

REV. FRANCESCO DIANO*

Attualità e futuro della salute mentale: la prospettiva della Chiesa italiana per un modello possibile

Introduzione

A partire dai dati e dalle problematiche crescenti legate al mondo della salute mentale¹, l'impegno della comunità ecclesiale italiana in termini di possibili interventi di prevenzione e cura del disagio psichico è notevolmente cresciuto negli ultimi anni. Naturalmente, si tratta di un processo che ha avuto inizio diversi decenni fa: già nel 1989, ad esempio, sia la comunità ecclesiale che gli enti pubblici erano stati sollecitati, in una specifica *Nota*², a prestare la massima attenzione ai fenomeni crescenti della dimensione pervasiva della sofferenza psichica, con l'invito a prestare particolare cura alle famiglie dei malati. Un quindicennio dopo, nel 2003, la Caritas Italiana in collaborazione con l'Ufficio Nazionale per la Pastorale della Salute della Conferenza Episcopale Italiana (CEI), promuoveva un gruppo di lavoro e di studio che si incaricò di redigere un importante documento: *Un dolore disabilitato. Sofferenza*

* Rev. Francesco Diano – Nunziatura presso la Rappresentanza Pontificia del Madagascar, Antananarivo
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4100-4166>; e-mail: dfradiano@gmail.com

¹ Un dato di partenza è che secondo l'OMS, la dimensione della sofferenza mentale costituisce ovunque un fenomeno in aumento. Un computo approssimativo circa l'incidenza del disagio psichico certifica cifre notevoli: circa un miliardo di persone è attualmente in condizione di sofferenza mentale. Le proiezioni per il futuro parlano di un rischio di aumento proporzionale in grado di oltrepassare quello di malattie tradizionalmente più diffuse (ad esempio quelle cardiovascolari), includendo estensivamente in questa casistica anche, la sfera delle nuove patologie (addictions, ludopatie, ecc.). Cfr. World Health Organization, *mhGAP Mental Health Gap Action Programme: scaling up care for mental, neurological and substance use disorders*, Geneva 2008.

² Cfr. Conferenza Episcopale Italiana, *La Pastorale della Salute nella Chiesa Italiana, Linee di pastorale sanitaria*, Nota redatta dalla Consulta Nazionale per la Pastorale Sanitaria e dalla Consulta Ecclesiale delle opere caritative e assistenziali, <https://salute.chiesacattolica.it/> (accesso: 29.02.2020).

mentale e comunità cristiana, esplicitamente orientato a promuovere le dimensioni congiunte dell'attenzione, dell'accoglienza, della cura e della cultura sanitaria e sociale nei confronti dei malati psichiatrici³.

A qualche anno dopo, il 2006, risale il Convegno Nazionale dei Direttori degli Uffici Diocesani per la Pastorale della Salute, dal tema eloquente: *Fragilità psichica e mentale. Un grido silenzioso a cui rispondere come Chiesa e come società*⁴. È sulla base di queste esperienze che si svilupparono i primi centri di ascolto nelle diocesi. In tempi più recenti, in particolare nel settembre 2014, la Chiesa italiana si è fatta promotrice di un ulteriore importante Convegno, anche qui dal titolo esemplificativo: *La salute mentale: un'emergenza! La psichiatria in tempo di crisi*⁵. In tale occasione la CEI, attraverso l'Ufficio Nazionale della Pastorale della Salute e della Caritas, si è impegnata a dare concretezza alle problematiche emerse istituendo il cosiddetto "Tavolo Nazionale sulla salute mentale", composto da una quindicina di psichiatri tra i più importanti d'Italia e di referenti dei diversi ambiti di psicologia. A partire da queste iniziative, di stampo istituzionale, si è poi sviluppata, nel territorio nazionale, una ingente rete di azioni operative: dalle funzioni di ospitalità di molte famiglie, alle diocesi che hanno attivato numerosi centri di ascolto e servizi di accoglienza per soggetti affetti da patologie mentali sino ad arrivare all'azione delle centosessanta Residenze Sanitarie Assistenziali che risultano attive, indipendentemente dagli ospedali o dai presidi sanitari⁶.

1. Linee per una rivisitazione della diagnosi psichiatrica

Un elemento centrale di questa spinta verso la corretta considerazione dell'emergenza psico-sociale rappresentata dall'estendersi del disagio psichico è la necessità di ripensare alcune categorie stesse della diagnosi psichiatrica. In particolare, al di là del riconoscimento della persona umana come "totalità", su cui anche la cultura laica, converge nettamente, i punti essenziali su cui occorrerebbe insistere, nell'ottica di un coinvolgimento pieno della comunità ecclesiale, in termini di contenimento e "terapia" del disturbo mentale, possono essere così sintetizzati:

³ Cfr. Caritas Italiana, *Un dolore disabilitato. Sofferenza mentale e comunità cristiana*, Bologna 2003.

⁴ Cfr. *Fragilità psichica e mentale. Un grido silenzioso a cui rispondere come Chiesa e come Società*, Atti del Convegno Nazionale dei Direttori degli Uffici Diocesani per la Pastorale della Sanità, Chianciano Terme, 5-7 giugno 2006, <https://salute.chiesacattolica.it/wp.pdf> (accesso: 18.03.2020).

⁵ Cfr. *La salute mentale: un'emergenza! La psichiatria in tempo di crisi*, Convegno dell'Ufficio di Pastorale della Salute (CEI) e della Caritas, Roma, 27 settembre 2014, <https://www.caritas.it> (accesso: 18.01.2020).

⁶ Inoltre, per evitare il rischio di cedere come Chiesa alla "cultura dello scarto" la Conferenza Episcopale Italiana ha recentemente aperto il portale Web *Accolti.it* e ha promosso un *open day* delle strutture cattoliche che ospitano persone con fragilità di diverso tipo.

- *necessità di una cultura della presenza*: appaiono ancora troppo vistose le tendenze sociali all'isolamento del "diverso", specie nel caso dei soggetti psichiatrici. L'eliminazione dello stigma sociale, una penetrazione pastorale orientata all'inclusione, una corretta informazione degli operatori e dei cittadini costituiscono obiettivi urgenti ma ancora di difficile raggiungimento. Da più parti si sente l'esigenza che addetti ai lavori, amministratori di enti e l'insieme della comunità ecclesiale producano l'impulso necessario per la costituzione di "comunità sananti"⁷ capaci di ascolto, accoglienza e relazione terapeutica nei confronti del paziente psichiatrico. Una "cultura della presenza" in grado di accompagnare malati e famiglie nella promozione umana e nella risposta ai bisogni spirituali sembra improrogabile⁸;
- *nuova attenzione al trinomio "prevenzione, cura e ricerca"*: alla mobilitazione della comunità andrebbe affiancato il potenziamento della ricerca scientifica. In ragione delle statistiche sopracitate, il forte incremento di sofferenze psichiatriche e patologie neurologiche, in particolare le demenze e le neurodegenerative, impone scelte coerenti. Si tratta di un ambito in cui il concetto di "cura adeguata" deve ritradursi come in ottica di prevenzione e promozione della qualità di vita;
- *riconsiderazione della "domanda di senso"*: la sofferenza psichica pone chiaramente, in un'ottica non solo clinica, ma anche filosofico-religiosa, la domanda di senso. Quale reazione provoca la presenza di persone con disturbi mentali? Il contesto socio-culturale attuale sembra assistere inerme ad una sorta di profonda crisi antropologica che mira a rimuovere costantemente gli aspetti drammatici e "faticosi" dell'esistenza;
- *importanza della formazione*: si tratta di ripensare una tipologia di formazione integrale degli operatori sanitari e pastorali, in un'ottica di costante umanizzazione dei percorsi di cura, degli assetti relazionali, degli ambienti intersoggettivi. La formazione attuale sembra riduttivamente orientata più alle "malattie" che ai "malati". Una "cura globale" della persona impone una correlativa ricerca di "salute integrale" del paziente psichiatrico⁹. Il nodo è squisitamente concettuale: la salute non va più intesa

⁷ Cfr. *Chiesa italiana e salute mentale. Cultura del provvisorio, scarti e nuovi poveri: il disagio psichico al tempo della tecnoliquidità*, M. Angelelli, T. Cantelmi, A. Siracusano (a cura di), Savona 2018, p. 18.

