignità nella precarietà delle condizioni alla quale molti di loro sono ridotti.⁵¹ Nel fondo, anche per tutti i cristiani, la speranza è questa.

La speranza, infatti, non si limita ad indicare la meta della fede, ma è la forza interiore della fede che fa sì che gli uomini camminino

⁴⁷ Commentando Col 1, 24, dice F. VARONE: "Le sofferenze di Paolo non hanno in alcun modo un senso di riparazione complementare; si tratta delle sofferenze apostoliche sopportate 'da voi' (1,24), 'dal suo Corpo, che è la Chiesa' per annunciare Cristo in mezzo ai gentili (1, 27) (...). Non si tratta, dunque, di sofferenze da continuare ad aggiungere incessantemente a quelle di Cristo sotto lo sguardo di un Dio implacabile". Cfr. VARONE F., "Il Dio sadico. Dio ama la sofferenza umana?", Sal Terrae, Santander 1988, p. 237. "In senso rigoroso, il senso delle sofferenze consiste, dunque in 'offrirglielo a Dio'. A nessuno possiamo offrire qualcosa se non si è convinti che quella data cosa gli faccia piacere, gli provochi gioia o l'arricchisca intimamente. Quando una persona soffre, per qualsiasi ragione, Dio non si compiace di questa sofferenza, bensì si compiace che attraverso la sofferenza, e malgrado essa, quella persona cresca nel suo rapporto di 'compagno' con Cristo, nella sua capacità d'accogliere lo Spirito e nella sua fede nel Creatore fedele, il Dio che genera la vita" (Ibidem, p. 243). Un linguaggio dolorista potrebbe rendersi complice d'atteggiamenti passivi nella necessaria denuncia delle ingiustizie associate all'Aids e nel suo stretto rapporto con la povertà.

⁴⁸ Cfr. LÉON DUFOUR X., "Jesús y Pablo ante la muerte", Cristiandad, Madrid 1982, pp. 21. 137, 202-203. Cfr. Anche VORGRIMLER H., "Il cristiano ante la muerte", Herder, Barcellona 1981, pp. 75-76.

⁴⁹ Cfr. LEHMANN K., o.c., p. 219

⁵⁰ Ibidem, p. 219.

⁵¹ BERMEJO J.C., "La speranza nei malati di Aids", in AA.VV., "Speranza, dove sei? Le immagini della speranza nel mondo della salute", Camilliane, Torino 1995, p. 152.

con Dio e s'impegnino a lavorare per il suo Regno.⁵² Le relazioni del presente, realizzate "nel nome del Signore", sono anticipi del desiderato rapporto con Dio, sono la sua realizzazione perché "gustarono la buona parola di Dio e le meraviglie del mondo futuro" (Ebr 6, 5).⁵³ E non ci sarebbe motivo d'aspettarsi molto dal futuro se i segnali di speranza non si facessero visibili nel presente.⁵⁴

Durante l'accompagnamento nella fase terminale, è importante che s'insegni a rinunciare alla guarigione, evitando così l'accanimento terapeutico e quell'accanimento consolatorio di cui talvolta è connotata l'azione pastorale.⁵⁵ È altrettanto importante fare attenzione per non contribuire a ciò che potremmo chiamare l'"eutanasia sociale" né contribuire alla morte relazionale (previa a quella biologica) o all'isolamento fisico ed emotivo conseguente ad atteggiamenti che evitano o sono incapaci di instaurare dei rapporti attorno al malato che parla nella verità.⁵⁶

2.6. La chiave dell'empatia

Nel fare riferimento all'accompagnamento pastorale ai sofferenti e quando parliamo della comunicazione interpersonale autentica, si fa sempre maggior riferimento all'atteggiamento di empatia.

Disporsi in atteggiamento empatico verso una persona significa realizzare quel processo kenotico di disponibilità, d'ascolto attivo e di desiderosa comprensione che implica l'adozione di un punto di riferimento altrui, spogliandosi dai pregiudizi e disponendosi ad un accoglimento impegnato.

