

Gian Maria Comolli

"APPUNTI"  
DI "PASTORALE  
DELLA SALUTE"



PER  
"DIACONI PERMANENTI"  
E  
"MINISTRI STRAORDINARI  
DELLA COMUNIONE EUCHARISTICA"

# INDICE

## PRESENTAZIONE

## FONDAMENTI DELLA PASTORALE DELLA SALUTE

Cap. 1. Cos'è la Pastorale della Salute

Cap. 2. Alcuni Documenti del Magistero della Chiesa

Cap. 3. Il contesto societario

## I SOGGETTI DELLA PASTORALE DELLA SALUTE

Cap. 4. I malati

-Chi è il malato

-Cosa attende il malato?

Cap. 5. Territorio, parrocchia e famigliari dei malati

-Il malato e il territorio

-Il malato e la parrocchia

-Il malato e la sua famiglia

## COME PREPARARCI A COMUNICARE CON IL SOFFERENTE

Cap. 6. Sofferenza e morte nel contesto societario contemporaneo

-“Sofferenza”, tematica scontata ma ostica

-“La morte” che allontaniamo

-La morte nel “vissuto personale”

Cap. 7. La risposta cristiana alla sofferenza e alla morte

-La sofferenza “spiegata” dal Signore Gesù

-La morte: il più bello deve ancora avvenire

Cap. 8. Per una comunicazione efficace

-Rilievo della comunicazione

-Elementi per comunicare “autenticamente” con il sofferente

-La Relazione d'aiuto

## BIBLIOGRAFIA

## PRESENTAZIONE

*Offro questi “Appunti” di Pastorale della Salute prevalentemente a due categorie che esercitano ministeri particolari nella Chiesa e che hanno un contatto privilegiato con il malato: i **Diaconi Permanenti** e i **Ministri Straordinari della Comunione Eucaristica**.*

*Il mio è un “umile contributo” alla loro formazione globale, e non intende assolutamente gareggiare con i molteplici corsi che diocesi o parrocchie già propongono.*

*Però, ho l'impressione e lo affermo con estremo rispetto, che a volte è carente “l'educazione al rapporto con il sofferente”. Si tratta ampiamente di teologia, di biblica, di sacramentaria e di liturgia... ma poco di relazione con il sofferente.*

*Quanti Diacono Permanenti seguono i malati e gli anziani delle loro parrocchie.*

*Quanti Ministri Straordinari della Comunione Eucaristica si recano presso le abitazioni dei sofferenti per donargli il conforto dell'Eucarestia, e lì incontrano i malati e i famigliari, che spesso attendono parole d'incoraggiamento, di consolazione e di speranza. Ma per essere credibili ed efficaci è indispensabile la formazione!*

*Questi “Appunti”, come si può notare dall'indice, vogliono supportare il lettore:*

*-a comprendere l'attuale contesto socio-sanitario con tutte le difficoltà e le conseguenze che presenta;*

*-a conoscere il malato e le sue attese come pure quelle dei famigliari;*

*-ad interrogarsi su temi che stanno a cuore al malato, in primis quelli della sofferenza e della morte, convinto che potremo intrattenerci con loro unicamente dopo un serio e profondo discernimento personale.*

*Da ultimo saranno indicate alcune metodologie di comunicazione.*

*Offro tutto “in punta di piedi” ma sicuro che anche questo è un servizio al bisognoso d'aiuto. E' la mia esperienza di ventisei anni da cappellano ospedaliero.*

# FONDAMENTI DELLA PASTORALE DELLA SALUTE

## Cap. 1 - Cos'è la Pastorale della Salute

### La Pastorale della Salute

La "Pastorale della Salute" è la risposta evangelizzante che la Chiesa, sacramento di salvezza, offre come "comunità sanante", ai malati, ai loro famigliari e a chi li assiste.

Approfondiamo questa definizione.

### **Cos'è la "pastorale"?**

La pastorale è "l'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"<sup>1</sup>.

Di conseguenza, la pastorale, impegna il battezzato ad essere un adeguato e pregevole "testimone" del Signore Gesù e "coinvolge" la parrocchia, la famiglia, la scuola, il mondo del lavoro, i mass-media...; cioè tutto e tutti! Dunque, il cristiano, è "testimone del Signore Gesù" e un "membro vivo ed attivo della Chiesa". Ha ammonito papa Francesco: "Se la Chiesa rinunciasse a testimoniare il Signore Gesù si trasformerebbe in una 'ONG assistenziale'; anzi peggio: "Quando non si confessa Gesù Cristo, si confessa la mondanità del diavolo, la mondanità del demonio" (14 marzo 2013).

### **Cos'è la "Pastorale della Salute"?**

"La pastorale della salute è la presenza e l'azione della Chiesa finalizzate all'evangelizzazione del mondo sanitario attraverso l'attualizzazione della presenza liberatrice, sanante e salvatrice di Cristo, nella potenza dello Spirito Santo"<sup>2</sup>.

Alcuni elementi caratterizzanti questa pastorale:

- è continuazione dell'azione sanante di Cristo;
- è finalizzata all'evangelizzazione e, di conseguenza, alla costruzione del Regno di Dio;
- è missione di tutta la comunità cristiana;
- si realizza annunciando la Parola e operando l'azione caritativa in un specifico contesto storico e culturale come risposta alle esigenze del mondo della salute.

---

<sup>1</sup> R. TONELLI, *Pastorale giovanile. Dire la fede in Gesù Cristo nella vita quotidiana*, LAS, Roma 1986, pg. 16.

<sup>2</sup> A. BRUSCO – S. PINTOR, *Sulle orme di Cristo medico*, EDB, Bologna 1999, pg. 37.

### ***Il fondamento della “Pastorale della Salute”***

Il prototipo e il riferimento della Pastorale della Salute è il Signore Gesù che intersecò nella sua missione redentrice due atteggiamenti: la “cura delle anime” con la predicazione e la “cura dei corpi” con le guarigioni. I dati biblici mostrano che le guarigioni costituirono una componente prioritaria ed essenziale del ministero del Messia. “Circa un quinto dei Vangeli tratta delle guarigioni operate da Gesù e riporta le riflessioni fatte in quelle circostanze. Dei 3779 versetti dei Vangeli, 727 riguardano specificatamente la guarigione di malattie fisiche, mentali e le risurrezioni. Per questo Gesù è riconosciuto come un grande guaritore e venerato con il titolo di medico, non solo delle anime ma anche dei corpi”<sup>3</sup>.

E, il Signore Gesù, affidò agli apostoli questo impegno: “Chiamati a sé i dodici diede loro il potere di scacciare gli spiriti immondi e di guarire ogni sorte di malattia e di infermità” (Mt. 10,1). Da allora, fino ad oggi, l’attività della Chiesa, fu sempre accoppiata alla cura. E’ interessante notare, anche se spesso lo si dimentica, che la Pastorale della Salute ha agito nel corso dei secoli non solo assistendo il malato spiritualmente ma anche accogliendolo e curandolo con istituzioni che da centinaia di anni sorreggono e difendono i più deboli (sofferenti, fragili, scarti della società...). Hanno affermato i vescovi italiani: “Il ‘Vangelo della carità’ ha saputo scrivere, in ogni epoca, pagine luminose di santità e di civiltà in mezzo alla nostra gente: è ininterrotta la catena dei santi e delle sante che con la forza del loro amore operoso hanno dato testimonianza al Vangelo e reso più umano il volto del nostro Paese. E’ un’eredità che serve custodire, approfondire e rinnovare”<sup>4</sup>.

### ***Raggio di azione della “Pastorale della Salute”***

La Pastorale della Salute ha un amplissimo raggio d’azione poiché ogni anno, milioni di persone, sono ricoverate nelle centinaia di aziende sanitarie diffuse nel nostro Paese, e altre migliaia di malati sono presenti “sul territorio”, cioè presso le loro abitazioni affetti da patologie croniche o degenerative, oppure perché anziani non autosufficienti. Troviamo, inoltre, una moltitudine di individui che lavorano nelle strutture come medici, ricercatori, infermieri, amministrativi, oppure operano da volontari.

La Pastorale della Salute si dedica a loro, abbracciando un target vasto e variegato e molteplici settori riguardanti la salute e la malattia, l’ospedale e il territorio, la cura e l’assistenza, la ricerca e la sperimentazione, le politiche

---

<sup>3</sup>C. VENDRAME, *La guarigione dei malati come parte integrante dell’evangelizzazione*, “Camillianum” 2 - 1991, pg. 30.

<sup>4</sup>CONFERENZA EPISCOPALE ITALIANA, *Evangelizzazione e testimonianza della carità*, n. 11.

sanitarie e l'equa allocazione delle risorse, l'educazione alla salute e la prevenzione. "Il mondo della salute" è "il crocevia delle grandi speranze e dei grandi drammi che colpiscono l'umanità, drammi d'ingiustizia, di violenza, di mancanza d'amore, di etica sviata, di peccato, ma anche luoghi dove l'amore e la generosità celebrano significativi trionfi"<sup>5</sup> "E' a questo mondo, caratterizzato da luci ed ombre, che la Chiesa, in forza della sua missione, è chiamata ad aprirsi, animata da speranza, da spirito di collaborazione e dalla volontà di rendere un contributo essenziale alla salvezza dell'uomo"<sup>6</sup>.

La Pastorale della Salute indica inoltre alcuni "percorsi" affinché "l'azione guaritrice" del Signore Gesù possa concretizzarsi nella sanità attuale, a servizio della vita, ponendosi a fianco della medicina e dell'assistenza e fornendo risposte ai quesiti esistenziali, poiché come ricordava O. Wilde: "Là dove c'è il dolore, il suolo è sacro".

Dunque, "il mondo della salute, è 'terra del Vangelo'! In questo luogo dove convivono generosità ed egoismo, richiami materialistici e desiderio di spiritualità, proclamazione di diritti e ingiustizie di fatto, la Chiesa è chiamata a offrire la luce e l'orientamento del Vangelo"<sup>7</sup>.

## Conclusioni

Contemplando "il modello esemplare del Signore Gesù" che ha guarito ma soprattutto ha incontrato numerosi malati, cogliamo l'incoraggiamento per comprendere e valorizzare l'azione della Chiesa nel "pianeta sanità" dal quale, come singoli e come comunità, non possiamo essere assenti.

---

<sup>5</sup>A. BRUSCO, *La Pastorale Sanitaria nell'attuale contesto sociale*, Salcom, Bresso di Bedero –Va 1999 pg. 30.

<sup>6</sup> CONSULTA NAZIONALE CEI PER LA PASTORALE DELLA SANITÀ, Nota *La Pastorale della Salute nella Chiesa Italiana*, 1989, n. 12.

<sup>7</sup> COMMISSIONE EPISCOPALE PER LA CARITÀ E LA SALUTE, Nota *Predicate il Vangelo e curate i malati. La comunità cristiana e la Pastorale della Salute*, 2006, n. 18.

## Cap. 2 - Alcuni Documenti del Magistero della Chiesa

Molteplici sono i Documenti del Magistero della Chiesa sulla Pastorale della Salute; noi ne evidenzieremo tre che riteniamo i principali: la Lettera Apostolica “Salvifici doloris” di san Giovanni Paolo II; “La Pastorale della Salute nella Chiesa Italiana”, della Consulta Nazionale CEI per la Pastorale della Sanità; “Predicate il Vangelo e Curate i Malati. La comunità cristiana e la Pastorale della Salute” della Commissione Episcopale per il Servizio della Carità e della Salute.

### **Giovanni Paolo II, Lettera Apostolica “SALVIFICI DOLORIS” (1984)**

#### **Premessa**

L' 11 febbraio 1984 san Giovanni Paolo II divulgò la Lettera Apostolica: “Salvifici doloris”, illustrando e commentando la lacerante esperienza della sofferenza umana. Fu il primo Documento di un pontefice che affrontò sistematicamente l'argomento.

Presentando il testo, il Papa, riassunse il significato: “Ho ritenuto opportuno e significativo nell'Anno Santo della Redenzione esortare tutti i cristiani a meditare, con più profondità e maggiore convinzione, sul valore insostituibile della sofferenza per la salvezza del mondo. Tale Lettera vuole essere di aiuto a guardare a Cristo crocefisso e accettare il ‘Vangelo della sofferenza’ con amore e coraggio nel disegno misterioso, ma sempre amoroso, della divina provvidenza. Infatti, ciò che per la ragione rimane inscindibile enigma, per la fede alla luce del Cristo morto e risorto diventa messaggio di elevazione e di salvezza” (9 febbraio 1984).

Dal Documento emergono due impegni.

-I sofferenti devono essere i “privilegiati” dalla comunità cristiana e la loro cura un impegno costante.

-Alla sofferenza umana va riservato un adeguato spazio nella catechesi e nell'educazione alla fede.

#### **Struttura della Lettera Apostolica**

La Lettera è composta da 8 capitoli suddivisi in 31 paragrafi.

*Nell' introduzione* si evidenzia che la Chiesa deve perseguire l' incontro con l'uomo particolarmente “sulla via della sofferenza” essendo questa condizione inseparabile dall'esistenza della persona (cfr.: nn. 1-4): “il tema della sofferenza è un tema universale che accompagna l'uomo ad ogni grado della longitudine e

della latitudine geografica: esso, in un certo senso, coesiste con lui nel mondo, e perciò esige di essere costantemente ripreso” (n. 2).

*Nella seconda parte:* “il mondo dell’umana sofferenza”, sono analizzati “i rapporti” tra la sofferenza e le altre dimensioni umane (cfr.: nn. 5-8).

*Nella “terza parte”,* il Papa, indaga sulle risposte da offrire al dolore, soprattutto quello dell’innocente. Con questi paragrafi, san Giovanni Paolo II, corregge delle opinioni comuni ma errate: il rapporto tra “peccato individuale” e “sofferenza”; “dolore” come “punizione” per le colpe commesse (cfr.: nn.9-13).

*La “quarta parte”* è intitolata: “Gesù Cristo: la sofferenza vinta dall’amore” (cfr.: nn.14-18). Cristo ha sconfitto definitivamente il peccato e la morte; dunque “la parola ultima e definitiva” non è loro ma del Messia. Ciò si realizzò percorrendo “un itinerario di amore”: Dio donò il suo Figlio al mondo ed Egli accettò l’atroce morte in croce.

Il contenuto *della “quinta parte”* è riassunto nella titolazione: “Partecipi delle sofferenze di Cristo” (cfr.: nn. 19-24). Il Papa, riferendosi ad alcuni brani delle Lettere di san Paolo, illustra sinteticamente “la teologia della croce e della gloria” per indicare come si attua, anche oggi, la “partecipazione mistica” alla corporeità storica del Cristo sofferente.

*La “sesta parte”,* “Il Vangelo della sofferenza” (cfr.: nn. 25-31), espone la rilevanza della testimonianza anche mediante l’ accettazione delle affezioni personali e apostoliche. E, imitando l’esempio di Cristo, ogni uomo è invitato ad identificarsi con il “buon Samaritano” il soggetto *della “settima parte”* (cfr.: nn. 28-30) che mostra che il Vangelo è l’antitesi della disperazione e della passività (cfr.: n.30).

L’ impegno per attenuare le affezioni umane deve vincolare tutti, particolarmente chi opera nel settore sanitario (cfr.: n. 31).

### **La Lettera Apostolica è riassumibile in sei temi**

-Cos’è la sofferenza.

-Perché esiste la sofferenza.

-Cristo, mediante un gesto d’amore, presenta il significato della sofferenza.