⁸ Sulla necessità di una radicale "umanizzazione" della dimensione medica, cfr. G. Ghilardi, V. A. Tambone, *Filosofia e deontologia dell'agire medico. La medicina che vorremmo*, in: S. Filetti, S. Morini (a cura di), *L'umanizzazione della medicina globalizzata*, Città del Vaticano 2015, p. 15-42. Sugli aspetti pastorali della "cultura della presenza"; cfr. C. Arice, *Aspetti pastorali*, in: M. Angelelli, T. Cantelmi, A. Siracusano (a cura di), *Chiesa italiana e salute mentale 2. Futuro e benessere della mente*, Savona 2018, p. 63-68.

⁹ "Fare formazione in Salute Globale non vuol dire integrare i curricula universitari con tematiche specifiche, ma introdurre un nuovo modo di pensare e agire la salute per generare reali cambiamenti sia nella comunità sia nell'intera società. (...). Risulta cogente produrre

come mera *assenza di malattia* ma come realizzazione del bene personale del paziente¹⁰. Lo schema antropologico di riferimento pensa in questi termini l'essere umano nella sua molteplicità fisico-biologica, psichica, socio-culturale e spirituale. Indipendentemente dalla condizione clinica e dal grado di disabilità, queste dimensioni vanno armonizzate nello specifico contesto relazionale del paziente¹¹. La salute più che “stato di completo benessere”, secondo le ufficiali definizioni dell'OMS, va riletta come ricerca del bene possibile dell'individuo malato¹²;

- *accompagnamento pastorale*: appare necessario agli operatori sanitari il possesso di competenze specifiche per accompagnare pastoralmente i malati psichiatrici: il contrasto ai processi sociali di ghettizzazione passa sia per una comunità civile che si fa carico degli elementi deboli della società sia, soprattutto, in ottica cristiana, attraverso una comunità ecclesiale in grado di pronunciare, con la concretezza della carità, la parola risanatrice di Cristo per i malati più poveri ed emarginati¹³.

In questa prospettiva, i recenti orientamenti della Chiesa italiana sembrano riaffermare l'impegno della comunità ecclesiale nel prendersi cura dei malati

dei cambiamenti nelle attitudini dei medici nei riguardi dei determinanti della salute, nell'assistenza sanitaria e nel sistema sociale” (S. Bruno, W. Ricciardi, *Medicina globale e medicina globalizzata. La formazione dei nuovi professionisti della salute*, in: S. Filetti, S. Morini (a cura di), *L'umanizzazione della medicina globalizzata*, op. cit., p. 217. Sulla visione integrale della persona e sulla necessità di una prassi “olistica” della medicina, cfr. anche M. Cozzoli, *Operatori Sanitari: professione e valori*, in: M. Angelelli, *Uno sguardo che cambia la realtà. La pastorale della salute tra visione e concretezza*, Savona 2019, p. 63-68 e T. Proserpio, *L'urgenza della formazione degli operatori della pastorale della salute*, in: Ivi, p. 93-95.

¹⁰ “La salute non coinvolge unicamente il corpo ma l'*unitotalità dell'uomo*, e per tutelarla è primario vegliare anche sulle componenti psicologiche, sociali e spirituali, affiancando e intersecando il vocabolo salute con quello di salvezza essendo strettamente concatenati e possedendo le stesse coordinate. Non a caso, i due termini dispongono della stessa radice comune: *salus* cioè totalità, pienezza e realizzazione” (G. M. Comolli, *Compendio di Pastorale della Salute. Tutto esordisce con il Vangelo...*, Savona 2018, p. 69, un testo imprescindibile anche per la ricostruzione storica dell'azione della Chiesa cattolica nell'ambito della cura e della sanità).

¹¹ Su queste nuove “sfide” sanitarie, in particolare per quanto attiene alle cure palliative, cfr. M. G. De Marinis, A. Migliozi, S. Morini, P. Pellegrino, *Cura globale della persona nel modello assistenziale delle cure palliative*, in: S. Filetti, S. Morini (a cura di), *L'umanizzazione della medicina globalizzata*, op. cit., p. 195-211.

¹² Per un approfondimento circa la “paradossalità” della definizione di salute mentale dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), si rimanda alla lettura di A. R. Adad, L. O'grady, *How should health be defined*, “British Medical Journal” 337(2008), p. 345; F. Leonardi, *Il grande paradosso della salute, La salute non è uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale. Nuove prospettive*, Pisa 2015.

¹³ L'intervento sul disagio psichico costituisce oggi una parte rilevante della sfera di azione della più generale pastorale della salute, cioè dell'“azione multiforme della comunità ecclesiale, animata dallo Spirito Santo, per l'attuazione nel tempo del progetto di salvezza di Dio sull'uomo e sulla sua storia, in riferimento alle concrete situazioni di vita” (G. M. Comolli, *Compendio di Pastorale della Salute*, op. cit., p. 13).

psichiatrici nella loro globalità, corporea e spirituale, in un’ottica, anche politico-operativa, di sussidiarietà istituzionale e sociale. Un impegno, quello ecclesiale, che annovera tra gli ultimi e più importanti “provvedimenti” in tema di salute la *Nuova Carta degli Operatori Sanitari*¹⁴.

Un nuovo testo che rivede e aggiorna la prima Carta degli Operatori Sanitari, pubblicata nel 1995 dall’allora Pontificio Consiglio per gli Operatori Sanitari. Ora questo documento di aggiornamento è stato pubblicato dal nuovo Dicastero per il Servizio dello Sviluppo Umano Integrato. La *Nuova Carta*, alla luce dei mutamenti scientifici e clinici successivi all’anno della prima comparsa, si propone di apportare, sempre in riferimento al Magistero, nuovi elementi che tengano conto della ricerca in campo biomedico, farmacologico e bioetico.

Tra i punti più salienti della Carta, alcuni meritano menzione, circa la tipicità delle specifiche categorie che interessano l’*iter* diagnostico. Intanto, l’alleanza terapeutica. Gli operatori del mondo della salute svolgono la loro pratica quotidiana in una relazione interpersonale, che è contraddistinta proprio dall’alleanza terapeutica: la fiducia di una persona segnata dalla sofferenza e dalla malattia, che ricorre alla scienza e alla coscienza di un operatore sanitario che le va incontro per assisterla e curarla.