Adottare l'atteggiamento empatico nei riguardi della persona e del complesso mondo dell'HIV-Aids, ci potrebbe portare a:

- leggere la realtà a partire dalla realtà stessa, vale a dire, con una buona dose di realismo e, quindi, di "precisione" nella percezione dell'individuo e del fenomeno incarnato in ogni persona, in ogni gruppo, in ogni cultura, nel mondo in generale;
- realizzare programmi di prevenzione e d'assistenza con e dall'ottica dei più vulnerabili e colpiti;
- considerare che anche i programmi destinati a lottare contro la povertà (nelle sue molteplici manifestazioni) devono accettare la povertà quando essa si manifesta sotto la forma del fallimento o dell'impossibilità d'ottenere tutto, evitando sia il desiderio di perfezionismo che lascia fuori i più deboli, sia l'anticonformismo verso gli esiti realisti e possibili;
- vederci più uguali gli uni rispetto agli altri, riconoscendo la nostra medesima condizione umana ed imparando dalla propria vulnerabilità e dalle proprie cicatrici, perché siamo dei guaritori feriti;
- proporre degli obiettivi realisti che portano alla radice dei problemi e conformi anche a ciò che è veramente raggiungibile, tenendo conto degli aspetti culturali, dell'ambiente sociale e familiare, della struttura della personalità, della storia d'ognuno, di quanto ognuno abbia interiorizzato i valori;
- lavorare dal basso, a partire dagli atteggiamenti e dalle strutture che generano le condizioni della vulnerabilità all'HIV, in vista della trasformazione della realtà;
- lasciarsi interpellare dall'alterità, ascoltarla ed umilmente imparare da essa;
- capire i significati singoli delle esperienze di chi è colpito dalla malattia e identificare le risorse di ognuno per promuovere al massimo possibile la salute fisica, psichica, emozionale, relazionale e spirituale;
- confrontare quei comportamenti dei malati che non sono salutari né per se stessi né per gli altri, soltanto dopo aver realizzato un'accoglienza incondizionata della sua persona e dopo aver imparato l'arte di una persuasione che non sia né manipolatrice né coercitiva.

⁵² Cfr. HÄRING B., "Liberi e fedeli in Cristo", II, Paoline, Roma 1980.

⁵³ Cfr. BOFF L., "Hablemos de la otra vida", Sal Terrae, Santander 1979, p. 176.

⁵⁴ Cfr. NOUWEN H. J. M., "Ministero creativo", Queriniana, Brescia 1982, p. 26.

⁵⁵ FASSINO S., "Aspetti psicologici dell'Aids", in: GRILLONE V. – DAVANZO G. – FASSINO S., "Aids, prevenzione, cura, assistenza", Camilliane, Torino 1991, p. 126.

⁵⁶ Cfr. SANDRIN L., "Iglesia, comunidad sanante", San Pablo, Madrid 2001.



Rayong - Thailandia. Bambini del Camillian Social Center

Il disporsi in atteggiamento empatico implica anche un costo personale perché l'ascolto ci fa entrare in contatto con la nostra vulnerabilità; richiede un grado d'umiltà e di maturità sufficienti perché i propri limiti, evocati nell'incontro con l'altro, si trasformino in risorse (non siano dei blocchi o generino degli atteggiamenti rigidi), aumentando la vicinanza umana e generando una libertà di spirito.

Il disporsi in atteggiamento empatico verso la persona affetta da HIV richiede che s'insegni a gestire con intelligenza emozionale e morale i sentimenti suscitati nell'incontro con la vulnerabilità, imparando l'arte di relazionare ciò che è razionale con l'emotività, i sentimenti e i valori.

Il disporsi in atteggiamento empatico presuppone il coraggio di avventurarsi gestendo la paura della propria insicurezza e impotenza, addentrandosi nel mondo interiore dell'altro, anche quando questo provoca vertigine. La passione per l'altro e l'interesse "disinteressato" per tutto ciò che preoccupa l'altro hanno una valenza educativa e terapeutica.

2.7. La chiave del dialogo e l'inclusione di chi può restarne fuori

L'etica cristiana è un'etica di virtù, di superlativi. Si propone come un'utopia, come un ideale che tende al maggior bene possibi-

le, accettando talvolta il male minore e promuovendo dei programmi che tendono ad accompagnare i malati affinché raggiungano il massimo in salute anche nell'ambito morale.

In quella che Engelhart ha chiamato una società di "estranei morali", mi pare opportuno che la Chiesa, nel tentativo di essere veramente significativa, accetti il dialogo con la realtà, contribuendo al dibattito sociale che cerca una "etica dei minimi". In questo sforzo, siano privilegiati la

deliberazione e il dialogo nella ricerca del bene, superando così la fallacia naturalista (dal "è" deriva il "deve"), e cercando timidamente la verità e ciò che è buono – o quello che è meno cattivo –, specialmente nelle situazioni di conflitto etico.