-Il cristiano è invitato a condividere le sofferenze del Signore Gesù.

-“Vivendo” il Vangelo della sofferenza.

-“Assumendo” le caratteristiche del buon Samaritano.

Approfondiamo alcuni temi.

### **“Il mondo dell’umana sofferenza” (parte seconda)**

La vita è continuamente ricattata dalle tribolazioni, dai pericoli e dalla morte. Malattie, calamità naturali, minacce terroristiche, violazione dei diritti della



persona, errori umani, rischio di autodistruzione... sono sempre in agguato. Dunque, nessuna esistenza o epoca storica, sfugge al dolore! Ognuno vorrebbe eliminare queste disavventure e sviluppare la sua esistenza senza intoppi poiché la sofferenza appare assurda. Di fronte a tali "illogicità" e alla quotidiana pervasa dalla fatica, dal dolore, dagli anni che scorrono velocemente, l'uomo si interroga. Molti, come C. Bernard, affermano: "Non mi lamento di soffrire, ma di soffrire per nulla"<sup>8</sup>, oppure come J. Cotureau dichiarano: "Non credo in Dio. Se Dio esistesse sarebbe il male in persona. Preferisco negarlo piuttosto che addossargli la responsabilità del male"<sup>9</sup>.

Il Papa, ben conscio dell'enigmaticità e dell'intangibilità del dolore, cita due considerevoli sofferenze profondamente radicate nell'umano: la "sofferenza fisica" (il dolore del corpo) e la "sofferenza morale" (il dolore dell'anima) (cfr.: n.5).

Evidenzia, poi, alcune "esperienze" di sofferenza presenti nell'Antico Testamento:

- la propria morte o quella dei figli, particolarmente i primogeniti e i figli unici;
- l'assenza di prole poiché con la propria dipartita tutto si conclude;
- la nostalgia per la Patria quando il popolo d'Israele fu esule a Babilonia;
- la persecuzione e l'ostilità dell'ambiente;
- la derisione e l'abbandono da parte degli amici e dei vicini;
- l'incomprensione della prosperità dei malvagi e dei patimenti dei giusti.

In queste pagine, anche se non citati esplicitamente, sono menzionati i vocaboli di "salute" e di "malattia" secondo l'accezione oggi più diffusa che illustreremo in seguito. Infine, salute e malattia, non sono eventi unicamente personali ma anche societari investendo le scelte della collettività e alla comunione e alla solidarietà (cfr.: n. 8).

### **"Alla ricerca della risposta all'interrogativo sul senso della sofferenza"** (parte terza)

Alcuni interrogativi riguardanti la sofferenza: "Che senso hanno le disavventure che mi hanno colpito? Che cosa ho commesso per essere castigato? Perché Dio mi punisce così duramente?...". Domande complesse che coinvolgono lo stesso Dio!

Un esempio, tra i più espressivi, è Giobbe il giusto perseguitato da innumerevoli avversità e sciagure. Il Libro di Giobbe esordisce narrando la prosperità di questo uomo giusto (cfr.: 1,1-5) che, improvvisamente, s'interrompe ed è "messo alla prova" da orrendi e molteplici dolori (privato dei beni, dei figli e delle

---

<sup>8</sup> L. JERPHAGNON, *Le mal et l'esistence*, Cerf, Paris 1955, pg. 139.

<sup>9</sup> J. COTUREAU, *Thomas l'imposteur*, NRF, Paris 1923, pg. 78.

figlie e soggetto di gravi malattie). Immediatamente, in Giobbe, scaturisce la domanda propria di ogni uomo: “Che colpe ho commesso? (cfr.: cap. 3). Tre conoscenti tentano di convincerlo che le disavventure sono conseguenze degli orrendi reati da lui commessi. Tutto è consentito da Dio, assolutamente giusto, per proteggere “l’ordine di giustizia” del cosmo. Giobbe, però, contesta queste affermazioni ritenendosi una vittima innocente ma, da credente, persevera nel confidare nell’Assoluto (cfr.: 42,2-4). Il dramma più intollerabile è “il silenzio di Dio”; attende una risposta e non si dà pace finché non l’ottiene. E questa fiducia, alla fine, è vincente! Dio rimprovera i tre conoscenti e il racconto termina affermando: “(di nuovo) possedette quattordicimila pecore e seimila cammelli, mille paia di buoi e mille asine. Ebbe anche sette figli e tre figlie (...). Dopo tutto questo, Giobbe visse ancora centoquarant’anni e vide figli e nipoti di quattro generazioni” (42,12-16).

Dunque, la sua sofferenza “innocente”, deve essere accolta come “mistero”, non avendo l’uomo la capacità di penetrare con la sua miserabile intelligenza questo meandro. Il Libro di Giobbe, osserva il biblista G. Helewa, mostra che “un individuo può soffrire, e soffrire molto, senza che per questo debba essere ritenuto in qualche modo colpevole e da Dio punito”<sup>10</sup>. Anzi, “l’autore ha voluto farci assistere ad una metamorfosi: da grande sofferente alla ricerca di Dio quale era, Giobbe si è convertito in un grande credente che ha trovato il suo Dio”<sup>11</sup>.

Quindi, Dio, è il “colpevole” o il “lontano” dalla sofferenza?

La Dottrina cristiana non approva l’interpretazione che escluda totalmente Dio dall’argomento, anche se si è concordi nel riconoscere che il Creatore non è l’origine del dolore conseguenza del peccato originale e causato da svariate situazioni, come pure non condivide la “visione dolorista” che nel passato ha mitizzato le varie affezioni della vita. La tendenza attuale è di celebrare il pregio e la grandezza della vita e della salute. Da qui, l’obbligo morale, della tutela del proprio ben-essere, anche se, sottolinea il Papa, pure i patimenti sono impregnati di significati. Ma per intuire ciò è basilare fissare lo sguardo alla “rivelazione dell’amore divino” manifestato pienamente nell’Incarnazione.

#### **“Gesù Cristo: la sofferenza vinta dall’amore” (parte quarta)**

Questa parte sottolinea l’essenzialità della nascita di Cristo, descritta da san Giovanni Paolo II citando il testo dell’evangelista Giovanni: “Dio infatti ha tanto amato il mondo che ha dato il suo Figlio unigenito, perché chiunque crede in lui

---

<sup>10</sup> G. HELEWA, Voce: *Sofferenza – Approccio biblico (A.T.)*, in AA. VV., *Dizionario di teologia pastorale sanitaria*, Camilliane, Torino 1997, pg. 1169.

<sup>11</sup> *Sofferenza – Approccio biblico (A.T.)*, op. cit., pg. 1700.

non muoia, ma abbia la vita eterna” (Gv. 3,16). Dio, dunque, offre al mondo il Figlio che non abolisce la sofferenza ma le conferisce un inedito contenuto. E, il Cristo, lo comprese pienamente e totalmente. Infatti, nella sinagoga di Nazaret, all’inizio del suo ministero “pubblico” esordì leggendo un brano del profeta Isaia ed affermando che la profezia si stava realizzando: “Lo Spirito del Signore è sopra di me, per questo mi ha consacrato con l'unzione e mi ha mandato per annunciare ai poveri un lieto messaggio, per proclamare ai prigionieri la liberazione, ai ciechi la vista; per rimettere in libertà gli oppressi e predicare un anno di grazia del Signore” (Lc. 4,18-19). Sostengono i teologi M. Flick e Z. Alszeghy: “Cristo è il Liberatore, Cristo è il Guaritore; Cristo è colui che viene a liberare la creazione dalla servitù del peccato che l'ha coinvolta e viene a ricostruire il ‘disegno prioritario’ della creazione; Cristo è colui che assumendo la natura umana dà un significato al dolore”<sup>12</sup>.

Il Messia ha liberato ogni persona dalla schiavitù, dalla sofferenza e dalla malattia, ridonandogli “gli equilibri” della salute fisica e morale, del rapporto con Dio, con gli altri e con il creato. L’essenza della riflessione del Papa è il seguente: nel mondo sono presenti la sofferenza e il male essendosi troncato l'equilibrio tra l'uomo e se stesso, tra uomo e uomo, tra uomo e cosmo, tra uomo e Dio. Ciò è riconducibile al “peccato originale”. Spiega Helewa: “Dal racconto della creazione, traspare l’ intenzione di scagionare il Creatore e di non fare risalire, alla creazione come tale, le disarmonie che rendono penosa l'esistenza umana. L’uomo soffre perché, allontanandosi da Dio, si è procurato questa disgrazia: è espulso dal giardino, (cfr.: Gn. 3, 23) ossia non è più nella condizione di avvalersi di un rapporto integro con il suo Creatore (...). Cedere alla lusinga del tentatore (cfr.: Gn. 3,1-7) è più che un errore mentale: è una ribellione a Dio, la hybris di una creatura che si rifiuta di gestire come tale i propri giorni. Genesi, dunque, dei mali che proliferano nella storia e pesano sull'essere umano è la tremenda realtà del peccato”<sup>13</sup>.

Cristo, assumendo il dolore e la morte, situazioni comuni a tutti gli uomini, divenne realmente “uno di noi” ma, con la sua divinità, spezzò la tragica frontiera del dolore, fecondò il soffrire, schiuse il morire all'alba della risurrezione. Da ciò scaturì “la rinnovata umanità dei figli di Dio” (cfr.: Rm. 6,6) e la “nuova Gerusalemme”, quando dalla terra rigenerata si affaccerà un “inedito cielo” (cfr.: Ap. 21,1-2) e nascerà, come da un parto sofferto, la “nuova creazione” (cfr.: Rm. 8,19-22).

Questo è l’ annuncio del cristianesimo, l’unica religione che presenta Dio coinvolto “in prima persona” nella salvezza dell'uomo. La redenzione è un gesto

---

<sup>12</sup> M. FLICK- Z. ALSZEGHY, *Il mistero della croce*, Morcelliana, Brescia 1978, pg. 155.

<sup>13</sup> Cfr.: *Sofferenza – Approccio biblico (A.T.)*, op. cit., pp. 1664-1665.

di amore totale, poichè il Creatore liberò l'uomo "non da lontano" o dall'esterno della storia, ma "dal di dentro" e da vicino, condividendone il suo destino. Il Signore Gesù, afferma il Papa, con la croce ha mozzato il male alla radice (cfr.: n. 13). Puntualizza il cardinale G.F. Ravasi che l'esperienza del male rimane "si" angosciante come un carcere, ma l'ingresso del Figlio di Dio in questo carcere segnò una svolta: esso non è sbarrato per sempre, in un'immanenza che si consuma in se stessa, ma viene aperto per un 'oltre' "14.

#### **"Partecipi delle sofferenze di Cristo"** (parte quinta)

Nella quinta parte, san Giovanni Paolo II sostiene che la sofferenza dell'uomo, condividendo quella redentiva di Cristo, è rilevante "per tutti" cioè per la società e per il mondo. La sofferenza "offerta" è un capitale che la persona "consegna a Dio" per le esigenze del cosmo e per la salvezza di altri uomini. Inoltre, un patimento donato anche se il corpo è profondamente ferito, totalmente inabile, incapace di agire, costituisce un'espressiva lezione per i sani e si trasforma in fonte redentrice.

Il riferimento di questa "partecipazione" è la "teologia" di san Paolo ed ha come nucleo centrale "l'incorporazione a Cristo e le sue conseguenze". Essendo il battezzato porzione di un "unico corpo" con il Signore Gesù, i suoi e nostri patimenti ora sono eguali; per questo, anche il dolore dell'uomo, assume un pregio di espiatione. Dunque, la redenzione di Cristo è incompleta? "No", risponde il Papa; "questo significa solo che la redenzione, operata in forza dell'amore soddisfattorio, rimane costantemente aperta a ogni amore che si esprime nell'umana sofferenza. In questa dimensione - nella dimensione dell'amore - la redenzione già compiuta fino in fondo, si compie, in un certo senso, costantemente" (n.24).

Per comprendere questa affermazione dobbiamo compiere tre passaggi.

*-Dalla sofferenza di Cristo alla sofferenza del cristiano.*

Alcuni brani di san Paolo pongono in un rapporto consequenziale la sofferenza del Cristo e quella del cristiano: "Perciò sono lieto delle sofferenze che sopporto per voi e completo nella mia carne quello che manca ai patimenti di Cristo a favore del suo corpo che è la Chiesa" (Col. 1,24). "Infatti come abbondano le sofferenze di Cristo in noi, così per mezzo di Cristo abbonda anche la nostra consolazione; come siete partecipi delle sofferenze così lo siete anche delle consolazioni" (2Cor. 1,5-7); (cfr. anche 2Cor. 4,8-10; Rm. 12,1).

---

<sup>14</sup> G.F. RAVASI, *Sulle tracce di un incontro. Soglie del mistero per credenti in cammino*, San Paolo, Milano 201, pg. 81.

*-L'incorporazione a Cristo e le sue conseguenze.*

E' l'argomento cardine della teologia paolina. Ha come riferimento la Seconda Lettera ai Corinzi (cfr.: 12,12-13,27) che ci parla del corpo e delle sue membra e la Lettera ai Romani (cfr.: 6,3-5) che esamina la rilevanza del battesimo che nei primi secoli del cristianesimo era amministrato per "immersione". Il battezzato "riemergeva" dall'acqua "rinato a vita nuova", cioè era, a quel punto, tutt'uno con "il corpo di Cristo" e, di conseguenza, destinato alla risurrezione e alla vita eterna.

*-La valorizzazione delle sofferenze "in" Cristo.*

Essendo ora l'uomo "un unico corpo con Cristo", le sofferenze del Signore Gesù e quelle del battezzato sono conformi.

Il sacrificio di Cristo "è completo" ma la sofferenza dell'uomo si trasforma in "espiatrice" quando la persona è "unita a Lui".

### **"Il Vangelo della Sofferenza" (parte sesta)**

Nella sesta parte, il Papa, ripropone nuovamente e più intensamente alcune nozioni già espresse precedentemente.

*-Gesù ha profondamente aderito al dolore dell'uomo* soffrendo fisicamente, psicologicamente e spiritualmente: invocò il conforto umano (cfr.: Mt. 26,36-40); nel Getsemani ebbe paura e pianse (cfr.: Mt. 26,42-43); colto dall'angoscia sudò sangue (cfr.: Lc. 22,39). Inoltre, non nascose agli apostoli, l'ineluttabilità della sofferenza (cfr.: Mt. 7,13-14; Lc. 9,23; Gv. 15, 18-21).

Il Signore Gesù, dunque, proclamò ma soprattutto visse il "Vangelo della sofferenza", vivificato nella storia dall'esistenza eroica di uomini e di donne che accolsero pene ed afflizioni per Cristo e per la diffusione del Regno.

*-Accanto a Cristo fu sempre presente la Madonna* nella quale "numerose ed intense sofferenze si assommarono in una tale connessione e concatenazione, che furono prova della sua fede incrollabile" (n. 25). E sul Calvario raggiunse il vertice del dolore.

Oggi Maria è accanto teneramente e maternamente a ogni dolore umano consolando e infondendo speranza.

*-Il "Vangelo della sofferenza" illuminò la malattia di alcuni santi* trasformandola in opportunità di conversione e di santificazione.

Ne sono esempi, tra i molti, san Francesco d'Assisi e sant'Ignazio di Loyola che nell' infermità individuarono "una nuova misura di tutta la propria vita e della propria vocazione" (n. 26).