Poi, riguardo ad alcuni temi particolari della salute, la Nuova Carta mette in evidenza che il medico non è un mero esecutore delle richieste del paziente e conserva il diritto e il dovere di sottrarsi a volontà diverse dalla propria coscienza. Un esempio fra tutti: se l’eutanasia è richiesta in piena coscienza dal soggetto interessato, nessun operatore sanitario può farsi tutore esecutivo di un diritto inesistente. Ed eventuali legalizzazioni dell’eutanasia cessano di essere una vera legge civile, moralmente obbligatoria per la coscienza, suscitando invece un grave e preciso obbligo di opporsi ad esse mediante l’obiezione di coscienza. A tal proposito, la Nuova Carta ricorda ancora che tutelare la dignità di morire significa rispettare il malato nella fase terminale della vita, escludendo sia di anticipare la morte con l’eutanasia, sia di dilazionarla con il cosiddetto accanimento terapeutico¹⁵.

¹⁴ La struttura della Nuova Carta si sviluppa attraverso tre grandi sezioni: “generare, vivere e morire”, le tre fasi dell’esistenza umana in cui si sviluppa la vocazione degli operatori sanitari “ministri della vita”. In questa nuova edizione, l’attenzione è stata rivolta ad uno spettro più ampio delle persone coinvolte in ambito sanitario. Accanto ai classici operatori sanitari (medici, infermieri e ausiliari) sono state considerate anche altre figure che a vario titolo operano nel mondo della salute nei settori pubblici e privati, come biologi, farmacisti, operatori territoriali, amministratori e legislatori. Cfr. Pontificio Consiglio per gli operatori sanitari (per la pastorale della salute), *Nuova Carta degli Operatori Sanitari*, Città del Vaticano 2017. Si ricorda che, con il *Motu proprio “Humanam progressionem”* del 17 agosto 2016, papa Francesco ha disposto la soppressione del Pontificio Consiglio per gli Operatori Sanitari e che le sue funzioni sono ora esercitate dal nuovo Dicastero per il servizio dello sviluppo umano integrato; Pontificio Consiglio per la pastorale per gli operatori sanitari, *Carta degli Operatori Sanitari*, Città del Vaticano 1995.

¹⁵ Per una riflessione bioetica di orientamento etico-antropologico cristiano sul tema dell’eutanasia si rimanda alla pubblicazione della Pontificia Accademia per la Vita, *Il*

Infine, agli operatori sanitari e alle loro Associazioni professionali viene chiesto, ulteriormente, di farsi promotori di una sensibilizzazione delle istituzioni a tutela della salute di tutta la popolazione affinché si arrivi ad una giustizia sanitaria, salvaguardando la sostenibilità sia della ricerca che dei sistemi sanitari.

2. “Cooperatio” col mondo sanitario

In Italia, negli ultimi anni, il mondo della salute e della malattia è notevolmente mutato; di seguito a ciò, la Chiesa italiana, attraverso lo studio, l’approfondimento e l’impegno concreto ha cercato di rispondere alla seguente questione: stiamo reagendo efficacemente alle nuove domande e alle sfide che questo cambiamento pone?

La risposta a questo significativo interrogativo consiste essenzialmente in un reiterato invito rivolto alle Comunità ecclesiali di stabilire una *sana cooperatio*¹⁶ con il mondo della salute, considerato lo specchio della società attuale, in cui si riflettono gli orientamenti – positivi e negativi – e le problematiche che incombono sugli uomini e le donne del nostro tempo.

Sostanzialmente l’orientamento della Chiesa – illuminato dalla fede – non prende le distanze dalle teorie descrittive più accreditate tra le scienze umane e sociali per la comprensione dei fenomeni attuali circa l’ambito della salute e particolarmente della salute mentale, mostrando anche sotto questo profilo, come la *sana collaborazione* avviata dal Concilio Vaticano II, sia via privilegiata per un futuro di benessere. Tuttavia, affinché possa profilarsi una proficua cooperazione, è anche necessaria un’adeguata conoscenza della realtà del mondo della salute, quindi, dei punti di forza e di quelli deboli sui quali esso si regge. Molti sono gli aspetti positivi che caratterizzano tale mondo; Tra questi enumeriamo:

- le grandi conquiste della scienza e della tecnologia medica e il loro benefico influsso sulla qualità della vita umana;
- i significativi progressi socioculturali come l’applicazione delle indicazioni contenute nella Carta dei diritti dell’uomo alle più varie categorie di malati;

rispetto della dignità del morente. Considerazioni etiche sull’eutanasia, Città del Vaticano 2000.

¹⁶ Si fa qui riferimento alla peculiare prospettiva offerta dal Concilio Vaticano II con la Costituzione Pastorale *Gaudium et Spes* che al n. 76 nel menzionare i rapporti della Chiesa con la comunità politica e estensivamente con le Istituzioni utilizza il principio “funzionale” della *sana cooperatio*: “[...]La comunità politica e la Chiesa sono indipendenti e autonome l’una dall’altra nel proprio campo. Ma tutte e due, anche se a titolo diverso, sono a servizio della vocazione personale e sociale degli stessi uomini. Esse svolgeranno questo loro servizio a vantaggio di tutti in maniera tanto più efficace, quanto più coltiveranno una *sana collaborazione* tra di loro, secondo modalità adatte alle circostanze di luogo e di tempo. L’uomo infatti non è limitato al solo orizzonte temporale, ma, vivendo nella storia umana, conserva integralmente la sua vocazione eterna”. Cfr. Concilio Vaticano II, *Costituzione pastorale “Gaudium et Spes”*, Città del Vaticano 1965.

- l'esponenziale evoluzione dell'assistenza sanitaria dovuta al maggior coinvolgimento dei responsabili della "cosa pubblica", al sorgere delle professioni sanitarie e del fenomeno del volontariato che, nelle sue iridescenze, ha da sempre accompagnato la pratica sanitaria;
- la posta in essere di progetti che mirino a garantire la salvaguardia della salute a tutti con la conseguente proposta di programmi di salute comunitaria;
- l'attenzione specializzata a certe categorie di pazienti: anziani, malati cronici e in fase terminale;
- l'umanizzazione del servizio all'ammalato, con la conseguente elaborazione di sempre più efficaci forme di accompagnamento agli ammalati, congiunta allo sviluppo dell'etica medica e della bioetica, le quali godono di un notevole influsso da parte di valori cristiani e filantropici.