Molti programmi assistenziali e d'integrazione tendono ad ottenere il massimo bene pensabile, e si può arrivare al paradosso per cui talune persone restano escluse dai programmi specifici intesi per promuovere l'integrazione. Fare pace con i limiti significa altresì accettare che si devono creare dei problemi per migliorare la qualità della vita, per ridurre i rischi, per minimizzare i comportamenti disadattati o distruttivi, senza però aspettarsi di ottenere dei "santi perfetti", usciti dalle mani di cristiani benintenzionati che chiedono la conversione in cambio del servizio reso e dell'assistenza.

2.8. La chiave dell'attenzione speciale verso la vulnerabilità agiunta

Accompagnare a vivere la sofferenza in mezzo all'HIV-Aids in maniera sana richiede un'attenzione particolare quando s'aggiungono alcuni aspetti come quelli associati alla tossicodipendenza, all'omosessualità, alla condizione di consacrazione religiosa o sacerdotale del malato, ai bambini.

Accompagnare un sieropositivo con un'identità personale molto definita da certe dinamiche personali, infatti, può significare affrontare delle particolari sfide. Con l'avanzare della malattia può capitare che l'adozione di certe dinamiche e comportamenti non salutari costituisca un fattore di soddisfazione in relazione con la sua percezione come malato. La qualità dei rapporti dell'agente di pastorale, la fermezza nel credere e testimoniare che vale la pena di vivere in mezzo alle difficoltà, saranno motivo di confronto e stimolo nell'accompagnare – con la valenza educativa della relazione pastorale – a ricostruire l'identità del sieropositivo.⁵⁷

Se la tendenza della persona infetta dal virus è omosessuale, l'accompagnamento pastorale dovrà essere attento anche a questo aspetto della personalità del malato e a quanto esso implica nella sua percezione della malattia. Certe indicazioni invitano a prendere coscienza empaticamente, prima di una qualsiasi considerazione morale al riguardo, della complessità e nel contempo della peculiarità d'ogni caso. Invitare a ciò che effettivamente è possibile, smascherare i falsi sentimenti di col-

pa, aiutare a evitare le reazioni di ghetto, accompagnare nel proprio modo di vivere la solitudine.⁵⁸ È ovvio che “accogliere una persona sofferente di Aids non significa approvare o disapprovare un determinato stile di vita, bensì dimostrare alla società il modello di quell'amore incondizionato che la Chiesa ha verso una persona per la quale Cristo è morto”.⁵⁹

Non vogliamo nemmeno dimenticare la particolare sofferenza che accompagna le persone affette da HIV quando essi sono dei religiosi consacrati, sacerdoti o candidati.⁶⁰ Esistono alcune iniziative di riflessione e assistenza al riguardo.⁶¹ Ciò nonostante, la conoscenza di quanto si pratica in alcune diocesi e istituti religiosi sul test dell'HIV prima d'ammettere i candidati, fa pensare alla necessità di criteri di riferimento che risultino da una serena ed aperta riflessione al riguardo.⁶²

CONCLUSIONE

Oltre ad sperimentare soddisfazione e gioia per quanto la Chiesa sta facendo per i malati di Aids, sia nell'ambito dell'assistenza, sia in quello della prevenzione e della “carità

⁵⁷ Cfr. ZATTON GILLINI M.T., “Il momento educativo”, in GARGNEL – VICINI (a cura di), “Ricerca multidisciplinare su Aids e tossicodipendenza. Problemi, esperienza, prospettive”, Queriniana, Brescia 1992, pp. 261-275. Cfr. anche BERMEJO J. C., “Pastorale con i malati di Aids”, o.c., pp. 150-151.

⁵⁸ Cfr. THÉVENOT X., “Principi etici di riferimento per un mondo nuovo”, Elle Di Ci, Torino 1984, pp. 62ss. Cfr. inoltre: BERMEJO J. C., “Pastorale con i malati di Aids”, o.c., pp. 140-149.

⁵⁹ AA.VV., “Aids. Testimonianze e esperienze che interpellano i cristiani”, Queriniana, Brescia 1987, p. 193.

⁶⁰ AA.VV., “Farsi prossimi ai malati di Aids”, Elle Di Ci, Torino 1990, p. 45. In questo saggio è raccolto l'interesse manifestato dalla Conferenza Statunitense dei Superiori Maggiori attorno al tema. Si raccolgono però più interrogativi che criteri per il discernimento.

⁶¹ Cfr. il documento: “The Gospel Alive. Caring for persons with Aids and related illnesses. A pastoral document”. Si consulti anche AA.VV., “Farsi prossimi ai malati di Aids. Assistenza ai malati di Aids e delle malattie correlate”, Elle Di Ci, Torino 1990.