*-Il "Vangelo della sofferenza" sollecita, infine, a oltrepassare l'impressione di infruttuosità che alcune situazioni d'infermità o di disabilità possono comportare,* poichè "il sofferente non solo è utile agli altri ma adempie un servizio

insostituibile (...). Le sofferenze umane, unite con la sofferenza redentrice di Cristo, costituiscono un particolare sostegno per le forze del bene, aprendo la strada alla vittoria di queste forze salvifiche” (n.21). Infatti “quanto più l'uomo è minacciato dal peccato, quanto più pesanti sono le strutture del peccato che porta in sé il mondo d'oggi, tanto più grande è l'eloquenza che la sofferenza umana in sé possiede. E tanto più la Chiesa sente il bisogno di ricorrere al valore delle sofferenze umane per la salvezza del mondo” (n.27).

### **“Il Buon Samaritano”** (parte settima)

Il “Buon Samaritano” è l'esempio per chi assiste e cura il malato!

Nel racconto evangelico si afferma semplicemente che la vittima dell'aggressione era un uomo, “un volto umano”, come quelli che incontriamo quotidianamente.

Come agì il Samaritano?

San Luca elenca tre azioni: “lo vide”, “ne ebbe compassione”, “gli si fece vicino” (cfr.: 10,22). Il Signore Gesù, con questa parabola, “insegna la carità concreta” chiarendo: chi mendica l'intervento, che cosa domanda e come rispondere a questi appelli. Scrive il Papa: “La parabola del buon Samaritano appartiene al Vangelo della sofferenza. Essa indica, infatti, quale debba essere il rapporto di ciascuno di noi verso il prossimo sofferente. Non ci è lecito passare oltre con indifferenza, ma dobbiamo fermarci accanto a lui. Buon Samaritano è ogni uomo che si ferma accanto alla sofferenza di un altro uomo, qualunque esso sia. Quel fermarsi non significa curiosità, ma disponibilità (...). Buon Samaritano è in definitiva colui che porta aiuto nella sofferenza, di qualunque natura essa sia. Aiuto, in quanto possibile, efficace. In esso egli mette il suo cuore, ma non risparmia neanche i mezzi materiali. Si può dire che dà se stesso, il suo proprio 'io', aprendo questo 'io' all'altro. Tocchiamo qui uno dei punti-chiave di tutta l'antropologia cristiana. L'uomo non può 'ritrovarsi pienamente se non attraverso un dono sincero di sé' - cfr.: Gaudium et spes, 29 -. Buon Samaritano è l'uomo capace appunto di tale dono di sé” (n. 28).

Parafrasando la parabola, la Lettera Apostolica, illustra alcune azioni proprie di chi assiste il malato.

- Il nostro rapporto con il sofferente.
- Il servizio al malato è una vocazione.
- Le espressioni costitutive del servizio.

*Il nostro rapporto con il sofferente.*

La parabola espone chi è il prossimo: il fratello che sollecita il nostro soccorso e la nostra vicinanza.

Il racconto indica, inoltre, il rapporto da stabilire con lui: una relazione suscitata e supportata dalla commozione: "Se Cristo, conoscitore dell'interno dell'uomo, sottolinea questa commozione, la commozione del samaritano, vuol dire che essa è importante per tutto il nostro atteggiamento di fronte alla sofferenza altrui. Bisogna, dunque, coltivare in sé questa sensibilità del cuore che testimonia la compassione verso il sofferente" (n. 28).

*Il servizio al malato è una vocazione.*

"Il dovere" è insufficiente; deve intersecarsi con l'amore che oltrepassi le leggi, le regole e i protocolli poiché servire il malato è una "vocazione".

Dunque, chiunque assiste i malati più che una "professione" svolge una "vocazione" ed una "missione". Per questo san Giovanni Paolo II afferma: "Quest'attività assume, nel corso dei secoli, forme istituzionali organizzate e costituisce un campo di lavoro nelle rispettive professioni. Quanto è da buon Samaritano la professione del medico o dell'infermiere, o altre simili! In ragione del contenuto evangelico, racchiuso in essa, siamo inclini a pensare, qui, piuttosto a una vocazione che non semplicemente ad una professione (n.29).

*Le espressioni costruttive del servizio.*

"E le istituzioni che, nell'arco delle generazioni, hanno compiuto un servizio da samaritani, ai nostri tempi si sono ancora maggiormente sviluppate e specializzate. Ciò prova, indubbiamente, che l'uomo di oggi si ferma con sempre maggiore attenzione e perspicacia accanto alle sofferenze del prossimo, cerca di comprenderle e di prevenirle sempre più esattamente. Egli possiede anche una sempre maggiore capacità e specializzazione in questo settore" (n.29).

Ma attenzione, "le istituzioni sono molto importanti e indispensabili; tuttavia, nessuna istituzione può da sola sostituire il cuore umano, la compassione umana; l'amore umano, l'iniziativa umana quando si tratti di farsi incontro alla sofferenza dell'altro" (n. 29).

E san Giovanni Paolo II termina: "Guardando a tutto questo possiamo dire che la parabola del Samaritano del Vangelo è diventata una delle componenti essenziali della cultura morale e della civiltà universale umana. E pensando a tutti quegli uomini che, con la loro scienza e la loro capacità, rendono molteplici servizi al prossimo sofferente, non possiamo esimerci dal rivolgere al loro indirizzo parole di riconoscimento e di gratitudine" (n.29).

La parabola del Buon Samaritano, non può lasciare tranquillo e impassibile nessuno; infatti tutti possiamo agire affinché la sofferenza sia ridotta e quella esistente riacquisti "dignità" e "significato" non unicamente soprannaturale ma anche umano (cfr.: n. 30).

## **Conclusioni**

Le parole conclusive del Papa al commento della parabola sono una valida sintesi della Lettera Apostolica, scritta da san Giovanni Paolo II stimolato anche da sofferte esperienze personali: “Cristo allo stesso tempo ha insegnato all'uomo a fare del bene con la sofferenza ed a far del bene a chi soffre. In questo duplice aspetto egli ha svelato fino in fondo il senso della sofferenza” (n. 31).

## **Consulta Nazionale CEI per la Pastorale della Sanità, Nota: “LA PASTORALE DELLA SALUTE NELLA CHIESA ITALIANA” (1989)**

E' il primo Documento della Chiesa Italiana che illustra organicamente la Pastorale della Salute.

La Nota è composta da tre parti distinte in 82 paragrafi.

### **Prima parte: “*Fondamento e motivazione della pastorale sanitaria*” (cfr.: nn. 5-21).**

La prima parte nota che nel contesto societario i concetti di persona, di salute e di malattia sono percepiti “globalmente” oltrepassando le visioni riduttive del passato. Per questo, l'attività pastorale, deve assumere metodologie innovative. Sono indicati gli “obiettivi generali” della Pastorale della Salute: evangelizzazione del malato, dei suoi famigliari e degli operatori sanitari; umanizzazione dell'assistenza sanitaria; sostegno alle famiglie; formazione degli operatori; sensibilizzazione del territorio (cfr.: n. 20).

S'identificano cinque “campi d'azione”: evangelizzazione e catechesi, celebrazione dei sacramenti, umanizzazione della medicina, rilevanza dei problemi morali, ampliamento delle aree di azione dall'ospedale al territorio (cfr.: n. 22).

### **Seconda parte: “*I soggetti della pastorale sanitaria*” (cfr.: nn. 23-64).**

Si descrivono “l'identità” e i “ruoli” di chi cura il malato e dell'ammalato, individuando “otto soggetti”: comunità ecclesiale (cfr.: nn. 23-25), malati (cfr.: nn. 26-32), famigliari (cfr.: nn. 33-37), assistente religioso (cfr.: n. 38-42), religiosi (cfr.: nn. 43-48), associazioni professionali sanitarie cattoliche (cfr.: nn. 49-53), istituzioni sanitarie di ispirazione cristiana (cfr.: nn. 54-58), volontariato (cfr.: nn. 59-64).



Quattro osservazioni.

-Il primo soggetto della Pastorale della Salute è la “comunità cristiana”; quindi non un’élite di persone ma la Chiesa locale nella sua totalità (cfr.: n.23).

-I “malati” sono soggetti e protagonisti dell’ evangelizzazione come si afferma nell’ Esortazione Apostolica “Christefidelis laici” (cfr.: nn. 53-54).

-I “famigliari” vanno accompagnati e sostenuti nel convertire la malattia di un parente in un evento produttore di significato e di speranza, sconfiggendo la solitudine relazionale (cfr.: n. 44).

-Specifica attenzione è rivolta “all'operatore sanitario cattolico” del quale si afferma: "Se ogni operatore sanitario deve considerare l'esercizio della professione come un servizio prestato alla persona che soffre, a maggior ragione, sono chiamati a fare proprie queste convinzioni coloro che sono mossi nel loro operare dall'esempio di Cristo" (n. 52).

### **Terza parte: “Le strutture della pastorale della sanità” (cfr.: nn. 65-81).**

La Pastorale della Salute esige programmazione, organizzazione e raccordo. Questi compiti sono affidati alla Consulta Nazionale, a quelle Regionali e Diocesane, alle Cappellanie Ospedaliere e al Consiglio Pastorale Ospedaliero.

### **Commissione Episcopale per il Servizio della Carità e della Salute, Nota: “PRECICATE IL VANGELO E CURATE I MALATI. LA COMUNITA’ CRISTIANA E LA PASTORALE DELLA SALUTE” (2006)**

Il Documento fu redatto dopo 17 anni dalla Nota precedente in un contesto socio-sanitario rinnovato e riformato.

E’ composto da tre parti suddivise in 67 paragrafi.

Per recepire meglio la Nota riportiamo il paragrafo numero 4 che traccia gli obiettivi.

“-Favorire il discernimento delle sfide poste dal mondo della salute alla presenza e all'azione della Chiesa, prospettando linee di collaborazione con tutti gli uomini di buona volontà;

-offrire stimoli per un'educazione ai valori della salute e al senso della sofferenza, interpretate alla luce del mistero di Gesù Cristo;

-sostenere l'integrazione della pastorale sanitaria nella pastorale d'insieme delle comunità cristiane;

-promuovere una maggiore integrazione tra l'assistenza spirituale assicurata nelle strutture sanitarie e la cura pastorale ordinaria nelle parrocchie,

sviluppando forme di collaborazione tra le cappellanie ospedaliere e le comunità ecclesiali territoriali;

-fornire indicazioni per il coinvolgimento di tutte le componenti del popolo di Dio nella pastorale della salute, potenziando gli organismi di comunione e di corresponsabilità;

-promuovere una maggiore organicità e progettualità della pastorale sanitaria, anche mediante specifici itinerari formativi”.

**Prima parte: “Il mondo della salute oggi” (cfr.: nn. 5-18)**

E’ presentato lo scenario del “pianeta sanità” dei primi anni del terzo millennio, essendo impossibile operare fruttuosamente, anche a livello pastorale, ignorando il “contesto di riferimento”.

Nella sanità, la Nota, individua elementi “positivi” e “negativi”.

*-Elementi positivi.*

“La Chiesa riconosce ed apprezza i preziosi contributi offerti dalla ricerca scientifica per la migliore cura e per l’assistenza sanitaria delle persone e incoraggia in tal senso ogni progresso rispettoso della persona umana. Parimenti, riconosce ed apprezza l’impegno profuso dai responsabili della vita politica e amministrativa nel promuovere e salvaguardare il diritto, costituzionalmente sanzionato, alla tutela della salute dei cittadini, e nell’assicurare al mondo sanitario il più alto livello scientifico e tecnico e le più ampie garanzie sociali” (n. 6).

Più concretamente: la promozione societaria della salute, i progressi nel settore medico-scientifico, l’accresciuto interesse per l’individualità e contemporaneamente la globalità del malato...

*-Elementi negativi.*

“Accanto a innegabili e provvidenziali benefici, il progresso della scienza e della tecnica non manca d’ingenerare, come ha fatto notare Giovanni Paolo II, ‘una sorta di atteggiamento prometeico dell’uomo che, in tal modo, si illude di potersi impadronire della vita e della morte’. Tale atteggiamento porta larghi settori della scienza e della medicina a ignorare i limiti inerenti alla condizione umana, contribuendo a coltivare l’immagine di un uomo padrone assoluto dell’esistenza, arbitro insindacabile di sé, delle sue scelte e delle sue decisioni” (n. 9). Concretamente, si assiste al degrado d’umanità nella cura, all’atteggiamento prometeico nei confronti del vivere e del morire, al passaggio “dalla medicina dei bisogni a quella dei desideri”, all’accrescersi della “medicina difensiva”, all’indiscriminata adozione del modello aziendalistico, al consistente e ingiustificato incremento della burocrazia...

Nel pluralismo culturale, inoltre, l'attenzione va riservata anche alle rilevanze bioetiche (cfr.: n. 16). Basilare, infine, è l'esortazione ad oltrepassare il "curare" per "prendersi cura", cioè assistere il malato nella "totalità" del suo essere (cfr.: n. 17).

**Seconda parte: “*Rendere ragione della speranza nel mondo della salute*” (cfr.: nn. 19-47).**

E' la sezione "teologica" ed annuncia che il messaggio cristiano è incentrato sulla "gioiosa speranza" offerta dalla Risurrezione di Cristo. Una "speranza" da proclamare e concretizzare imitando l'esempio del Signore Gesù. Nel "prendersi cura" dei vari bisognosi d'aiuto è considerevole, inoltre, consolidare sia la speranza "terrena" che quella "escatologica" (cfr.: nn. 21-22).

Alcune "linee operative" per l'azione pastorale.

-“L'ospitalità” che evocando contenuti antichi, rispecchia l'etimologia del termine “ospedale”, cioè l'ambiente che accoglie, ospita e cura (cfr.: n. 23).

-“L'umanizzazione” esige di interessarsi nuovamente del malato “olisticamente” essendo meritevole di rispetto, di devozione e di venerazione, oltre la sollecitudine ad attuare dinamiche che mutino ogni luogo di cura a “misura d'uomo” (cfr.: nn.30-37).

**Terza parte: “*La pastorale della salute nella comunità*” (cfr.: nn. 48-67).**

Sono richiamati gli orientamenti pastorali e gli strumenti per realizzare azioni “adeguate ai tempi”.

Si evidenzia, inoltre, l'importanza di passare “dall'agire improvvisando alla progettualità”, valorizzando e potenziando tutti gli ambiti comunionali.

Il rinnovamento è agevolato anche dalla ricettività sociale espressa nelle varie “Carte dei diritti dei malati”.

## Cap. 3 - Il contesto societario

### Dove siamo

Dopo aver brevemente definito il concetto di “Pastorale della Salute”, prima di offrire delle indicazioni concrete, vogliamo esaminare come oggi “la salute” è avvertita nel contesto societario, memori della indicazione di monsignor G. Bonicelli, arcivescovo emerito di Siena, che in una “Lettera pastorale” alla sua diocesi ammoniva: “Non dobbiamo dimenticare che la realtà complessa non richiede più attività, ma più pensiero, più contemplazione, più discernimento”.

### Salute e malattia, oggi

#### Salute

“La vita e la salute fisica sono beni preziosi donati da Dio”!<sup>15</sup>

Dunque, la salute, è un elemento basilare dell’esistenza, un dono di Dio e un valore da “curare” e da “custodire”. Ma attenzione: il “bene salute” non è assoluto ma relativo, o meglio dobbiamo contestualizzarlo nel progetto globale della vita: “Se la morale richiama al rispetto della vita corporea, non ne fa tuttavia un valore assoluto. Essa si oppone ad una concezione neopagana che tende a promuovere il culto del corpo, a sacrificare tutto, a adorare la perfezione fisica ed il successo sportivo”<sup>16</sup>. Inoltre, la salute, è sempre circondata da “limiti” con i quali è indispensabile convivere: fragilità, sofferenza, dolore... Comunque, il deterioramento della salute e il moltiplicarsi delle fragilità, non annullano la sacralità e la dignità della vita umana dal concepimento alla morte naturale.