Congiuntamente ai punti di forza, è inevitabile una trattazione, seppur concisa, dei punti deboli del sistema sanitario, tra i quali annoveriamo:

- l'equivoca definizione di salute mentale dell'Organizzazione Mondiale della Sanità¹⁷, le problematiche finanziarie, le discrezionalità nel garantire l'accesso alle risorse sanitarie (piaga lampante in ogni paese del mondo, soprattutto in quelli meno industrializzati, i quali investono in un tipo di medicina biotecnica);
- l'elusione di programmi basati sulla prevenzione e l'educazione;
- le prese di posizione, da parte degli scienziati in ambito medico, scovre di ogni riferimento ai valori evangelici, generanti la tentazione di offrire soluzioni meccaniche a problemi propri della sfera metafisica, etica, religiosa, quali il dolore, la sofferenza e la domanda di senso, frutti dell'intelligenza dell'uomo e del cuore e la tentazione di poter debordare, "presuntuosamente", quei limiti insiti nella natura umana, da cui deriva l'esecrabile tendenza a rimuovere la realtà della sofferenza, della malattia, della morte, ostracizzando diversamente abili, anziani, malati terminali e vittime delle nuove malattie sociali;
- la mancata armonizzazione tra logica tecnica e logica etica la quale genera una discrepanza tra le conquiste scientifico-tecniche e l'attenzione all'ordine dei fini e dei valori, uno iato tra lo sviluppo delle specialità e l'attenzione all'uomo nella sua integralità, tra l'attenzione ai problemi fisici, materiali, corporali e le domande trascendenti e la formazione della spiritualità. Ne conseguono l'affievolirsi del rispetto della vita sia al suo nascere che al suo tramontare e un atteggiamento ambiguo nei confronti della salute, della sofferenza e della morte.
- La demistificazione dei valori incide negativamente sulla considerazione del malato come persona, sfociando in quel processo designato con il nome di disumanizzazione;

¹⁷ Cfr. F. Leonardi, *Il grande paradosso della salute, La salute non è uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale. Nuove prospettive*, op. cit.

- l'inquinamento della "casa comune"¹⁸, causata da esorbitanti ed egoistici interessi economici che compromettono la qualità stessa della vita;
- in ultima istanza è necessario considerare le ricadute negative di tutte le riforme sanitarie compiute dall'Italia durante questi ultimi decenni, il cui esempio significativo è rintracciabile nei paradossali effetti "non previsti" della legge 180/78 in tema di applicabilità¹⁹.

In secondo luogo, affinché si dia un efficace e fecondo concorso con il mondo della salute, occorre che venga messo in pratica un atteggiamento di propensione oltre sé, "dedito" all'alterità, dischiudendo, così, nuove vie di confronto, senza rinunciare alla propria "vocazione". Se viene trascurata l'alterità, si corre il pericolo di rinunciare ai valori evangelici, optando per un orizzontalismo che snatura la stessa missione evangelizzatrice. Mentre, una corretta visione dell'alterità porta la Chiesa a progettare con gli uomini e ad allearsi con tutta la parte sana del mondo sanitario, cooperando al suo potenziamento.

3. Gli ambiti della cooperazione

3.1. La sofferenza

La comunità ecclesiale non può allearsi, snaturandosi, con quella società animata dal veemente intento di debellare la sofferenza in tutte le sue sfaccettature. Nell'introduzione al rito dell'Unzione degli infermi si legge: "La chiesa incoraggia e benedice ogni ricerca e ogni iniziativa intrapresa per vincere le infermità, perché vede in questo una collaborazione degli uomini all'azione divina di lotta e di vittoria sul male" (n. 134)²⁰. La storia della Chiesa è anche storia di un costante fronteggiarsi con la sofferenza ma, al contempo, essa non può esimersi dal rilevare e tacciare certi aspetti devianti della pratica sanitaria e della mentalità comune.

In primo luogo, l'emergere di una *tendenza prometeica*²¹ che porta i più disparati settori medici e scientifici ad ignorare i limiti insiti nella natura umana e a ritenersi onnipotenti. L'incrementale sviluppo di mezzi sempre più sofisticati, suffragati da nuove teorie, suscita nell'uomo il desiderio di essere invulnerabile ed eterno.

¹⁸ Così Papa Francesco nella prima Enciclica dedicata all'ambiente definisce la terra, proponendo "un'ecologia integrale che deve portare ad impregnare tutta la società con la cultura della cura" (n. 230). Cfr. Francesco, *Laudato sii. Lettera Enciclica sulla cura della casa comune*, Città del Vaticano 2015.

¹⁹ Cfr. Legge 13 maggio 1978, n. 180, *Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori* (Pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n. 133 del 16 maggio 1978); S. D'Autilia, *Dopo la 180. Critica della ragione psichiatrica*, Sesto San Giovanni (MI) 2020.

²⁰ Cfr. *Rituale Romano*, riformato a norma dei decreti del Concilio Ecumenico Vaticano II e promulgato da Paolo VI, *Sacramento dell'Unzione e cura pastorale degli infermi*, Roma 1974.

²¹ Conferenza Episcopale Italiana, *Commissione Episcopale per il Servizio della Carità e la Salute, Predicate il Vangelo e curate i malati*. La comunità cristiana e la pastorale della salute, Nota pastorale, Roma 2006.

In secondo luogo, uno spostamento dei temi della salute, della sofferenza e della morte dal terreno del senso e del valore a quello della mera tecnica. Con accuratezza Buytendick afferma che “le enormi possibilità della medicina hanno tolto il problema del dolore (...) dalla sfera metafisica, morale e religiosa, trasferendolo nella sfera pratica”²². Sul piano esistenziale, questa disgiunzione della medicina dalla sua missione collaboratrice, serva della creazione e della redenzione, porta a rafforzare la tendenza a voler realizzare il destino umano prescindendo dal progetto di Dio sull’umanità²³. Non solo, ma apre la strada ad una “algofobia generalizzata, cioè ad un orrore della sofferenza, ad una preoccupazione ossessiva, quasi patologica, per la salute e un atteggiamento narcisista derivante dalla cura eccessiva verso il proprio corpo”²⁴.

Il rifiuto della condizione finita dell’uomo non è senza ripercussioni sul piano psicologico e spirituale. Infatti, il dramma costituito dallo scontro tra il progresso tecnico senza fine e l’ineluttabilità della morte, influisce negativamente sulla ricerca del senso della vita, sull’elaborazione di una scala di valori preservanti la persona umana e la natura, non mancando di causare drammi esistenziali e nevrosi noogeniche che sono all’origine di molteplici disagi. All’appoggio dato alla medicina perché difenda l’integrità dell’essere umano, riconosciuto nella sua grandezza, deve quindi unirsi l’invito a recuperare, accettare e rispettare la sua “debolezza creaturale che non mortifica la dignità ontologica ma carica di misterioso significato l’impedimento corporeo spingendo oltre il nostro sguardo”²⁵.

3.2. La promozione della salute

Il progresso scientifico-tecnico e l’evoluzione socioculturale hanno aperto nuove strade alla medicina. “Se, infatti, fino a ieri vi era solo una medicina dei bisogni (che si attuava nella triade di prevenzione-cura-riabilitazione) oggi esiste anche una medicina dei desideri la cui incidenza sociale non è meno forte. Inoltre se la medicina di ieri poteva al massimo ripristinare nella sua precedente integrità l’organismo oggi è in grado di perfezionarlo, di alterarlo, di manipolarlo perfino

²² F. J. J. Buytendick, *El dolor*, in: *Revista de Occidente*, Madrid 1958, p. 23-24.

²³ Un esempio tipico di questo orientamento può essere considerata la clonazione umana. Quest’ultima, “costituisce una radicale manipolazione della costitutiva relazionalità e complementarità che è all’origine della procreazione umana, sia nel suo aspetto biologico sia in quello propriamente personalistico. Infatti, tende a rendere la bisessualità un puro residuo funzionale, legato al fatto che occorre utilizzare un ovulo, privato del suo nucleo per dar luogo all’embrione-clone e richiede, per ora, un utero femminile perché venga portato a termine il suo sviluppo. In questo modo si attuano tutte le tecniche che si sono sperimentate in zootecnia, riducendo il significato specifico della riproduzione umana”. Cfr. Pontificia Accademia per la Vita, *Riflessione sulla clonazione*, Città del Vaticano 1997; (n. 3: *Problemi etici connessi alla clonazione umana*).