⁶² Uno dei problemi specifici dell'Aids in relazione alla vita consacrata e il sacerdozio, infatti, è quello del test per i candidati ed i professi temporanei. Sebbene il Diritto Canonico parli di condizioni di salute fisica e mentale (c. 597 e 1.029), e vieti ai religiosi che abbiano contratto una malattia fisica o psichica dopo aver emesso i voti temporanei la possibilità di rinnovare i voti o di professarli perpetuamente (c. 689), sorgono degli interrogativi sui criteri in base ai quali includere il test di HIV tra le condizioni per l'ammissione dei candidati. Inevitabilmente nascono degli interrogativi sulla motivazione del test, sul modo di farlo ottenendone un consenso consapevole e rispettando il carattere confidenziale dei risultati, così come sul peso decisivo o meno degli esiti riguardo all'ammissione, rifiutando l'ammissione ai sieropositivi. Cfr. SÁNCHEZ CARO J. – GIMÉNEZ CABEZÓN J. R., “Derecho y Sida”, Papfre, Madrid 1995, p. 11 e 25. bisogna dire che a tutt'oggi in alcune Diocesi, ameno in Paesi africani, e nelle Congregazioni religiose c'è l'esigenza di un test previo all'ammissione del candidato, rifiutandola a chi viene trovato positivo. Cfr. KEENAN J. F., “HIV testing of seminary and religious-orders candidates”, in “Review of Religious” n. 55 (1996), pp. 297-314. Abbiamo anche raccolto delle informazioni di prima mano da religiosi e sacerdoti di Kenya, Tanzania, Repubblica del Congo, Angola, Mozambico, Burkina Faso. Il problema del test quale requisito nell'accettazione di una persona si presenta anche in alcune imprese che lo richiedono prima di assumere un dipendente.

intellettuale”, bisognerebbe avere un udito attento per incidere su ciò che è veramente prioritario.

Von Eiff e Gründel⁶³ hanno detto che forse siamo di fronte ad un sintomo di immunodeficienza spirituale, espressione usata da Giovanni Paolo II, ma io credo che bisognerebbe centrare la riflessione su tutti i valori evocati e le reazioni scatenate dall'Aids, non solo su come si contagia. In questo modo s'interpellerebbero le riflessioni attorno alla sofferenza, la prevenzione, la giustizia, la responsabilità nei rapporti interpersonali, l'educazione, anche le dichiarazioni stesse, delle diverse richieste del Popolo di Dio che, se non sono bene centrate, potrebbero patire di quella patologia spirituale.

Di fronte a questa situazione, non possiamo fare a meno d'associarci all'appello di alcuni vescovi che premono per un'appropriata

preparazione degli agenti di pastorale che lavorano con questi malati.⁶⁴

Voglia Dio che le riflessioni fatte qui appor- tino qualcosa allo sforzo di porre sempre “più cuore nelle mani”, come amava dire San Camillo ai suoi seguaci nell'appassionante incontro con i malati. E aggiungerei anche “più cuore nelle menti” nel pensare all'Aids.

Anche i sofferenti di Aids, nel lasciarsi voler bene e curare, ci ricordano che è possibile essere un agente evangelizzatore dalla “cattedra della sofferenza”, poiché si è fermento d'amore in mezzo al dolore.

Per concludere, parafrasando mons. Oscar Romero, diciamo che “la Chiesa tradirebbe il suo stesso amore a Dio e la sua fedeltà al Vangelo se smettesse d'essere voce di chi non ha voce”.⁶⁵ Molti malati di Aids oltre a non aver voce potrebbero essere considerati come membri dei gruppi crocifissi.



⁶³ VON EIFF A. W., - GRÜNDEL J., “El reto del Sida”, Herder, Barcellona 1988, p. 111. Gli autori dicono: “D’altro canto, ci si domanda: l’Aids, come immunodeficienza acquisita di fronte alle piccole infezioni, è forse un sintomo di un’immunodeficienza spirituale più profonda?”.

⁶⁴ Cfr. AMIGO C., “El Sida: una pastoral sanitaria especializada”, s.e., Siviglia 1988. L’arcivescovo di New York, personalmente impegnato nell’assistenza ai malati, ha affermato che, a causa dell’ “allarmante situazione che si sta vivendo per la Sindrome d’Immunodeficienza Acquisita (Aids), tutti i sacerdoti e le religiose dovranno rendersi capaci nel trattamento specifico ed adeguato dei sofferenti di questa malattia”. Cfr. “Vida Nueva”, 1988 (1.630). anche la Conferenza dei Vescovi Cattolici del New Jersey, 18 giugno 1987, in Brunelli G., o.c., p. 123.

⁶⁵ Cfr. MONS. OSCAR ROMERO, “Quarta Lettera Pastorale”.