Il vocabolo “salute” è dinamico, trasformandosi nelle varie epoche a seguito di elaborazioni storico-culturali.

Negli ultimi decenni, la salute, ha assunto accezioni più ampie con rinnovate connotazioni. Ieri era semplice “assenza di malattia”, oggi è strettamente rapportata agli stili di vita e allo sviluppo personale e sociale.

La salute, così fu definita dall’ “Organizzazione Mondiale della Sanità” (OMS) nel lontano 1946 nel “Protocollo di Costituzione”. “La salute è un completo benessere fisico, mentale e sociale, e non la mera assenza di malattia”. Secondo noi la definizione è eccessivamente “efficientista” e poco realista particolarmente nei termini di “completo benessere” e va integrata con la visione personalistica, comunitaria e sociale dell’uomo. Fortemente criticata sia in ambito medico che etico-filosofico, si pensi solamente ai filosofi americani D.

---

<sup>15</sup> *Catechismo della Chiesa Cattolica* n. 2288.

<sup>16</sup> *Catechismo della Chiesa Cattolica* n. 2289.

Callahad e Ch. Boorse, l'OMS nel 1978 nella "Declaration of Alma-Ata" identificò la meta principale della salute nel raggiungimento di "un livello (di salute) che permetta di condurre una vita socialmente ed economicamente produttiva". Un'ulteriore aggiunta fu fornita al "Congresso di Ottawa" (1986), precisando che la persona deve essere in grado di identificare le proprie aspirazioni, di soddisfare i propri bisogni, di modificare l'ambiente e di adattarvisi. Le integrazioni, pur soddisfacenti, lasciano aperte delle questioni: la salute come "stato" e non come "tensione", l'eccessiva importanza dell'aspetto produttivo, la capacità di modificare l'ambiente e l'assenza totale di riferimenti al "benessere spirituale".

Di fronte a varie discordanze ci è di supporto la Nota "La Pastorale della Salute nella Chiesa Italiana" che afferma che la salute: "Non si rapporta unicamente a fattori fisici ed organici, ma coinvolge le dimensioni psichiche e spirituali della persona, estendendosi all'ambiente fisico, affettivo, sociale e morale in cui la persona vive ed opera" (n. 6). Di conseguenza: "Un rapporto profondo è avvertito tra salute, qualità della vita e benessere dell'uomo" (n. 6).

Dunque, nel contesto societario attuale, il "concetto di salute" ha modificato, come accennato, le caratteristiche e finalità rispetto al passato, giungendo ad un "sistema" che pone accanto alla salute "la prevenzione" e il "coinvolgimento totalmente della collettività".

La salute "allargata", che potremmo anche denominare "ben-essere", interessa elementi individuali e societari della persona essendoci un rapporto vitale tra salute, autorealizzazione e pienezza dell'esistenza. Perciò, l'argomento, va esaminato nel contesto della "visione olistica dell'uomo", dato che ogni evento riguardante la vita o la società può trasformarsi "in pericolo" per la salute: dalla minaccia di una malattia alla perdita del lavoro, da una delusione sentimentale alla morte di una persona cara.

Il bioeticista P. Cattorini aggiunge un ulteriore elemento alla discussione: "la libertà", definendo la salute: "benessere o equilibrio psico-fisico, che rende possibile una positiva qualità del vivere ed un agile esercizio della libertà"<sup>17</sup>.

La salute, "liberata" dal dominio egemonico della medicina ed aperta ai vari saperi, rivela che questa è un "progetto complesso" che l'uomo deve assumere come un compito da realizzare e da concretizzare responsabilmente. La "salute" non è unicamente un sentirsi, ma prevalentemente "un esserci"; una presenza nel mondo con gli altri per realizzare attivamente le spettanze della propria vocazione.

---

<sup>17</sup>P. CATTORINI – M. MORDACCI (a cura di), *Modelli di medicina. Crisi e attualità dell'idea di professione*, Vita e Pensiero, Milano 1992, pag. 82.

Questa visione di salute, paradossalmente, diverge dal pensiero dominante e più diffuso nelle società post-moderne che mirano primariamente “all'apparire”, identificando la salute prevalentemente con una forma fisica favorevole e con l'invidiabilità del corpo, che per alcuni, è idolo e contemporaneamente ostacolo. Nelle strade, cartelloni pubblicitari, promettono benessere; nelle farmacie molteplici prodotti assicurano l'eterna giovinezza e le città sono invase da palestre, centri massaggio e beauty center. Ma quando il corpo invecchia e si imbruttisce, gli uomini e le donne privi di certezze, cultura e idoneità critica, si abbandonano alla ribellione e alla disperazione.

La salute del corpo, dunque, è un dono ragguardevole come ricordava il Libro del Siracide: “Non c'è ricchezza migliore della salute del corpo” (30,16a), ma non può porsi come finalità primaria ed esclusiva dell'esistenza. Immediatamente, l'antico autore, aggiunge: “E non c'è contentezza al di sopra della gioia del cuore” (30,16b).

Per concretizzare parzialmente questa ampia visione non possiamo trascurare “i percorsi educativi e formativi”, poichè le colonne portanti della salute, accanto al progresso della medicina sono lo stile di vita e i valori; dunque è essenziale anche il coinvolgimento morale ed etico. Un' aforisma popolare afferma: “quando abbiamo la salute, abbiamo tutto!”. Ed è vero! Ma questa saggia deduzione spesso è contraddetta da stili di vita e comportamenti nocivi.

## **Malattia**

Ciò che preclude la realizzazione degli obiettivi evidenziati va ricondotto alla malattia che “non è più configurabile come semplice patologia, rilevabile attraverso analisi di laboratorio, ma è intesa anche come malessere esistenziale, conseguenza di determinate scelte di vita, di spostamento di valori e di errate gestioni dell'ambiente materiale umano” (*La Pastorale della Salute nella Chiesa Italiana*, n. 6).

Pertanto, anche il concetto di malattia, si è modificato e rettificato. Abbraccia le molteplici dimensioni della persona come già nell'antichità richiama il poeta e retore romano D. Giovenale: “mens sana in corpore sano”. Inoltre, anche la malattia, oltrepassa l'aspetto personale estendendosi al sociale, investendo contemporaneamente sia le dimensioni del singolo, sia le scelte e l'agire della collettività.

Una particolare attenzione merita la “salute mentale”. L'argomento è ampio e complesso, coinvolgendo le patologie psichiatriche una folla di soggetti affetti da molteplici sintomi. Dai dati dell'Organizzazione Mondiale della Sanità le persone con sofferenze mentali, più o meno gravi, raggiungono a livello mondiale un miliardo, cioè un quinto della popolazione del pianeta. In Europa

questi “fragili” rappresentano il 27% degli adulti; in Italia oltre due milioni. I dati sono confermati dall’ampio consumo ed abuso di farmaci “da sostegno”: sonniferi, antidepressivi, tranquillanti... E le proiezioni indicano un incremento nei prossimi decenni di questi disagi superiore alle patologie cardiovascolari e tumorali. Il fenomeno coinvolge prevalentemente i Paesi ricchi, e i fattori scatenanti sono genetici, psicobiologici, ambientali e sociali. Vari soffrono, con modalità diverse, un “disagio psichico” procurato prevalentemente dal contesto societario concorrenziale, antagonista e conflittuale. Ma su questo il silenzio è assoluto!

## Tre piste di riflessione

### **Prima: Salute e salvezza: un binomio inscindibile**

Per il cristianesimo *salute* e *salvezza* si intersecano, e i due vocaboli sono strettamente concatenati, possedendo le stesse coordinate. Non a caso dispongono della stessa radice comune: “salus” cioè totalità, pienezza e realizzazione. Inoltre, nei primi secoli, salute e malattia, erano ritenute condizioni trascendenti, soggette alla benevolenza o malevolenza delle divinità. Ma spesso, la salvezza, la demandiamo esclusivamente all’aspetto spirituale, riferendola al “dopo-vita” mentre, ogni domanda di salute, è sempre anche una richiesta di salvezza, poichè il sofferente sollecita di essere sciolto dal limite finale e radicale della morte, essendo presente nella persona un’ unità duale di anima e di corpo che interagiscono profondamente.

La salvezza, dunque, coinvolge sia la “fede” che le “opere”, cioè la quotidianità. Ogni azione, pur esprimendo rilevanze temporali, contemporaneamente è anche un’ opera di salvezza, perciò i beni dell’esistenza, compresa la salute, va valutata nella prioritaria relazione con Dio. J. Maritain, asseriva che l’uomo perviene all’ oblatività sociale nel trascendersi, sostenuto dalla fede nel Trascendente<sup>18</sup>. J. Ratzinger nell’opera “Introduzione al cristianesimo”<sup>19</sup> sottolineava che la spiritualità della vita, della risurrezione, della comunione con Dio e con l’umanità, troverà pienezza nel futuro e non nel passato, in un arricchimento di beatitudine proporzionale al progredire dell’unione dell’uomo con Dio in Cristo risorto e con gli altri uomini. Ciò dimostra che il concetto di salvezza assume un ampio significato, abbracciando la totalità della persona. E, anche i miracoli di Gesù, pur intervenendo sulle realtà fisiche, possedevano

---

<sup>18</sup> Cfr.: J. MARITAIN, *Nove lezioni sui primi fondamenti della filosofia morale*, Morcelliana, Brescia 1979 pg. 262.

<sup>19</sup> Cfr.: J. RATZINGER, *Introduzione al cristianesimo*, Queriniana, Brescia 1968 pp. 184-186.

un' ampia valenza spirituale che si concretizzava nella remissione dei peccati, poiché il Messia, a tutti i sanati, donò salute e salvezza!

### **Seconda: Prevenzione**

Un atteggiamento fondamentale nei riguardi la salute è la sua salvaguardia che si concretizza nella "prevenzione", memori del detto "prevenire è meglio che curare", superando la convinzione che possiamo procacciarci la salute unicamente con l'assunzione dei farmaci. "Se tutta la medicina si pone come scopo la salute, solo la prevenzione ha come caratteristica specifica la tutela di questo bene e impegna ciascuno a essere soggetto attivo del proprio benessere" (*Predicate il Vangelo e curate i malati*, n. 15).

Inoltre, la prevenzione, allontana cause e fattori che mettono a rischio l'amore che dobbiamo ai noi stessi. E dalla prevenzione, e contemporaneamente dalla cura della nostra salute, scaturirà anche la qualità della nostra prossimità secondo l'insegnamento del Signore Gesù: "Amerai il prossimo tuo come te stesso" (Mt. 22,39).

### **Terza: Salute come risposta ai "cercatori di felicità"**

Molti, non accusano "patologie particolari", ma hanno sentore di essere "malati", affaticati di fronte alla vita e di conseguenza manifestano scarso amore per la loro esistenza come affermò papa Benedetto XVI citando "una mentalità e una forma di cultura che portano a dubitare del valore della persona umana, del significato stesso della verità e del bene, in ultima analisi della 'bontà della vita'<sup>20</sup>.

Considerando i malesseri esistenziali, l'insoddisfazione e la tristezza che accompagnano i giorni di molti che vivono l' "oggi" in modo insignificante, personalizzando la situazione riportata nel Libro del Qoèlet: "Quale profitto c'è per l'uomo in tutta la sua fatica e in tutto l'affanno del suo cuore con cui si affatica sotto il sole? Tutti i suoi giorni non sono che dolori e preoccupazioni penose; il suo cuore non riposa neppure di notte" (2,21-23), dobbiamo chiederci: Come la salute può divenire portatrice di felicità?

La salute, come affermato, è "totale armonia con se stessi", quindi "convergenza" di stili di vita, di atteggiamenti e di vissuti interiori che supportano il singolo ad esistere "con sapienza e saggezza di cuore" (cfr.: Sal. 90,5). Ma chi è il saggio? Il "saggio" è colui che è soddisfatto di ciò che possiede, si rallegra delle realtà semplici, nota il bene, il bello e il buono anche velato, tollera i contrasti e i disagi con fermezza e fermezza, ascolta, è fedele alla verità e alla

---

<sup>20</sup> BENEDETTO XVI, *Lettera alla diocesi di Roma sul compito urgente dell'educazione*, 21 gennaio 2008.



giustizia con una coerenza che non conosce compromessi, essendo esigente prima con se stesso e poi con gli altri. L'esempio lo offre il Signore Gesù, che da "uomo", visse in totale armonia con sé stesso manifestando un eccellente equilibrio e una acuta chiarezza di idee, una vigorosa volontà e indipendenza dai giudizi altrui, una notevole sensibilità d'animo e la meraviglia per le cose piccole, per i gesti sinceri, per la bellezza del creato, per gli spazi infiniti del cielo, per gli elementi della natura, per il sorriso e la tenerezza dei bambini che spesso si trasformavano nei personaggi e negli argomenti delle sue parabole e dei suoi insegnamenti.

Queste affermazioni di B. Haring ben riassumono quello che abbiamo tentato di trasmettere: "Una visione completa della salute umana suppone la migliore armonia possibile tra le forze e le energie dell'uomo, la spiritualizzazione più avanzata possibile dell'aspetto corporale dell'uomo e l'espressione corporale più bella possibile dello spirituale. La vera salute si manifesta come autorealizzazione delle persona pervenuta a quella libertà"<sup>21</sup>.

Anche questa è "Pastorale della Salute"!

---

<sup>21</sup> B. Haring, *La forza terapeutica della non violenza. Per una teologia pratica della pace*, Paoline, Roma 1987, pg. 67.

# I SOGGETTI DELLA PASTORALE DELLA SALUTE

## Cap. 4 - I malati

Per “comprendere l'ammalato” è essenziale osservare come valuta la sua sofferenza e, di conseguenza, intuire le sue reazioni. E' indispensabile, inoltre, oltrepassare la tentazione spesso in agguato di porsi di fronte al sofferente valorizzando “il nostro punto di vista”, o peggio, auspicare che l'altro vi corrisponda.

E' vero che ogni uomo vive la malattia, l'ospedalizzazione, la sopportazione del dolore, l'accettazione della invalidità con criteri personali e con caratteristiche eterogenee, ma noi indicheremo ugualmente le reazioni più comuni dei sofferenti e gli elementi più importanti per comprenderli, e anche quel “oltre” che la nostra presenza dovrebbe offrirgli.

### Chi è il malato

Potremmo rappresentare il malato avvalendoci di molteplici espressioni che riassumiamo nelle seguenti.

Il malato è l'uomo che vive una notevole criticità essendo frenato nella sua attività quotidiana, frequentemente totalmente condizionato e soggetto agli altri e, in varie situazioni, è privato almeno parzialmente dei suoi diritti. In altre parole: *“non è più titolare di sé”*.

-“Non è più titolare di sé” essendo ricoverato in ospedale o in una Rsa, luoghi asettici, con norme rigorose, prevalentemente caratterizzati dall'indifferenza affettiva e dall'orientamento settoriale e specialistico.

-“Non è più titolare di sé” perché è affetto da patologie croniche, da menomazione o da handicap invalidanti che non gli consentiranno in futuro di riprendere le attività quotidiane e un ruolo conquistato faticosamente nella società. Di conseguenza, dovrà abituarsi a “vivere da malato” in un “mondo di sani”, dove si fa strada l'esclusione sociale.