²⁴ Cfr. J. M. Velasco, *Mundo de la salud y evangelización*, in: Aa.Vv., *Congreso Iglesia y salud*, Madrid 1994, p. 218-219.

²⁵ Conferenza Episcopale Italiana, Commissione Episcopale per il Servizio della Carità e la Salute, *Predicate il Vangelo e curate i malati...*, op. cit.

nel suo assetto genetico. E poi ancora, se fino a ieri l'obiettivo prioritario della medicina era quello di far vivere oggi si pone anche quello di far vivere bene, quindi non solo la quantità ma anche la qualità della vita²⁶.

Siamo davanti ad un inaudito concetto di salute secondo il quale non è più sufficiente non ammalarsi e guarire, bensì occorre tendere verso una pienezza in cui siano soddisfatti non solo i bisogni primari, ma anche quelli che definiamo secondari "sconfinando impercettibilmente nel dominio del desiderio"²⁷.

Il panorama dei nuovi orientamenti della medicina è molto vasto; basti pensare alla medicina della riproduzione, alla medicina estetica, alla medicina dello sport, all'ingegneria genetica di tipo migliorativo, alle terapie centrate sul corpo.

L'ampliarsi delle applicazioni della medicina e i risultati cui esso dà luogo producono indubbi risultati positivi. Infatti, se da una parte, benessere e qualità della vita non possono non rimandare verso quella pienezza esistenziale e quella assolutezza qualitativa che caratterizzano l'esistenza nella sua dimensione escatologica, d'altra parte, aprono anche a conseguenze negative, come l'affievolirsi del rispetto della vita e il riduttivo concetto di salute. Invero, mentre si compiono ingenti e accaniti sforzi per prolungare la durata della vita e per produrla artificialmente, non si permette di nascere a chi è già concepito e si tende ad emarginare, sulla scia di una società sempre più irretita in un crasso materialismo, chi non è più ritenuto utile e redditizio: diversamente abili, anziani, morenti.

Inoltre, mentre si tende a promuovere la salute moltiplicando iniziative e metodi per valorizzarla, si giunge a fare di essa un valore assoluto di consumo, riducendola alla sola dimensione biologica o a pura vitalità, associandola prevalentemente alla bellezza e al mito dell'eterna giovinezza.

Di fronte a questi ambivalenti risvolti, la comunità ecclesiale è chiamata a evidenziare audacemente ed efficacemente l'apporto del messaggio cristiano alla crescita della persona umana. Anche Gesù, infatti, nello svolgimento della sua missione ha di mira la pienezza di vita dell'uomo: "Sono venuto perché abbiano la vita e l'abbiano in abbondanza" (Gv 10, 10). È vero, la salvezza di cui lui è foriero ha come scopo quello di elevare l'uomo alla partecipazione alla vita divina in un cammino di cooperazione, attraverso una relazione che spinge a uscire da se stessi e a assumere la propria responsabilità, non intercambiabile, nel mondo. Ciò, tuttavia, non significa che essa sia una salvezza disincarnata, non sollecita dell'esperienza gioiosa del vivere e del vivere in pienezza.

Nella prospettiva evangelica, la promozione della salute psicofisica e del benessere possono diventare epifenomeni del Regno instaurato da Cristo, apertura all'accoglienza della salvezza, indicatori di una condizione che troverà

²⁶ S. Leone, *Salute: approccio etico-pastorale*, in: *Dizionario di teologia pastorale sanitaria*, Torino 1997, p. 1095.

²⁷ *Ibidem*, p. 1093.

la sua piena realizzazione nell'era escatologica. Fa quindi parte del progetto divino il mettere in atto tutto ciò che è legittimo per assicurare delle condizioni sempre migliori di vita per tutti gli esseri umani. Questo impegno, che incombe sulla responsabilità dell'uomo, deve in primo luogo mirare alla crescita della persona umana in tutte le sue dimensioni, aprendosi anche a quell'alta vocazione alla trascendenza insita in ogni essere umano. In questa prospettiva la salute suppone "la migliore armonia possibile tra le forze e le energie dell'uomo, la spiritualizzazione più avanzata possibile dell'aspetto corporale e l'espressione corporale più bella possibile dello spirituale. La vera salute si manifesta come autorealizzazione della persona pervenuta a quella libertà, che mobilita tutte le energie per compiere la sua vocazione umana integrale"²⁸.

Le indicazioni di cui è assertore il vangelo di Cristo, riguardanti l'accompagnamento della persona nella sua integralità, hanno un orizzonte ancora più ampio. Esse, infatti, sono animate dalla consapevolezza che lo scopo della vita umana si situa ben oltre l'immediatezza del benessere materiale e che l'essere umano è destinato a pregustare la perfetta beatitudine, sin d'ora. Si tratta soprattutto di entrare nell'amicizia con Dio, di nutrirsi della sua tenerezza e della sua fiducia, anche quando si è confrontati con il limite inerente la condizione umana, particolarmente manifesto nei momenti di sofferenza fisica, in cui il corpo è dilaniato dalla malattia. Pur nei limiti della infermità o della disabilità, la persona umana può realizzarsi e acquisire quella bellezza che resta invariata anche quando non collima con i parametri culturali.

La salvezza operata da Cristo, nella dinamica del mistero pasquale, di morte e di risurrezione, è fonte di salute. Ciò implica una necessaria moderazione delle passioni, un superamento dell'egoismo per attuare una migliore distribuzione delle risorse, un consenso alla realtà, condizione indispensabile per una crescita autentica. Fuori da quest'ottica si rischia di far scadere la fede in un servizio medico o in un ingrediente solo capace di dotare la persona di una maggiore serenità e di un buon rapporto con se stessi. In questo deprecabile caso, si correrebbe il rischio di strumentalizzare la fede ai fini del benessere psicofisico della persona umana, cullando quest'ultima nel suo desiderio di invulnerabilità e immortalità.

3.3. Umanizzazione

Un ultimo "ambito" in cui la comunità ecclesiale è chiamata alla cooperazione con il mondo della salute è costituito dall'umanizzazione del servizio reso al malato, nelle strutture sanitarie e nel territorio²⁹. Al fine di

²⁸ B. Haering, *Perspectives chrétiennes pour une médecine humaine*, Paris 1975, p. 157.

²⁹ Cfr. S. Filetti, S. Morini (a cura di), *L'umanizzazione della medicina globalizzata*, Città del Vaticano 2015. Nel paragrafo titolato: *Attualità dell'umanizzazione nell'insegnamento di medicina: esperienze di salute globale con gli studenti*, gli Autori mettono in luce i punti di forza di un profilo formativo integrato di tipo biomedico-psicosociale, ispirato al meta-paradigma della complessità della medicina e l'applicazione del medesimo ad alcuni progetti. Tra questi ultimi, viene illustrato "Sulle tracce del diritto alla salute", progetto nato dalla

realizzare una proficua e *sana cooperatio* è necessario che questo processo di umanizzazione sia affidato anche all'ambito specificamente pastorale affinché si imprimi all'intero operato un volto più umano e si rivesta di un'autentica valenza evangelizzatrice.

Nell'offrire il proprio contributo, il credente non solo apre la porta all'evangelizzazione di tale mondo, ma compie già attività evangelizzatrice; quanto egli compie, in rapporto alle istituzioni sanitarie nella loro interezza e ai pazienti, è infatti parte integrante della sua missione apostolica, e non, come erroneamente si è indotti a credere, marginale azione del suo ministero. Il credente è chiamato a proclamare, con indefessa convinzione, che l'uomo, anche nella condizione di degrado fisico e mentale, mantiene il suo *status* di figlio di Dio e, in quanto tale, merita di essere trattato come persona e aiutato a riacquistare la salute nel senso integrale del termine.

Nell'interpretare e nello spiegare l'inquietante fenomeno di degrado umano nel servizio al malato, il credente non dovrà affidarsi, riduttivamente, alle sole categorie socio-psicologiche. Limitato sarebbe il suo apporto se, oltre che alle molteplici cause invocate – quali gli interessi politici ed economici, l'eccessiva burocratizzazione del sistema assistenziale, l'inadeguata efficienza amministrativa, i conflitti contrattuali, il deterioramento della scala dei valori che rende più ardua la considerazione del malato come persona – egli non facesse appello anche al “peccato”, derivandone la conclusione che alla radice di ogni riforma umanizzante è corrispondente la conversione del cuore, prima che delle strutture. Infatti, in una visione religiosa delle cose, il primo obiettivo dell'umanizzazione del mondo sanitario è costituito dalla promozione di quei valori – come il rispetto della persona, la giustizia, la fraternità, la solidarietà – necessari alla costituzione di un ordine nuovo. Tali valori non vanno necessariamente di pari passo con il progresso materiale e tecnico e possono realizzarsi anche in condizione di povertà.

Conclusioni

Quali percorsi intraprendere per poter realizzare autenticamente una sana cooperazione con il mondo sanitario?

Innanzitutto è indispensabile che la comunità ecclesiale sia guidata da un progetto significativo, risultato sia di una visione ispirata dalla Parola di Dio sia da un'attenta considerazione e analisi della realtà. A tal proposito, occorre saper coniugare armoniosamente tradizione e progettualità. Se è vero il fatto che, da una parte, la tradizione senza progettualità ci porta al conservatorismo e al mantenimento dello *status quo*, è altrettanto vero dall'altra parte che, l'innovazione senza la tradizione conduce all'utopia.

collaborazione tra il Dipartimento di Sanità Pubblica e Malattie Infettive dell'Università di Roma “Sapienza”, l'area sanitaria della Caritas Diocesana di Roma ed il Segretariato Italiano Studenti in Medicina (SISM).

La recente letteratura pastorale identifica tale progetto nella creazione di una *comunità ecclesiale sana e sanante*³⁰. Una comunità, cioè che sia fonte di salute, capace di arricchire tutte le sue attività (catechesi, liturgia, promozione umana, carità) con la forza rinnovatrice racchiusa nella salvezza offerta da Gesù. Ciò può essere attuato seguendo varie modalità.

In primo luogo presentando Gesù come modello di persona sana e sanante. L'immagine di Gesù che ci restituiscono i Vangeli è quella di una persona dotata di profonda maturità e straordinario equilibrio. Investe le sue energie di mente e di cuore, saggiamente armonizzate, nel progetto alla cui realizzazione è stato chiamato dal Padre. Il suo amore per l'uomo si traduce nell'esercizio di una competenza relazionale caratterizzata da una proporzionata unione di tenerezza e fermezza. Vibra alla bellezza della natura, è sensibile alla sofferenza degli uomini, combatte contro il male e l'ingiustizia. Accoglie gli aspetti negativi dell'esperienza con coraggio, senza ignorarne l'ingente peso, annunciando la certezza di un mondo nuovo e una pienezza di vita sana e salutare. In Lui, la condizione umana mostra il suo volto redento e le sue aspirazioni più profonde trovano compimento.

Favorendo, poi, che il ministero orientato alla cura dei malati e alla promozione della salute non si svolga solo negli ospedali, ma anche nel territorio (un esempio sono le parrocchie³¹); che non si esprima unicamente attraverso la celebrazione dei sacramenti, ma anche attraverso un accompagnamento che prenda in considerazione la totalità della persona

³⁰ Cfr. L. Sandrin, *Comunità sanante. Dalla pastorale della salute alla salute della pastorale*, Savona 2019. Inoltre si vedano, G. M. Comolli, *Compendio di Pastorale della Salute. Tutto esordisce con il Vangelo...*, Savona 2018; M. Angelelli, *Uno sguardo che cambia la realtà. La pastorale della salute tra visione e concretezza*, Savona 2019.

³¹ Si riporta a titolo esemplificativo di quanto soprascritto che, l'11 dicembre 2019 è stato firmato dal Direttore generale dell'Azienda Sanitaria locale Roma 1, Angelo Tanese, e dal Vescovo ausiliare delegato per la Pastorale della salute, Mons. Paolo Ricciardi, l'accordo esecutivo per la sperimentazione del progetto "Infermiere di parrocchia", figura prevista da un precedente accordo firmato lo scorso luglio da don Massimo Angelelli, direttore dell'Ufficio nazionale per la pastorale della salute della Cei, e dallo stesso Tanese. Scopo dell'iniziativa, si legge in un comunicato, "favorire una presenza e una collaborazione degli operatori sanitari dell'azienda con la rete sociale delle parrocchie, in modo da raggiungere le persone portatrici di maggior bisogno di cura e assistenza, promuovere la salute e la prevenzione, facilitare i percorsi di accesso alle cure". In questo modo, aveva spiegato don Angelelli, "raggiungiamo chi non riesce a intercettare i servizi messi a disposizione dallo Stato". Le parrocchie individuate nell'accordo sono San Saturnino, Nostra Signora del SS. Sacramento e Santi martiri canadesi e San Pio V, che si uniscono alla parrocchia di Selva Candida, già oggetto di accordo con la diocesi di Porto-Santa Rufina. La sperimentazione partirà, oltre che nell'Asl Roma 1, anche nelle Aziende sanitarie Cuneo 2 e Matera, che hanno sottoscritto analoghi accordi con le diocesi di riferimento. A tale scopo, sono stati avviati subito, percorsi di formazione che coinvolgono congiuntamente infermieri e referenti delle comunità parrocchiali, utili a condividere obiettivi, strumenti e modalità operative di un prototipo di infermiere di comunità in parrocchia. Cfr. A. Guerrieri, *Intesa con la Cei a servizio della comunità. Nasce l'"infermiere di parrocchia"*, <https://www.avvenire.it/attualit> (accesso: 15.09.2019).

ammalata, compresa la sua famiglia; che coinvolga l'intera comunità ecclesiale, nei diversi ministeri, e non sia compito solo di alcuni membri del Popolo di Dio. Infatti, una comunità che celebra l'eucaristia è chiamata a esprimere la sua adesione al Cristo anche e soprattutto nel servizio dei poveri, dei malati, degli ultimi, congiungendo indissolubilmente, preghiera e carità.