-“Non è più titolare di sé” essendo terrorizzato dalla morte che, in alcune circostanze, si avvicina velocemente.

Di fronte a queste "espropriazioni", può assumere svariati atteggiamenti, secondo l'età, la personalità, la gravità della patologia, la modalità d'insorgenza, l'attitudine e la preparazione della famiglia e degli operatori sanitari a corrispondere alle sue esigenze.

Per “conoscere” il malato dobbiamo comprendere:

1.i moventi dei suoi comportamenti cioè le “motivazioni”;

2.il significato delle sue reazioni cioè gli “atteggiamenti”.

### **1 Motivazioni: i bisogni...**

Il nostro riferimento sarà lo psicologo americano, A. Maslow, che nell'opera "Motivazione e personalità"<sup>22</sup> evidenziò nel capitolo "Teoria della motivazione umana", una "scala dei bisogni" di ogni individuo, da quelli primari a quelli più elevati: fisiologici, di sicurezza, di appartenenza, di autostima e di autorealizzazione.

Queste esigenze, comuni ad ogni uomo, vanno ponderate e soddisfatte accostando il sofferente poichè nel periodo della malattia si accentuano.

#### **BISOGNI FISIOLGICI**

Si esprimono nella fame, nella sete, nel sonno..., mentre nel malato riguardano il desiderio di un' adeguata nutrizione, di un letto confortevole, di un' ambiente tranquillo che gli permetta di riposare, di una terapia specifica per la sua patologia...

E' utopistico senza una previa soddisfazione dei bisogni fisiologici appagare gli altri!

#### **BISOGNI DI SICUREZZA**

Si esternano nella richiesta di stabilità, di liberazione dalla paura e dall'ansia e nel desiderio di regolarità.

L'ammalato, che riconosce la sua patologia come privazione delle sicurezze primarie della vita, percependosi impotente di fronte ad essa, esige di essere accolto, ascoltato e rassicurato, di apprendere le motivazioni degli accertamenti diagnostici e delle terapie, di dialogare con il medico; infatti, “essere informato”, il più delle volte, infonde serenità e sicurezza.

Scarseggiando ciò predominano reazioni di repulsione verso l' ambiente e ostilità verso le persone (aggressività) o, al contrario, subentra la ricerca di una intensa protezione (regressione).

#### **BISOGNI DI APPARTENENZA**

Si concretizzano nel desiderio di avere a fianco la famiglia e gli amici, nel rivestire un ruolo sul territorio e nell' ambiente professionale.

Il malato, sradicato dalla propria abitazione, famiglia, ambito societario... e privato dell' affetto, soffre frequentemente di “solitudine” dovendo appellarsi a sconosciuti, forse poco partecipi della sua situazione.

---

<sup>22</sup> Cfr.: A. MASLOW, *Motivazione e personalità*, Armando editore, Roma 1990 pp. 61-83.

## BISOGNI DI AUTOSTIMA

Ogni persona reclama apprezzamento, considerazione e stima.

La malattia compromette l'autostima poichè l'orgoglio è ferito, svaniscono i sogni e si presentano anche espressioni di vergogna e di colpa.

Senz'altro, il trattamento che l'ospedale riserba non migliora questo stato! Si esige che il degente “si comporti da malato” obbedendo pedestremente alle regole dettate dall'organizzazione. Fra' P. L. Marchesi realisticamente descrive un malato. “Spesso, il malato viene spogliato non solo dei suoi abiti, ma della sua concretezza - quest'uomo qui, con questi problemi, con questa storia, in questa situazione -, del suo essere soggetto e gli si fa indossare il pigiama del caso clinico, dell'organo ammalato. Penso agli spazi nei quali, in pigiama, il malato vaga nell'ospedale, proprio come un carcerato. E noi non ci accorgiamo di essere i suoi carcerieri, soprattutto quando utilizziamo il nostro potere, le nostre comunicazioni, per dare ordini, per rendere ancora più deboli le persone, per rimpicciolirle”<sup>23</sup>. E C. Iandolo ammette “le disavventure” di un paziente: “Lo si chiama col suo cognome 'storpiato' quando non lo chiama con il numero del letto. Persone che fino a ieri non conosceva lo trattano bruscamente, e gli danno anche del 'tu'. Gli esami intimi (un'esplorazione rettale), a volte, sono effettuati in presenza degli altri ammalati, e in questa situazione è costretto a soddisfare i suoi bisogni fisici. Questo complesso di circostanze, la depersonalizzazione e la continua violazione della 'privacy', fanno sì che il bisogno della stima e della considerazione degli altri rimangano più che mai insoddisfatti”<sup>24</sup>.

## BISOGNI DI AUTOREALIZZAZIONE

E' il desiderio di “auto-compimento”, cioè la tendenza a compiere ciò per cui si è “portati” e “preparati”, ottenendo il massimo rendimento dai propri talenti e dalle proprie competenze. Essere “attori” e non “spettatori” della vita sono il fondamento di questo bisogno a volte bruscamente interrotto dalla malattia.

Appagare questa necessità, accompagnando il malato nella tensione all'auto-realizzazione, è uno stimolo a reagire positivamente, intraprendendo il cammino della guarigione o di adattamento pacato alla nuova condizione esistenziale, forse di invalidità.

---

<sup>23</sup>PL. MARCHESI, S. SPINSANTI, A. SPINELLI, *Per un ospedale più umano*, San Paolo, Cinisello Balsamo - Mi- 1985, pg. 37.

<sup>24</sup>C. IANDOLO, *Approccio umano al malato. Aspetti psicologici dell'assistenza*, Armando, Roma 1979, pg. 61.

## 2. Gli atteggiamenti: le reazioni...

L'esaudire o il deludere i "bisogni" genera nel malato alcuni "atteggiamenti".

Cos'è l'atteggiamento? L'atteggiamento "è la tendenza a reagire in un certo modo in rapporto ad eventi, persone, idee o oggetti specifici e nell'atteggiamento possiamo individuare tre componenti: pensieri o convinzioni (atteggiamento cognitivo), sentimenti (atteggiamento emotivo), comportamento"<sup>25</sup>. Ma il vocabolo è scarsamente indicativo se non abbinato a motivazioni e bisogni.

Illustreremo, quindi, gli "atteggiamenti più comuni" per risalire ai "bisogni più profondi".

### PAURA

La paura si manifesta constatando fenomeni pericolosi o premonitori, o sorge dalle previsioni realistiche o erranee di minacce future.

Il malato "teme"!

"Teme" il ricovero ospedaliero, la patologia, il dolore, il futuro, la morte...

E la paura si intensifica nel tempo della solitudine o di fronte alle incertezze e perplessità che suscitano alcune comunicazioni approssimative, imprecise o evasive.

Ogni processo emotivo che provoca paura è eterogeneo da malato a malato pur soffrendo la stessa patologia. Per questo è impossibile identificare un "protocollo comune" da seguire, poichè ognuno vive "la paura" da un'angolazione particolare. E' interessante notare che se chiedessimo a cinque pazienti che domani saranno operati di appendicectomia "la loro paura"; ognuno ne esprimerebbe una "tutta personale".

Dalle paure non espresse e dall'incertezza, scaturiscono ansie ed angosce.

### DEPRESSIONE

E' lo stato psicologico che contraddistingue il disorientamento per il futuro e la sfiducia in se stessi. Si manifesta, solitamente, come effetto e conseguenza di avvenimenti negativi, eccezionali ed improvvisi.

Anche il malato, constatando aggravamenti o implicanze invalidanti per il futuro nonostante le terapie dolorose a cui è sottoposto, esterna reazioni depressive che si concretizzano nell'appiattimento delle emozioni, nell'indifferenza verso le terapie, nella rinuncia a lottare, nell'isolamento, nei sensi di colpa fino a giungere al tentativo di suicidio.

---

<sup>25</sup>L. KRISTAL (a cura di), *L'ABC della psicologia*, Vallardi, Milano 1986, pg. 33.

La “depressione” esprime la malattia come perdita irreversibile di mansioni essenziali: funzioni fisiche e sociali e l’offuscamento della propria immagine.

## REGRESSIONE

“E’ la modalità di reazione più comune che si osserva in tutte le situazioni morbose dal banale raffreddore, all’incidente grave, a una malattia cronica. La regressione parla un linguaggio assai chiaro: la malattia mi ha reso un bambino piccolo; occupatevi di me”<sup>26</sup>.

Con questo atteggiamento il paziente comunica l’incapacità “di mantenere il passo”; perciò adotta comportamenti e atteggiamenti tipici di età precedenti, già collaudati e reputati sicuri.

Manifesta un rilevante egocentrismo o adotta notevoli rapporti di dipendenza. Sviluppa, inoltre, la persuasione dell’ “onnipotenza” del medico e della terapia. Anche il rapporto con Dio acquisisce caratteristiche magiche e quello con gli altri è dominato da una densa impulsività.

La regressione può insorgere anche quando la malattia è ritenuta una modalità per risolvere gravose difficoltà o strumento per riportarsi al “centro della scena”.

## AGGRESSIVITÀ

E’ l’ azione devastante che si prefigge di danneggiare o di distruggere qualcuno.

Il malato, a volte, incoscientemente, proietta la sua collera colpevolizzando familiari, operatori sanitari e volontari di superficialità, di disinteresse e di incapacità. E’ invidioso anche della salute altrui; sembra aver mutato il carattere! L’aggressività, che spesso è esercitata come “scarico energetico”, è riscontrabile nelle persone eternamente polemiche ed esigenti con la struttura socio-sanitaria e gli operatori, rivendicando continuamente diritti e giungendo alla minaccia di azioni legali.

Questo atteggiamento sgradevole ha un’ origine “fondamentalmente inconscia”, non è in relazione con l’attacco personale ma unicamente l’ espressione della malattia vissuta come frustrazione. Colpire i bersagli più accessibili e immediati è un meccanismo di difesa di fronte a situazioni a volte insopportabili.

## NEGAZIONE DELL’EVIDENZA

Incontriamo malati con patologie gravi, invalidanti, oncologiche, ormai prossimi alla morte, che tendono a minimizzare e a negare parzialmente o totalmente la loro realtà, anziché riconoscerla e affrontarla come la situazione esigerebbe.

---

<sup>26</sup>P.B. SCHENEIDER, *Psicologia medica*, Feltrinelli, Milano 1978, pg. 259.

Di fronte ai meccanismi di difesa è opportuno l'estremo rispetto!

## **Cosa attende il malato?**

Il malato necessita di chi lo curi, lo riabiliti e riduca il dolore. Ma ciò è insufficiente poichè potrebbe organicamente migliorare ma non “essere guarito psicologicamente o spiritualmente”.

Qui inizia il nostro compito di diaconi permanenti, di ministri straordinari della comunione eucaristica, di volontari... fornendo significati, compassione, consolazione e speranza.

### **1. Significati**

Oltre il desiderio di cura o di riabilitazione è presente nel sofferente l'esigenza di “*essere preso in cura*” da persone che lo accolgano, lo accompagnino e lo amino.

Con la loro presenza, il cappellano, la suora o il laico assistente pastorale ma anche i diaconi permanenti, i ministri straordinari della comunione eucaristica, i volontari non rispondono ad esigenze mediche, infermieristiche, psicologiche e sociali cui sono deputate altre figure, ma ad un bisogno spirituale ed esistenziale a cui prestiamo, a volte, scarsa attenzione: “la ricerca dei significati”.

Dobbiamo quindi evitare di accostare il malato fornendogli l'impressione di “sentire pena” poiché è solo o perché sta soffrendo. La pena non è un sentimento; disturba, infastidisce e provoca una duplice afflizione. Si offre il servizio con uno stato d'animo errato, e se il sofferente lo avverte, sperimenta disagio e ulteriore solitudine.

La medicina, oggi, conosce quasi tutto sul “come”: come si nasce, come si vive, come si muore...; ma questa onniscienza del “come” ha fatto dimenticare il “perché”. Di fronte alla malattia e alla disabilità, l'interrogativo più esigente riguarda il “perché” di quanto è accaduto.

Il tentativo di riposta, impone come premessa, un rapporto interpersonale fondato “sull'autentica solidarietà” che consenta una graduale “riappropriazione” dell'evento morboso. Solo così, la malattia o l'invalidità, si trasformano in “eventi esistenziali”, cessando di essere “qualcosa che si ha” ma divenendo “qualcosa che si è”.

La sofferenza è sempre una crisi che può assumere un doppio significato: quello di opportunità e quello di pericolo. Da come è vissuta diviene una esperienza positiva o negativa; cioè favorisce un processo di maturazione o, viceversa, può condurre alla disperazione. Il contributo nella “ricerca di senso” impegna chi accosta il malato a camminare insieme verso il primo obiettivo.

## 2. Compassione

Cos'è la compassione? Quando si è compassionevoli? Chi è l' "Esempio" dell'autentica compassione?

Il vocabolo "compassione" deriva dalla parola latina "compassio" (in inglese "to care") ed esprime il comportamento sollecito e premuroso nei confronti del dolore altrui. Potremmo tradurre il termine anche in "soffrire con", infatti, la compassione, non indica la presenza a fianco del malato per offrire consigli, poiché rischiamo che mentre riflettiamo sulla risposta da proporre ci estraniamo dalla sua afflizione, essendo arduo assistere un sofferente. Non è neppure l'attitudine a intuire e comprendere il vissuto del bisognoso d'aiuto penetrando nel suo mondo simbolico per decifrarne i messaggi.

La compassione "è la capacità di sentire e soffrire con la persona ammalata, di sperimentare qualcosa della sua malattia, le sue paure, ansietà, tentazioni, i suoi assalti sull'intera persona, la perdita di libertà e di dignità e la sua assoluta vulnerabilità e le alienazioni che ogni malattia comporta"<sup>27</sup>. Di conseguenza è la disponibilità a sostenere il prossimo anche sacrificandosi per lui, come ammoniva H. Nouwen: "Nessuno può aiutare qualcun altro senza entrare con la sua persona nelle situazioni dolorose; senza assumere il rischio di soffrire, ferirsi o anche essere distrutto nell'operazione"<sup>28</sup>.

L' "Esempio per eccellenza" della compassione è "Dio" che inviò nel mondo il proprio Figlio, non per eliminare le afflizioni dell'uomo o per sanare tutte le fragilità, ma per "condividere" la condizione umana, farne esperienza, soffrirla con l'uomo fino alla morte (cfr.: Fil. 2,1-11).

Tutta la narrazione biblica è una testimonianza della compassione di Dio nei riguardi della persona. Nell'Antico Testamento, Dio ha condiviso la sofferenza del suo popolo: "con affetto perenne ho avuto compassione di te" (Is. 4,13)<sup>29</sup>. Anche il Signore Gesù ha vissuto l'esperienza intima della compassione, descritta dai vari evangelisti mostrandoci i Suoi sentimenti. Vedendo le folle stanche e sfinite "ne sentì compassione" (Mc. 6,34); di fronte alla morte di Lazzaro "si commosse profondamente" (Gv. 11,33) e non allontanò nessun infermo senza avergli elargito la sua compassione (cfr.: Mt. 15,22; 17,15; 20,30-31). Inoltre, nel Vangelo, è presente il termine greco "splanchnizomai" che possiamo tradurre con "provare qualcosa nelle proprie viscere" (cfr.: Mt. 9,36; 14,14; 15,32; Mc. 10,51; Lc. 7,13; 13,12; Gv. 11,36). Il vocabolo "splanchnòn" indica anche le interiora, le viscere..., e la Bibbia parla di "viscere di misericordia" di Dio. Anche oggi, nella lingua italiana, troviamo traccia di

---

<sup>27</sup>E. D. PELLEGRINO, *Ogni malato è mio fratello*, in *Dolentium hominum* 7, 1988, pp. 60-61.