Un terzo passo è costituito dalla progressiva messa in atto di un'*ecclesiologia di comunione*, uno dei frutti più belli della riflessione teologica degli ultimi cinquant'anni³². In tale visione di Chiesa viene superata la struttura piramidale della comunità ecclesiale – in cui la gerarchia (vescovi e sacerdoti) è al vertice, mentre i religiosi e soprattutto i laici, sono tenuti in uno stato di sudditanza – instaurandosi, così, l'immagine della Chiesa come Popolo di Dio, in cui ogni cristiano si sente coinvolto e corresponsabilizzato nella promozione del regno di Dio.

In tale nuova ecclesiologia, la comunione viene presentata come organica, cioè nella diversità e complementarietà, come è magistralmente enunciata nell'Esortazione Apostolica post-sinodale *Christifideles Laici*: “La comunione ecclesiale si configura, più precisamente, come comunione organica, analoga a quella di un corpo vivo e operante: essa, infatti, è caratterizzata dalla copresenza, dalla diversità e dalla complementarietà delle vocazioni e condizioni di vita, dei ministeri, dei carismi e delle responsabilità (n. 20)”³³.

Grazie a questa diversità e complementarietà ogni membro si trova in relazione con tutto il corpo ecclesiale e ad esso offre il suo proprio contributo. Il fine della comunione è l'evangelizzazione, come afferma ancora la *Christifideles Laici*: “Operai della vigna sono tutti i membri del Popolo di Dio: i sacerdoti, i religiosi e le religiose, i fedeli laici, tutti a un tempo oggetto e soggetto della missione di salvezza. Tutti e ciascuno lavoriamo nell'unica vigna del Signore con carismi e con ministeri diversi e complementari (n. 55)”³⁴.

Difficilmente i singoli componenti della comunità ecclesiale possiedono una risposta risolutiva: essa può essere fecondata solo col dialogo, il confronto

³² “Questa corrente entra nel Vaticano II, anche se il primo schema del *De Ecclesia* rispecchiava ancora la vecchia concezione, ma la *Lumen Gentium* segna il passaggio da un'ecclesiologia societaria a una di comunione. Dopo il Concilio la categoria di comunione è diventata centrale, quasi unica, nozione capace di risolvere i problemi lasciati aperti dalla categoria di società. Società e comunione sono veramente le due porte di ingresso per l'ecclesiologia. Il valore di questa categoria, oltre che nei suoi riferimenti biblici, il concetto di *koinonia* (comunione) che è più biblico sicuramente di quello di società, si spiega anche per ragioni antropologiche, ognuno di noi sente il bisogno di rapporti “vivi” con gli altri. Ma le ragioni non sono propriamente antropologiche, ma teologiche, la *communio* è in grado di sintetizzare tutto il rapporto con Dio. Non è irrilevante ricordare anche le motivazioni ecumeniche, sull'ecclesiologia di comunione c'è il consenso tra le chiese”. Cfr. M. Salerno, *Vocabolario teologico: “Ecclesiologia di comunione”*, <http://www.testimonianzecristiane.it> (accesso: 7.03.2020).

³³ Cfr. Giovanni Paolo II, *Christifideles Laici*, Esortazione Apostolica post-sinodale, Città del Vaticano 1988.

³⁴ *Ibidem*.

e la cooperazione. In particolare, la comunione operativa tra i vari carismi non mancherà di assicurare, oltre che un arricchimento reciproco, una più incisiva efficacia nella missione. Inoltre, la comunione e la collaborazione non possono crescere se non sono coltivate con intelligenza ed amore attraverso *specifici obiettivi*, a livello sia diocesano che parrocchiale:

- prestare un'attenzione particolare alle istituzioni sanitarie e sociosanitarie presenti nelle diocesi: ospedali, case di cura, residenze per anziani, case di accoglienza per differenti categorie di persone in situazione di bisogno. Esse sono opere di Chiesa, e quindi parte integrante della comunità ecclesiale, chiamate a collaborare alla sua missione evangelizzatrice attraverso l'esercizio della carità misericordiosa verso gli ammalati e la promozione della salute, ponendosi come modelli di servizio ispirato al vangelo;
- al fine di garantire un edificante accompagnamento spirituale e necessario continuare e potenziare l'esperienza delle cappellanie ospedaliere miste, costituite da sacerdoti, diaconi, religiosi/e, laici;
- coordinare e animare efficacemente le associazioni e i gruppi operanti nel mondo della sofferenza e della salute, in ambito sia diocesano che parrocchiale;
- valorizzare maggiormente il ruolo del malato e della donna nel mondo sanitario;
- esternare una predilezione particolare alle categorie di malati più emarginate: infermi psichiatrici, carcerati con infermità mentali³⁵, anziani e morenti.

Il quarto e ultimo passo è costituito dalla promozione di programmi formativi efficaci. È doveroso riconoscere che durante le ultime decadi, come abbiamo avuto modo di sottolineare ampiamente, sono sorte svariate iniziative formative, sia a livello accademico che di aggiornamento. Si sono moltiplicati i Centri di formazione e la letteratura sulla pastorale della salute ha conosciuto un esponenziale incremento tanto dal punto di vista quantitativo che qualitativo. Ad un'attenta osservazione, però, appare che l'accento sia stato posto più sull'informazione che sulla formazione. L'informazione mira alla riduzione dell'ignoranza cognitiva, mentre la formazione è finalizzata a far maturare atteggiamenti e comportamenti. La prevalenza data all'informazione viene confermata dallo scarso cambiamento verificatosi nella pratica pastorale di molti operatori pastorali.

La formazione è valida solo quando ciò che si impara e si impartisce, mira al cambiamento e accresce il sapere incidendo negli ambienti in cui si opera. Per ridurre la distanza tra l'essere e il dover essere della pratica pastorale nel mondo della salute, occorre una formazione specializzata, dove teoria e pratica – sotto supervisione – si integrino armoniosamente in maniera che il sapere

³⁵ Tra le categorie più emarginate, quella dei carcerati e detenuti con infermità mentali, meriterebbe una menzione a sé, ma ci limitiamo in questo contesto a rimandare a C. Matarazzo (a cura di), *La Chiesa in carcere. Il Documento base di pastorale nell'ambito del penale e prassi di misericordia*, Bologna 2018.

illumini il fare e l'operare vitalizzi e renda contestualizzato il bagaglio culturale. Tale formazione deve rivolgersi a tutte le dimensioni della personalità, orientandole alla pratica di quella carità pastorale che costituisce l'anima del ministero del mondo della salute.

Il discorso sulla formazione specializzata rischia però di essere poco redditizio se non vengono stabiliti dei parametri cui i vari operatori devono conformarsi. È quanto già stato compiuto in molti paesi d'Europa e dell'America del Nord. In numerose ricerche compiute dagli anni '50 in poi, è risultata una correlazione significativa tra il disagio del cappellano ospedaliero e la quantità e qualità della formazione specializzata ricevuta³⁶.

La realizzazione dei passi indicati sopra dipenderà molto dalla programmazione pastorale compiuta a vari livelli: nazionale, regionale, diocesana, parrocchiale. Nel processo della programmazione il progetto viene tradotto in obiettivi concreti, tenendo conto delle risorse disponibili e stabilendo i tempi di realizzazione. Nel caso in cui venga a mancare una valida programmazione si incorre facilmente nel rischio di un'azione pastorale, disgregata, improvvisata, ripetitiva.