<sup>28</sup>H. NOUWEN, *The wounded healer*, Ny Doubleday, 1972, pg. 72.

<sup>29</sup> Altri versetti biblici: Gen. 16,11; Es. 3,8; Dt. 32,36; Gdc. 10,16; 2 Re 13,23; 2 Mac. 7,6.



questa derivazione nel linguaggio embriologico (splanchnopleura, plancnocranio...).

La "compassione" è dunque il "prendersi cura" e il "prendersi a cuore" l'altro! Nell'ambito ospedaliero, questo atteggiamento, stravolge l'abituale rapporto con il paziente e la metodologia di accompagnamento del malato poichè richiede di trasferire l'interesse dalla patologia alla persona.

Molti, clinicamente "guariti", si riconoscono feriti, ancora "malati" ad un livello più profondo, poichè non sono stati presi in adeguata considerazione dagli altri: non è stata riconosciuta la loro reale situazione, non si è prestata attenzione alle loro sofferenze ed emozioni.

Talvolta, alcuni malati, non saranno "guariti" ma si riconosceranno "trasformati" avendo sperimentato la compassione. Ciò avviene mediante la presenza perspicace e articolata di tutte le "figure di supporto". E, anche quando non si notano risultati terapeutici, tutti possiamo divenire "strumenti della compassione di Dio".

La compassione è come il rapporto di amicizia tra due persone. L'autentico amico è colui che afferma: "Anche se io non so cosa fare, tu puoi essere sicuro di una cosa: io sono con te. Ogni volta che tu avrai bisogno di qualcuno, non importa in quale momento o in quale luogo, tu puoi contare su di me".

Ma per raggiungere questo elevato obiettivo dobbiamo ascoltare, comunicare che vogliamo ascoltare, conoscere una storia, cioè una persona. "Ascoltare", significa "prendere sul serio l'altro", e di conseguenza, porci accanto a lui con "deferente rispetto".

### **3.Consolazione**

Il consolare è "un dono di Dio" come risposta alle situazioni umane di desolazione essendo Lui ad agire nel cuore dell'uomo, manifestando quello che egli è: "consolazione infinita".

Cosa significa "consolare"?

"Il 'sostantivo consolare' e il 'verbo consolare' sono la traduzione italiana rispettivamente delle parole greche 'paraclesis' e 'parakaleo' che significa anche incoraggiare, esortare, confortare, procurare gioia a una persona o a una comunità che si trovi in una situazione umana di tristezza, angoscia, desolazione. Consolare significa, perciò, compiere un gesto di carità concreta verso una persona o più persone che si trovano nell'afflizione. Non a caso nella plurisecolare tradizione della Chiesa 'consolare gli afflitti' è sempre stata considerata un'opera di misericordia suggerita a tutti i cristiani"<sup>30</sup>.

---

<sup>30</sup> B. L. PAPA, *Il ministero della consolazione*, in *Insieme per servire*, 98/2013, pg. 14

Un “essenziale” testo di riferimento è la seconda Lettera di san Paolo ai Corinzi. *“Sia benedetto Dio, Padre del Signore nostro Gesù Cristo, Padre misericordioso e Dio di ogni consolazione! Egli ci consola in ogni nostra tribolazione, perché possiamo anche noi consolare quelli che si trovano in ogni genere di afflizione con la consolazione con cui noi stessi siamo consolati da Dio. Poiché, come abbondano le sofferenze di Cristo in noi, così, per mezzo di Cristo, abbonda anche la nostra consolazione. Quando siamo tribolati, è per la vostra consolazione e salvezza; quando siamo confortati, è per la vostra consolazione, la quale vi dà forza nel sopportare le medesime sofferenze che anche noi sopportiamo. La nostra speranza nei vostri riguardi è salda: sappiamo che, come siete partecipi delle sofferenze, così lo siete anche della consolazione”* (1,3-7).

Esaminiamo alcuni passaggi.

Nella Lettera è evidente che l'origine della consolazione è il Padre, ma dopo aver vissuto l'esperienza della consolazione di Dio, anche noi diveniamo “collaboratori” della consolazione dell'Onnipotente.

San Paolo, a seguito di molteplici afflizioni, ansie e preoccupazioni, afferma di essere beneficiario della consolazione di Dio, perciò è “abilitato da Dio” a consolare. Nel caso particolare, Tito era giunto in Macedonia da Corinto per annunciare all' “Apostolo delle Genti” “buone notizie” sul successo della sua opera di correzione di quella comunità (cfr.: 2 Cor. 7.4,6), e ciò aveva procurato a Paolo gioia e conforto.

Pure noi, a seguito di esperienze di consolazione del Padre Celeste, possiamo con autorevolezza consolare come afferma Paolo commentando la visita di Tito. “Sono molto franco con voi e ho molto da vantarmi di voi. Sono pieno di consolazione, pervaso di gioia in ogni nostra tribolazione. Infatti, da quando siamo giunti in Macedonia, la nostra carne non ha avuto sollievo alcuno, ma da ogni parte siamo tribolati: battaglie all'esterno, timori al di dentro. Ma Dio che consola gli afflitti ci ha consolati con la venuta di Tito, e non solo con la sua venuta, ma con la consolazione che ha ricevuto da voi. Egli ci ha annunciato infatti il vostro desiderio, il vostro dolore, il vostro affetto per me; cosicché la mia gioia si è ancora accresciuta” (2Cor. 7,4-7).

E' così che Dio si avvale di noi; ci offre l'esperienza di conforto nelle difficoltà per trasmettere ad altri lo stesso incoraggiamento.

Le nostre parole rivolte ai sofferenti, allora, non saranno “banali consolazioni”, ma il frutto dell'esperienza “di afflitti e di consolati”. Dunque, l'essere consolato e il consolare, vanno ricondotti alla “Grazia di Dio” operante in noi mediante Cristo che consolando a nome del Padre, si manifesta come il “Dio della

consolazione” (Rm. 15,5); infatti con la sua risurrezione ha arrecato sollievo a tutti gli uomini!

Paolo evidenzia dunque che cos’è “la consolazione divina”!

Lui, abbiamo affermato, fu consolato da Dio “essendo stato liberato”, cioè salvato da un minaccioso pericolo, e riferendosi alla comunità di Corinto parla del suo apostolato spesso intessuto di afflizioni e di sofferenze.

La “consolazione divina” offre forza d’animo, lucidità e totale consapevolezza nell’affrontare le varie situazioni dolorose dell’esistenza!

Ma, la consolazione che noi doniamo, è congiunta a una “profonda comunione” con Cristo crocefisso e alla effettiva partecipazione alle Sue sofferenze. E’ l’assoluta ed autentica comunione con il Signore Gesù che ci autorizza a consolare l’altro! Per questo non sono rilevanti le parole o le argomentazioni. Tutto ciò vale anche per lo Spirito Santo definito il “Paraclito”: colui che trasforma la desolazione in letizia e la tristezza in gioia.

Da quanto affermato deduciamo che l’esperienza della consolazione necessita della preghiera e dell’invocazione; un’orazione per noi personalmente in quanto già soggetti della consolazione di Dio e per chi consoliamo.

Chi ha vissuto periodi complessi, se ha saputo fare tesoro dell’esperienza della consolazione divina, è di enorme supporto al fratello nell’ invocare Dio “come consolatore”!

Questa annotazione di papa Benedetto XVI riassume ciò che sinteticamente abbiamo affermato: “L’uomo ha per Dio un valore così grande da essersi Egli stesso fatto uomo per poter com-patire con l’uomo, in modo molto reale, in carne e sangue, come ci viene dimostrato nel racconto della Passione di Gesù. Da lì in ogni sofferenza umana è entrato uno che condivide la sofferenza e la sopportazione; da lì si diffonde in ogni sofferenza la con-solatio, la consolazione dell’amore partecipe di Dio e così sorge la stella della speranza”<sup>31</sup>.

#### **4.Speranza**

Il malato “implora” speranza!

Per comprendere la rilevanza della “speranza cristiana” dobbiamo inquadrarla nel contesto delle virtù. Il vocabolo “virtù” è interpretato in svariati modi. Per la “concezione teologica”, un punto di riferimento è la parte terza del “Catechismo della Chiesa Cattolica” che la presenta nella prospettiva del rapporto tra fede e vita, nella tendenza al bene che si realizza nella professione, nella celebrazione della fede e nella coerenza quotidiana alla vocazione cristiana in Cristo secondo lo Spirito. La virtù, di conseguenza, non è la caratteristica di persone

---

<sup>31</sup> BENEDETTO XVI, Enciclica *Spe salvi*, n. 39.

devote o protese al perfezionismo spirituale, quale frutto di una presunta autosufficienza, ma è l'agire e l'operare di colui che è totalmente e responsabilmente radicato nel Signore Gesù.

La "speranza cristiana" è "la certezza" che l'esistenza oltrepassa il contingente essendo in tensione verso l'Assoluto e, di conseguenza, è impossibile disgiungere "vita" e "speranza". Libera l'uomo dall'angoscia e dalle disperazioni conseguenti alle delusioni dell'esistenza, dalla sofferenza, dall'incapacità di cogliere la realtà nella sua bellezza e nella sua ricchezza.

"La cristianità quando parla di 'speranza' parla del futuro del mondo, dell'umanità, della natura nella cui storia è coinvolta"<sup>32</sup>. Allora, l'oggetto della speranza cristiana, è "l'escatologia" che si fonda sulla Paternità di Dio (cfr.: Ef. 2; 1 Cor. 1,9).

La "speranza cristiana" si concretizza anche "nelle relazioni" essendo ogni battezzato "membro" del "Corpo di Cristo" che è la Chiesa. Perciò, in virtù di questi rapporti, si evidenzia una linea di tendenza in cui i rapporti dialogico-relazionali possono conseguirla o disattenderla. Le relazioni, non inquadrare in questo orizzonte di speranza, entrano in contraddizione, si affievoliscono e generano conflitti come spesso avviene all'uomo post-moderno che, il più delle volte, è proteso alla ricerca dell'avere e alla rincorsa del successo. L'Occidente ateizzato, reputando oggetti e privilegi fonti di sicurezza, ha circoscritto "la riflessione sull'essere", e di conseguenza "sulla speranza", a circostanze sporadiche o a gruppi elitari. H. Schlier, esegeta contemporaneo, così descrive gli effetti dell'odierna assenza di questa virtù. "Dove la vita umana non è protesa verso Dio, dove non è impegnata al Suo appello, ci si sforza invano di superare la spossatezza, la vacuità, la tristezza che nascono da tale mancanza di speranza. La persona senza speranza soffre e lo manifesta attraverso dei sintomi, quali la loquacità in discorsi vuoti, l'esigere costantemente una discussione, la curiosità insaziabile e sbrigativa, la dispersione nella molteplicità e nell'arruffo, l'inquietudine interiore ed esteriore, le varie forme di nevrosi, l'instabilità decisionale, il rincorrere nuove sensazioni"<sup>33</sup>.

La sollecitudine di chi accosta il malato è di essere messaggero della speranza cristiana tra i "dis-sperati", rammentando che l'etimologia "dis-sperato" non è sinonimo di assenza di speranza ma di un alterato significato ad essa attribuito.

La "speranza cristiana" è:

- "la tensione", ricca di attesa nel futuro;
- "la fiducia" che il futuro si realizzerà;
- "la pazienza" e "la perseveranza" nell'attenderlo.

---

<sup>32</sup>J. MOLTAMANN, *La Chiesa nella forza dello Spirito*, Queriniana, Brescia 1977, pg. 184.

<sup>33</sup>C. M. MARTINI, *Le virtù*, In dialogo, Milano 1993, pg. 42.

Tutto ciò, ovviamente, è un “dono di Dio”, essendo l’origine della speranza presso il Creatore, e pone le “fondamenta” sulla Sua fedeltà e nell’ “abbandono” nelle sue braccia di Padre.

Possiamo quindi concludere affermando che il “traguardo” e il “punto di arrivo” della “speranza cristiana” è il Signore Gesù che “di nuovo verrà, nella gloria per giudicare i vivi e i morti e il suo regno non avrà fine”<sup>34</sup>. Questo evento, consentirà ad ogni uomo, di accedere alla gloria di “figlio” accanto al Padre (cfr.: 1 Cor. 4,5).

Per il cristianesimo, come già affermato, la sofferenza non è una benedizione e una predilezione ma neppure un castigo e una maledizione, essendoci una credenza in Dio che germoglia anche dal dolore. Questo significa che per il discepolo del Signore Gesù l’ incontro con il patire acquista un significato originale se sviluppa e intensifica il rapporto con il Padre che afferma: "La fede che preferisco è la speranza. La fede non mi stupisce (...). Ma la speranza, ecco quello che mi stupisce. E sperare è difficile. Quello che è facile è disperare, ed è la grande tentazione (...). Noi sotto l'influsso dello Spirito, aspettiamo la speranza promessa dallo Spirito"<sup>35</sup>.

La visione pessimistica e rassegnata della storia personale e societaria non è cristiana; è peculiare del "di-sperano", ma con un’osservazione: "È proprio la speranza in Dio che ci fa soffrire per l'assurdità del dolore con cui impedisce di venire a patti; che rinnova in noi la fame di un significato, la sete di giustizia per tutti, per i vivi e per i morti, per coloro che sono stati e per coloro che verranno e impedisce che ci adattiamo e ci rassegniamo"<sup>36</sup>.

---

<sup>34</sup>Dal Credo Niceno-Costantinopolitano.

<sup>35</sup>CH. PEGUY, *Il mistero della seconda virtù*, Jaka Book, Milano 1984, pg: 161.

<sup>36</sup>SINODO NAZIONALE DI GERMANIA, *Speranza. Una confessione di fede nel nostro tempo*, Monaco 1988, pg. 440.

## Cap. 5 – Territorio, parrocchia e famigliari dei malati

Dopo aver trattato le caratteristiche del malato e le sue aspettative ora ci chiederemo dove si “trova” il malato e chi lo “deve assistere” umanamente e spiritualmente.

### Il malato e il territorio

“Ieri” si affermava che la vita umana è uscita dalle pareti domestiche per realizzarsi, nei suoi momenti più critici e decisivi, in ospedale.

“Oggi”, questo orientamento è in parte “capovolto”, poiché vari malati prevalentemente cronici, con malattie irreversibili e inguaribili ed anziani con patologie degenerative sono presenti sul territorio.

Di conseguenza, “il raggio di azione della pastorale sanitaria non può esaurirsi nell'area delle strutture di ricovero, ma deve estendersi a tutto il territorio nel quale si svolge la vita del cittadino, riscoprendo il rapporto naturale tra ammalato e famiglia, famiglia e comunità civile ed ecclesiale. L'ospedale infatti si configura ormai come un servizio integrato con altre strutture sanitarie e aperte alla partecipazione dei cittadini e non più l'unico punto di riferimento per essere curati e guariti. Le concrete implicazioni pastorali di questo spostamento d'accento dall'ospedale al territorio sono numerose e investono di nuove responsabilità sia gli operatori pastorali impegnati nelle strutture di ricovero che quelli operanti nelle comunità parrocchiali. È richiesto un modo nuovo di impostare la pastorale sanitaria, che domanda rinnovamento tempestivo e creativo” (*La Pastorale della Salute nella Chiesa Italiana*, n. 21).

Dunque, la Pastorale della Salute, ha oltrepassato le mura dell'ospedale coinvolgendo particolarmente le parrocchie e chi in esse ha il compito di visitare i malati: diaconi permanenti, ministri straordinari della comunione eucaristica, gruppi di volontariato.

Ma la presenza del malato sul territorio interpella anche la “comunità civile”, chiamata a compiere scelte politiche e sociali orientate dalla solidarietà e dal bene comune, affinché “i servizi” rispondano con sollecitudine ai bisogni della persona. E' questo un obbligo, “in primis”, di chi opera negli Enti mediante l'apporto delle proprie competenze. Ma, la preparazione professionale qualificata e aggiornata, va intersecata ad un alto livello di moralità mediante una dedizione generosa, superando “le tentazioni” che ogni giorno constatiamo: abuso di potere, corruzione, clientelismo, ricerca del proprio profitto.

Non possiamo dimenticare, inoltre, che ci troviamo di fronte ad un “cancro” in stadio metastatico che uccide il presente e il futuro della nostra società. E il cancro si chiama “burocrazia”! Si pensi, ad esempio, allo sproporzionato,

farraginoso e disumano “iter burocratico” che i famigliari del malato o dell’anziano devono percorrere per usufruire d’interventi essenziali e vitali. E, allora, come cittadini e come cristiani, dobbiamo fare udire la nostra voce a nome delle centinaia di malati e di disabili, affinché siano offerte assistenza e cure adeguate, oltre una pregevole qualità di vita, come espresso nei fondamenti Costituzionali e in molteplici leggi.

Siamo sollecitati a fare nostro l’oneroso insegnamento che don L. Milani proponeva agli allievi della scuola di Barbiana: “I care”, mi interessa, non posso essere assente... “Tutti sentiamo un ‘i care’ dentro di noi - affermava il presbitero fiorentino - ma è ora di dargli un nome, un volto e decidersi se vale la pena d’impegnarsi o meno”<sup>37</sup>.

## **Il malato e la parrocchia**

Se ogni cittadino deve impegnarsi affinché il sofferente possa godere anche nella malattia e nella vecchiaia di una degna qualità di vita, un sforzo maggiore è richiesto alle parrocchie e ai cristiani che offrono la loro collaborazione svolgendo particolari ministeri.

Offriremo di seguito alcune indicazioni ai parroci e ai loro collaboratori in questo settore.

Molteplici sono i settori che una parrocchia deve animare: dalla catechesi alla famiglia, dalla liturgia alla pastorale giovanile... Tra questi è presente anche la Pastorale della Salute che è un emblema privilegiato della “maternità della Chiesa” e, di conseguenza, dell’incontro della comunità parrocchiale con l’uomo negli “eventi fondamentali” dell’esistenza: la nascita, la sofferenza, la malattia e la morte. Avvenimenti “radicalmente biografici” che non implicano unicamente dei problemi organizzativi o sociali ma prevalentemente riflessioni antropologiche e teologico-pastorali, essendo esperienze che offrono configurazione alla vita e contenuti all’esistenza.

L’impegno pastorale nell’ambito parrocchiale dovrebbe seguire due direttive: culturale e assistenziale.

### **Direttiva Culturale**

Affinché la Pastorale della Salute incida significativamente ed efficacemente sulle esperienze esistenziali, è opportuno agire criticamente sui modelli culturali prevalenti e più affascinanti.

Affinché l’evangelizzazione giunga al “cuore dell’uomo”, e quindi alle matrici culturali delle sue decisioni, ricordava il beato Paolo VI, è indispensabile

---

<sup>37</sup> L. Milani, *Il Vangelo come catechismo*, Ed. Libreria Fiorentina, Firenze 1958, pg. 91.

confrontarsi, nel nostro caso, con gli attuali cliscé di salute, di vita e di morte, incidere sugli stili quotidiani, proporre percorsi suggeriti dai valori evangelici.

E' un impegno oneroso ma irrinunciabile, diversamente, l'azione pastorale parrocchiale, si limiterebbe ad espressioni sacramentali e assistenziali-caritative, sempre doverose, ma insufficienti essendo distanti e separate dalle fasi decisive dell'esistenza e dalle sorgenti culturali.

### **CONCRETAMENTE**

Indichiamo alcune "coordinate".

1. Proponiamoci come "comunità sananti", infatti il Signore Gesù "non solo ha curato e guarito i malati, ma è stato anche instancabile promotore della salute. Il suo contributo in quest'area del vivere umano si è rivelato attraverso la sua persona, il suo insegnamento e le sue azioni. Il suo agire, infatti, è teso non solo a colmare l'indigenza dell'uomo, vittima dei propri limiti, ma anche a sostenere la sua tensione verso la pienezza di vita: 'Sono venuto perché abbiano la vita e l'abbiano in abbondanza' (Gv. 10,10)" (*Predicate il Vangelo e curate i malati*, n. 51).

E "l'azione sanante" genera un'attenta "prevenzione", già citata e così descritta nella Nota: "aiutando i giovani ad uno sviluppo umano e spirituale, accompagnando gli adulti nel superare con equilibrio le crisi della loro età, offrendo agli anziani risorse che li aiutino a vivere serenamente la vecchiaia" (*Predicate il Vangelo e curate i malati*, n. 51).

2. Approfondiamo le tematiche riguardanti la sofferenza e la salute, il vivere e il morire... nelle catechesi e nelle omelie domenicali quando il brano evangelico ne offra l'opportunità.

3. Organizziamo a livello parrocchiale o zonale eventi culturali ponendo attenzione alla diffusione di un'autentica teologia della sofferenza e ad una responsabile pedagogia del dolore, evitando l'inutile dolorismo.

4. Educiamo le famiglie a tenere presso di sé i congiunti in difficoltà e gli anziani senza valersi del ricovero in strutture protette, informandoli sui servizi territoriali che possono alleggerire problematiche sanitarie e sociali.

### **Direttiva Assistenziale**

La seconda direttiva riguarda l'assistenza e la carità.

Se una comunità parrocchiale o un'unità pastorale percepisce "il pregio" dei malati, come logica conseguenza, si aprirà ad un'accoglienza spontanea, così descritta nel documento CEI "Evangelizzazione e testimonianza della carità". "La carità evangelica, poiché si apre alla persona intera e non soltanto ai suoi bisogni, coinvolge la nostra stessa persona ed esige la conversione del cuore.



Può essere facile aiutare qualcuno senza accoglierlo pienamente. Accogliere il povero, il malato, lo straniero, il carcerato è fargli spazio nel proprio tempo, nella propria casa, nelle proprie amicizie, nella propria città e nelle proprie leggi. La carità è molto più impegnativa di una beneficenza occasionale: la prima coinvolge e crea un legame, la seconda si accontenta di un gesto” (n. 39).

## **CONCRETAMENTE**

Indichiamo alcune “coordinate”.

- 1.“Coinvolgere” le parrocchie limitrofe a un ospedale nella Pastorale della Salute mediante un costante e costruttivo rapporto con l’assistente spirituale, la cappellania e il consiglio pastorale ospedaliero.
- 2.“Conoscere” il proprio ambito territoriale, cioè le strutture socio-sanitarie presenti e le tipologie di assistenza offerte.
- 3.“Esaminare” una volta l’anno, in una riunione del consiglio pastorale parrocchiale, la Pastorale della Salute che si sta attuando.
- 4.“Formare” i Diaconi permanenti e i Ministri straordinari della comunione eucaristica ad accostare il malato pastoralmente e psicologicamente anche mediante corsi riguardanti la comunicazione e la relazione d’aiuto.
- 4.“Visitare” i malati in famiglia, assicurando a chi lo desidera la Santa Comunione ed assicurando alcune ore di compagnia all’infermo.
- 5.“Predisporre” il censimento dei malati presenti in parrocchia e aggiornare periodicamente l’elenco.
- 6.“Coinvolgere” adolescenti e giovani in esperienze di volontariato presso malati, anziani e disabili.
- 7.“Coordinare” le sinergie tra i vari gruppi affinché nessun malato “rimanga solo”.
- 8.“Promuovere” l’inserimento dei malati nella vita parrocchiale e negli organismi della comunità.
- 9.“Organizzare” eventi per malati ed anziani.

## **Il malato e la famiglia**

Le famiglie spesso gestiscono malattie complesse, irreversibili e inguaribili. L’allungarsi dell’età media di vita, l’incremento delle persone con patologie cronico-degenerative e tumorali, le possibilità di intervento terapeutico e di cura in situazioni critiche che consentono la sopravvivenza, a volte in condizioni alquanto precarie, coinvolgeranno sempre maggiormente la famiglia nella drammatica realtà della sofferenza.

Per questo, anche la famiglia, è un soggetto della Pastorale della Salute e merita attenzione da parte di chi visita il malato soprattutto a domicilio.

Con questi “appunti” vogliamo conoscere approfonditamente la famiglia del malato ed evidenziare che cosa si attende dalla comunità cristiana.

### **Il ruolo della famiglia e l’ “essenzialità per il malato**

La famiglia “*dovrebbe essere*” il luogo privilegiato delle relazioni e dell’ accoglienza reciproca dove sperimentare l’identica stima di ciascuno, pur nel rispetto di diversità, anche significanti di carattere, di personalità e di salute. “Dovrebbe essere” lo spazio di congiunzione delle generazioni per apprendere, conservare e trasmettere i valori fondanti ed irrinunciabili dell’esistenza. “Dovrebbe essere” il terreno della solidarietà e della socialità e contaminare la comunità civile con i comportamenti “buoni” che si vivono al suo interno.

Ci siamo avvalsi del “dovrebbe essere”, poiché la situazione attuale è contrastante, essendo carenti o quasi scomparsi nel contesto societario i concetti di “comunità” e di “appartenenza”.

Inoltre, la famiglia, attraversa negli ultimi decenni una profonda crisi con divorzi, separazioni, coppie di fatto, convivenze... che complicano ulteriormente i problemi e manifestano una “fragilità strutturale” che la rende, a volte, incapace di reagire alle difficoltà. La malattia, può costituire per la famiglia un peso opprimente e insopportabile, se non è sostenuta e tutelata come “il primo e più naturale luogo di cura”, poiché quando un componente si ammala, il nucleo familiare è sconvolto e profondamente coinvolto nella situazione del congiunto dato che una patologia colpisce le relazioni costitutive.

La famiglia, da sempre, ha rivestito un “ruolo centrale nella cura” dal momento che la presenza, il sostegno e l’affetto del nucleo parentale costituiscono per il sofferente un fattore essenziale. I famigliari, dunque, sono “elementi terapeutici” insostituibili, ma anch’essi devono compiere un percorso di accettazione e di maturazione che esige tempo, impegno e anche supporto esterno.

Ma, nonostante la famiglia abbia una funzione centrale per il malato, a volte è presente la tendenza, primariamente da parte delle istituzioni socio-sanitarie, a trascurarla, ad allontanarla, a giudicarla una presenza ingombrante e fastidiosa, scordandosi che il paziente è inserito in un contesto di relazioni famigliari. “La famiglia – ha ricordato papa Francesco - possiamo dire, è stata da sempre l’ ‘ospedale’ più vicino. Ancora oggi, in tante parti del mondo, l’ospedale è un privilegio per pochi, e spesso è lontano. Sono la mamma, il papà, i fratelli, le sorelle, le nonne che garantiscono le cure e aiutano a guarire” (10 giugno 2015).

Un nucleo familiare isolato, non può affrontare e risolvere i problemi generati da patologie complesse di un suo membro; soccombe nonostante gli atti eroici così descritti da papa Francesco: “Quante volte noi vediamo arrivare al lavoro

un uomo, una donna con una faccia stanca, con un atteggiamento stanco e quando gli si chiede 'Che cosa succede?', risponde: 'Ho dormito soltanto due ore perché a casa facciamo il turno per essere vicino al bimbo, alla bimba, al malato, al nonno, alla nonna'. E la giornata continua con il lavoro. Queste cose sono eroiche, sono l'eroicità delle famiglie! Quelle eroicità nascoste che si fanno con tenerezza e con coraggio quando in casa c'è qualcuno ammalato" (10 giugno 2015).

### **Chiesa e famiglia del malato**

Il Signore Gesù mostrò attenzione e premura anche ai familiari dei malati. Lo rileviamo nelle risurrezioni dove, evidentemente, trattandosi di defunti, la richiesta di vita non poteva che provenire dai famigliari. Inoltre, premura e sollecitudine nei riguardi dei genitori e dei parenti sono presenti, in vari miracoli di guarigione.

Gli insegnamenti del Cristo e alcuni Documenti del Magistero invitano la comunità cristiana a dilatare l'interesse alle famiglie dei malati instaurando rapporti umani ed affettivi, sostenendole moralmente, affinché superino la giustificata demoralizzazione. A volte, il sofferente o il morente, sono già riconciliati con il loro futuro, mentre la famiglia fatica ad ammettere l'ineluttabile! Suggerisce la Nota: "La Pastorale della Salute nella Chiesa Italiana": "A loro volta i famigliari hanno bisogno di sostegno per vivere, senza smarrirsi, il peso imposto dalla malattia di un loro congiunto. Un accompagnamento premuroso, che trova uno dei luoghi più propizi nella visita a domicilio o all'ospedale; questa può aiutarli a scoprire nella dolorosa stagione della sofferenza, preziosi valori umani e spirituali" (n.37).

### **CONCRETAMENTE**

Indichiamo alcune "coordinate".

1.Programmare catechesi sull'accompagnamento delle famiglie con situazioni gravi di malattia e celebrazioni rivolte ai famigliari dei malati o degli anziani. E' uno strumento pastorale rilevante anche per sensibilizzare la comunità a realizzare atti di carità.

2.Prospectare ai giovani la "solidarietà generazionale".

L'esempio è proposto dalla Madonna. Il recarsi dalla cugina Elisabetta che essendo gravida in età avanzata necessitava di assistenza (cfr.: Lc. 1,39-45) mostra nel rapporto tra quelle due donne la "solidarietà fra le generazioni". Unite dall'essere parenti, Maria e Elisabetta, sono lontane nell'età ma accomunate dalla comune esperienza della prima maternità. "Non c'è futuro per il popolo senza questo incontro tra le generazioni, senza che i figli ricevano con

riconoscenza il testimone della vita dalle mani dei genitori. E dentro questa riconoscenza per chi ti ha trasmesso la vita, c'è anche la riconoscenza per il Padre che è nei cieli" (*Papa Francesco*, 28 settembre 2014).

3.Sviluppare la cultura dell' "umanizzazione della sofferenza".

"La misura dell'umanità si determina essenzialmente nel rapporto con la sofferenza e col sofferente. Questo vale per il singolo come per la società. Una società che non riesce ad accettare i sofferenti e non è capace di contribuire mediante la com-passione a far sì che la sofferenza venga condivisa e portata anche interiormente è una società crudele e disumana"<sup>38</sup>.Ciò significa che supportare la famiglia è una tappa decisiva per edificare la cultura della com-passione e prevenire pericolose derive disumane nei confronti della vita.

## **Conclusioni**

Le conclusioni del capitolo le lasciamo a papa Francesco.