* * *

Actuality and future of mental health: the perspective of the italian Church for a possible model

Summary

The specific perspective from which the Italian Church moves its reflection on mental health germinates and flourishes within the National Office of Health Pastoral Care of the Italian Episcopal Conference (CEI) and through the concrete commitment of Caritas. The various themes that will follow have as a common matrix the Conferences of the last fifty years launched by this office, dedicated to the theme "The Italian Church and mental health".

The starting point is that, according to the WHO, the extent of mental suffering is an increasing phenomenon everywhere. An approximate calculation of

³⁶ A titolo esemplificativo, su questo tema, si possono prendere in considerazione gli accesi scambi di opinione avvenuti su *The Lancet* nel 1945: per alcuni mesi, psichiatri e medici ospedalieri tentarono di arginare le posizioni antiscientifiche di alcuni sacerdoti e cappellani che vedevano, nella pratica psicanalitica e nelle procedure psichiatriche, null'altro che un ricalcare – mistificandoli attraverso l'aura di scientificità della psichiatria – i ministeri della confessione e il percorso di conversione a cui è sottoposto il fedele (cfr. W. Brown, *Psychiatrist and Priest*, in: *The Lancet*, 246, 6376 (1945), p. 613). Poi, nel 1951, attraverso uno scambio epistolare su *The Lancet*, stimolato dalla pubblicazione nello stesso anno del volume di L. Weatherhead, *Psychology, Religion, and Healing*, (Hodder and Stoughton, London, 1951), medici e religiosi si affrontarono sul tema dell'efficacia della medicina e della religione sulla guarigione del paziente e su quanto, ciascuna delle due discipline, potesse influire sullo stato di salute effettivo.

the incidence of mental distress certifies remarkable figures: about one billion people are currently in a state of mental distress.

The National Office for Health Pastoral Care of the CEI in 2017, after years of research and studies, also inaugurated the “National Table on Mental Health” made up of professionals from the world of health, pastoral care and more.

The anthropology and the experience of the Church, with regard to the right to health, aims to assume a different and higher vision of rights and teaches that the commitment to promote the life of every man comes before economic and political interests or simply utilitarian that make life “slave”.

Starting from the Italian social context, we will try to clarify some fundamental aspects to which the Church is trying to give answers, through pastoral paths that are difficult to implement.

Keywords: Mental health, Italian Church, WHO, Psychic disorder, Anthropology, New pathologies.

Bibliografia

- Adad A. R., O’Grady L., *How should health be defined*, “British Medical Journal” 337(2008).
- Angelelli M., Cantelmi T., Siracusano A. (a cura di), *Chiesa italiana e salute mentale, Chiesa italiana e salute mentale. Cultura del provvisorio, scarti e nuovi poveri: il disagio psichico al tempo della tecnoliquidità*, Savona 2018.
- Angelelli M., Cantelmi T., Siracusano A. (a cura di), *Chiesa italiana e salute mentale 2. Futuro e benessere della mente*, Savona 2018.
- Angelelli M., *Uno sguardo che cambia la realtà. La pastorale della salute tra visione e concretezza*, Savona 2019.
- Brown W., *Psychiatrist and Priest*, in: *The Lancet*, 246, 6376, 1945.
- Buytendick F. J. J., *El dolor*, in: *Revista de Occidente*, Madrid 1958.
- Caritas Italiana, *Un dolore disabitato. Sofferenza mentale e comunità cristiana*, Bologna 2003.
- Comolli G. M., *Compendio di Pastorale della Salute. Tutto esordisce con il Vangelo...*, Savona 2018.
- Concilio Vaticano II, *Costituzione pastorale “Gaudium et Spes”*, Città del Vaticano 1965.
- Conferenza Episcopale Italiana, *Commissione Episcopale per il Servizio della Carità e la Salute, Predicate il Vangelo e curate i malati*, La comunità cristiana e la pastorale della salute, Nota pastorale, Roma 2006.
- Conferenza Episcopale Italiana, *Fragilità psichica e mentale. Un grido silenzioso a cui rispondere come Chiesa e come Società*, Convegno dei Direttori degli Uffici Diocesani per la Pastorale della Sanità, Chianciano Terme 2006, <https://salute.chiesacattolica.it/wp.pdf> (accesso: 18.03.2020).
- Conferenza Episcopale Italiana, *La Pastorale della Salute nella Chiesa Italiana, Linee di pastorale sanitaria*, Nota redatta dalla Consulta Nazionale per la Pastorale Sanitaria e dalla Consulta Ecclesiale delle opere caritative e assistenziali, <https://salute.chiesacattolica.it/> (accesso: 29.02.2020).
- Conferenza Episcopale Italiana, *La salute mentale: un'emergenza! La psichiatria in tempo di crisi*, Convegno dell’Ufficio di Pastorale della Salute e della Caritas, Roma 2014, <https://www.caritas.it> (accesso: 18.01.2020).
- Conferenza Episcopale Italiana, *Rituale Romano*, riformato a norma dei decreti del Concilio Ecumenico Vaticano II e promulgato da Paolo VI, *Sacramento dell’Unzione e cura pastorale degli infermi*, Roma 1974.
- D’Autilia S., *Dopo la 180. Critica della ragione psichiatrica*, Sesto San Giovanni (MI) 2020.

- Filetti S., Morini S. (a cura di), *L'umanizzazione della medicina globalizzata*, Città del Vaticano 2015.
- Francesco, *Laudato sii. Lettera Enciclica sulla cura della casa comune*, Città del Vaticano 2015.
- Giovanni Paolo II, *Christifideles Laici*, Esortazione Apostolica post-sinodale, Città del Vaticano 1988.
- Guerrieri A., *Intesa con la CEI a servizio della comunità. Nasce l'“infermiere di parrocchia”*, <https://www.avvenire.it/attualita> (accesso: 15.09.2019).
- Haering B., *Perspectives chrétiennes pour une médecine humaine*, Paris 1975.
- Legge 13 maggio 1978, n. 180, *Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori*, (Pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n. 133 del 16 maggio 1978).
- Leonardi F., *Il grande paradosso della salute, La salute non è uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale. Nuove prospettive*, Pisa 2015.
- Leone S., *Salute: approccio etico-pastorale*, in: *Dizionario di teologia pastorale sanitaria*, Torino 1997.
- Matarazzo C. (a cura di), *La Chiesa in carcere. Il Documento base di pastorale nell'ambito del penale e prassi di misericordia*, Bologna 2018.
- Pontificia Accademia per la vita, *Il rispetto della dignità del morente. Considerazioni etiche sull'eutanasia*, Città del Vaticano 2000.
- Pontificia Accademia per la Vita, *Riflessione sulla clonazione*, Città del Vaticano 1997.
- Pontificio Consiglio per gli operatori sanitari (per la pastorale della salute), *Nuova Carta degli Operatori Sanitari*, Città del Vaticano 2017.
- Salerno M., *Vocabolario teologico*, <http://www.testimonianzecristiane.it> (accesso: 7.03.2020).
- Sandrin L., *Comunità sanante. Dalla pastorale della salute alla salute della pastorale*, Savona 2019.
- Velasco J. M., *Mundo de la salud y evangelización*, in: Aa.Vv., *Congreso Iglesia y salud*, Madrid 1994.
- Weatherhead L., *Psychology, Religion, and Healing*, London 1951.
- World Health Organization, *mhGAP Mental Health Gap Action Programme: scaling up care for mental, neurological and substance use disorders*, Geneva 2008.