"La debolezza e la sofferenza dei nostri affetti più cari e più sacri, possono essere, per i nostri figli e i nostri nipoti, una scuola di vita - è importante educare i figli, i nipoti a capire questa vicinanza nella malattia in famiglia - e lo diventano quando i momenti della malattia sono accompagnati dalla preghiera e dalla vicinanza affettuosa e premurosa dei familiari. La comunità cristiana sa bene che la famiglia, nella prova della malattia, non va lasciata sola. E dobbiamo dire grazie al Signore per quelle belle esperienze di fraternità ecclesiale che aiutano le famiglie ad attraversare il difficile momento del dolore e della sofferenza. Questa vicinanza cristiana, da famiglia a famiglia, è un vero tesoro per la parrocchia; un tesoro di sapienza, che aiuta le famiglie nei momenti difficili e fa capire il Regno di Dio meglio di tanti discorsi" (*10 giugno 2015*).

---

<sup>38</sup> *Spe salvi*, op. cit., n. 38.

## COME PREPARACI A COMUNICARE CON IL SOFFERENTE

### Cap. 6 - Sofferenza e morte nel “contesto societario contemporaneo”

L'indagare sui significati della sofferenza e della morte sono esigenze fondamentali della persona che emergono quotidianamente ed interrogano gli uomini di ogni epoca storica. Da sempre, unicamente questa ricerca, consente di vivere fruttuosamente e serenamente il tragitto, lungo o breve, della propria esistenza. Questi interrogativi irrompono nel più vasto contesto dei cosiddetti “grandi interrogativi della vita”: chi è l'uomo? qual è il senso dell'esistenza? cosa avviene quando si muore? la persona è destinata all'eternità?

Sono interrogazioni che investono l'uomo che può temporaneamente eluderle, soffocarle, allontanarle ritenendole “inquietudini moleste” ma poi si ripresentano drammaticamente e ineluttabilmente.

Questa ricerca è faticosa soprattutto nel post moderno, poiché le ideologie o utopie riconducibili ad una scienza che prometteva soluzioni alla maggioranza delle patologie, e forse anche l'eliminazione della morte come affermò l'oncologo americano A. Silverstein nel testo “La conquista della morte” che aveva come sottotitolo “Perché potremmo essere l'ultima generazione che muore. Come e quando la medicina sconfiggerà definitivamente la morte”<sup>39</sup>, sono crollate e naufragate.

Di fronte a queste constatazioni, e al fatto che nessuna conquista o filosofia sono esaurienti, occorre oltrepassare l'ambito delle conoscenze umane. Ciò fu affermato da sempre dai maggiori filosofi. Ad esempio, Platone, sosteneva che se gli uomini dovessero abbandonarsi ad attraversare il grande mare della vita con i loro semplici ragionamenti, assomiglierebbero a persone a bordo di una zattera inconsistente sbattuta qua e là dalle onde<sup>40</sup>.

L'interrogarsi sui grandi quesiti esistenziali porta, come affermato, inesorabilmente alla tematica della sofferenza che anch'essa esige delle risposte poiché le chiede con insistenza ogni malato. Ma, nessuno, può fornirne riscontri significativi, poiché la sofferenza è da sempre un mistero inaccessibile. E, allora, come comportarci? Dobbiamo addestrarci ad intrattenerci con i nostri ammalati quando vogliono “parlare” con noi della loro sofferenza, essendo

---

<sup>39</sup> A. SILVERSTEIN, *La conquista della morte. Perché potremmo essere l'ultima generazione che muore. Come e quando la medicina sconfiggerà definitivamente la morte*, Rusconi, Milano 1982.

<sup>40</sup> PLATONE, *Il Fedone*, XXXV.

questi colloqui essenziali alla cura riducendo l'ansia e conferendo speranza. Però, come presupposto di ogni conversazione, dobbiamo porre il massimo rispetto, riguardando questi argomenti gli strati più profondi ed intimi dell'uomo. Affermava da ammalato il cardinale J.M. Villot: "Sappiamo costruire delle belle frasi sul dolore, io stesso ne ho parlato con calore. Dite di non dire più niente; noi ignoriamo quello che è; lo si capisce solo quando lo si vive"<sup>41</sup>. E gli fece eco Carlo Bo affermando: "non c'è una letteratura della sofferenza, ci sono solo dei gridi"<sup>42</sup>. E, i "gridi", non si spiegano, solo si ascoltano!

Nel proseguo di questi "appunti" entreremo in questa "originale letteratura" con l'obiettivo di spronare il lettore ad ascoltare le angosciose domande dell'infermo. Suggerisce la psichiatra svizzera E. Kubler Ross nel testo "La morte e il morire" che riporta i risultati di una ricerca condotta su duecento malati tumorali riguardo al rilievo del dialogo medico-paziente sulle tematiche della sofferenza e della morte (ma l'osservazione è valevole per tutti coloro che accostano un sofferente): "Per trovare la formula giusta per un incontro è necessaria la capacità di un medico di pensare alla propria sofferenza e alla propria morte. Qualora questo fosse per lui un pensiero arduo, qualora la sofferenza e la morte fosse per lui un evento terribile, da considerare 'tabù' egli allora non potrà parlarne serenamente e con spirito caritatevole con i suoi ammalati"<sup>43</sup>.

Ognuno, quindi, deve verificare la capacità di fornire un riscontro veritiero!

### **“Sofferenza”, tematica scontata ma ostica**

Un proverbio arabo afferma: "Non c'è nulla di più scontato dell'aria ma guai a non respirarla". Lo stesso possiamo asserire per la sofferenza e per la morte, essendo la prima un evento che senz'altro, prima o poi, si presenterà nella nostra esistenza, e la seconda, l'unica scadenza indiscutibile della vita indipendentemente dalle convinzioni religiose, filosofiche e sociali, anche se rimane "fuori" dai nostri programmi. Pur comprendendo il timore che queste tematiche suscitano e le ragioni psicologiche che ci inducono ad allontanarle dalla quotidianità, isolandole in angoli remoti, riteniamo come affermava lo psichiatra viennese V. Frank che "vivere è sofferenza, sopravvivere è trovare il senso a queste sofferenze; cioè il senso della vita deve anche comprendere la sofferenza e la morte"<sup>44</sup>. Dunque, chi anela a vivere pienamente e totalmente la propria esistenza, come già affermato, non può sfuggire la riflessione su questi limiti.

---

<sup>41</sup> Dall'Omelia di san Giovanni Paolo II alle esequie del Cardinale, 13 marzo 1979.

<sup>42</sup> C. BO, *Scandalo della Speranza*, Vallecchi, Firenze 1957, pg.57.

<sup>43</sup> E. KUBLER ROSS, *La morte e il morire*, Cittadella, Assisi 2005, pg. 87.

<sup>44</sup> V. FRANK, *Un significato per l'esistenza. Psicoterapia e umanismo*, Città Nuova, Roma 1990, pg. 89.

Inoltre, la storia, avanza attraversata dalla sofferenza che non tende a spegnersi, anzi è in continuo ampliamento come possiamo verificare tutti i giorni. Quindi, il dolore, è inseparabile dalla vita, partecipa al mistero stesso dell'uomo, pertanto "eliminarlo completamente dal mondo non sta nelle nostre possibilità semplicemente perché nessuno di noi è in grado di eliminare il potere del male, della colpa che - lo vediamo - è continuamente fonte di tribulazioni"<sup>45</sup>. Inoltre, a volte, siamo di fronte a "croci senza crocefissi", cioè sofferenze fisiche, psicologiche e sociali apparentemente prive di significato, procurate accidentalmente dalle circostanze della vita o dalla pessima gestione di eventi personali o anche determinate da particolari normative. A complicare l'argomento s'inserisce anche la "sofferenza innocente", quella della domanda rivolta a Dio da Ivan, un personaggio di F. Dostoevskij: "Se tutti devono soffrire per comprare con la sofferenza l'armonia eterna, che c'entrano i bambini? Rispondimi, per favore. E' del tutto incomprensibile il motivo per cui dovrebbero soffrire anche loro e perché tocchi pure a loro comprare l'armonia con la sofferenza"<sup>46</sup>. Infine, la sofferenza, smentisce il disegno della creazione nel quale "tutto era molto buono" (Gen. 2,31), e nel pensiero originale di Dio non erano previsti il dolore e il male, ma la vita dell'uomo si sarebbe sviluppata seguendo un progetto eccellente nella libertà e nell'equilibrio dei valori e delle forze, e l'umanità sarebbe vissuta attendendo di essere trasfusa nella visione beatificata.

Anche se tanti, mediante la sofferenza, hanno ritrovato "l'autenticità dell'esistenza", questa è una roccia contro la quale è facile "sfracellarsi", anche nei confronti dell'Assoluto, poiché il dolore depone sempre contro Dio e la fiducia che dovremmo a Lui. Ad esempio, lo scrittore tedesco G. Buchner nel testo "La morte di Danton" (1835) si chiedeva: "Perché soffro?". E concludeva: "Questa è la roccia dell'ateismo"<sup>47</sup>.

### **"La Morte" che allontaniamo**

La nascita, la crescita e la morte formano un trinomio inscindibile essendo momenti costitutivi della persona che dovrebbe acquisire sia "l'ars vivendi" che "l'ars moriendi" così descritta da H. Nouwen: "La gente muore. Non solo i pochi che conosco, ma innumerevoli persone, ovunque, ogni giorno, ogni ora. Morire è l'evento umano più naturale, qualcosa che tutti dobbiamo sperimentare. Ma moriamo bene? La nostra morte è qualcosa di più di un destino inevitabile, qualcosa che semplicemente non vorremmo esistesse. Ma può diventare in

---

<sup>45</sup> BENEDETTO XVI, *Spe salvi*, n. 36.

<sup>46</sup> F. DOSTOEVSKIJ, *I fratelli Karamazov*, Garzanti, Milano 1992, pg. 338.

<sup>47</sup> Cfr.: G. BÜCHNER, *La mort de Danton, Léonce et Lena, Woyzeck*, Lenz, Paris, Flammarion, 1997, pp. 13-14.

qualche modo l'atto di una realizzazione, forse più umana di ogni altro atto umano"<sup>48</sup>. Però, quando l'uomo, "non sa più guardare alla propria morte, e mettersi in rapporto con ciò che giace oltre lo spazio e il tempo della sua esistenza, perde il desiderio di creare e l'eccitazione di essere uomo"<sup>49</sup>. Dunque, la morte, dovrebbe costituire un momento altamente significativo ed espressivo della vita.

Ma, della morte, è arduo parlarne: ricorda la finitezza e la caducità, incute paura, provoca terrore, suscita pudori in continua crescita non essendo controllabile. J. Baudrillard affermava: "Al giorno d'oggi non è normale essere morti (...). Essere morti è un'anomalia impensabile, rispetto alla quale tutte le altre sono inoffensive. La morte è una delinquenza, una devianza incurabile"<sup>50</sup>. Inoltre, il contesto societario, diffida di trattare il tema come ogni altro argomento, o meglio di recepire la morte come il naturale compimento della persona; perciò si muore peggio che in passato!

Da fatto biologico, da "sorella" con la quale convivere è stata trasformata in nemico da combattere, mostro da esorcizzare, fatto da negare, anche se poi, in varie circostanze, invade le televisioni e i giornali, ed è presentata nei talk show e nei film come spettacolarizzazione banalizzata dove il rispetto e la riverenza sono assenti. La morte si è trasformata nel "tabù" degli ultimi decenni del XX° secolo e dei primi del XXI°. Sembra "che l'antico divieto sociale di parlare di sesso e di funzioni genitali si è oggi spostato sulla morte e sui morti, tanto che G. Gorer parla di 'pornografia della morte' (The Pornography of death, è il titolo della sua opera)"<sup>51</sup>. Concetto ripreso anche da P. Ariès: "oggi sembra che ci si vergogni a parlare di morte, come una volta ci si vergognava a parlare di sesso e dei suoi piaceri"<sup>52</sup>.

Oggi, come già affermato, si vive come se non si dovesse morire mai! La vita è sradicata dalla morte; tutto ci distrae da quest'idea, e di conseguenza la visione che ha estromesso la morte dalla quotidianità, ha fatto smarrire anche la capacità di "accompagnare il prossimo alla morte". Da evento gestito nell'ambito familiare e comunitario, dove la persona terminava la vita nel proprio letto, affidava le sue ultime volontà, riceveva i sacramenti e si consegnava con fiducia a Dio per compiere una "buona morte", è divenuto un avvenimento anonimo da relegare in spazi artificiali, in ambienti specialistici per "scompare in silenzio", lontano dalla quotidianità, nell' impersonale stanza d'ospedale o nella "casa di riposo" (RSA) per non turbare l'equilibrio delle persone. Quasi si elogia chi "se

---

<sup>48</sup> H. NOUWEN, *Il dono del compimento*, Queriniana, Brescia 1995, pg. 12.

<sup>49</sup> H. NOUWEN, *Il guaritore ferito*, Queriniana, Brescia 1982, pg. 18.

<sup>50</sup> J. BAUDRILLARD, *Lo scambio simbolico e la morte*, Feltrinelli, Milano 2007, pg. 89.

<sup>51</sup> D. TETTAMANZI, *Nuova bioetica cristiana*, Piemme, Casale Monferrato (Al) 2000, pg. 534.

<sup>52</sup> P. ARIES, *Storia della morte in occidente*, Rizzoli, Milano 1998, pg. 184.



ne è andato rapidamente senza disturbare nessuno”, facendo una “bella morte”, descritta da R. Rémond, come quella che “sopraggiunge all’improvviso, che vi porta via di sorpresa come un ladro e vi risparmia la sofferenza, la decadenza fisica e mentale, il timore dell’ultima ora”<sup>53</sup>. Poi, sono state ideate prevalentemente nelle grandi città, le “case funebri” dove esporre la salma, affinché la società non sia turbata da quest’ “anomalia inaccettabile”. E anche quando si visitano le spoglie mortali si esprimono attestati di stima per lo scomparso, ma pochi si interrogano del suo futuro.

La morte, dunque, è stata “privatizzata” dovendo questa coinvolgere unicamente i famigliari del defunto. E, di conseguenza, si predispongono alcuni accorgimenti affinché scorra inosservata e velocemente: niente rintocchi di campane a lutto o necrologi murali, nessun corteo funebre al cui passaggio, nel passato, ci si toglieva rispettosamente il cappello, basta abiti appropriati al lutto per non adottare un atteggiamento dissimile da quello di tutti gli altri giorni. E, no, al culto della memoria<sup>54</sup> e alle lacrime definite da Ariès come “le escrezioni del malato e le urine; le une e le altre sono ripugnanti”<sup>55</sup>.

Le difese più comuni sono quelle di “negare, rimuovere, dimenticare; sembrano le uniche modalità per combattere l’angoscia di morte propria di questa società, di queste città che sono come grandi cimiteri, sotto la luna, di uomini morti, o uomini che devono morire e che molto spesso hanno nessuna o poca speranza in una loro personale vita eterna”<sup>56</sup>. Rammentava il filosofo B. Pascal: “gli uomini non avendo potuto liberarsi dalla morte, dall’ignoranza e dalla miseria, hanno deciso per essere felici di non pensarci”<sup>57</sup>.

Pure negli ospedali il vocabolo “morte” è sussurrato sottovoce, sostituendolo con il termine “exitum”. La medicina, che spesso non riconosce i propri limiti, ha trasformato la visione della morte, e anche il medico, quando si dissolvono le speranze, tende spesso a “passare la mano”, ad esempio, diradando le visite. E’ stato verificato che se in un reparto suonano contemporaneamente due campanelli, quello di un ammalato ordinario e quello di un morente, l’operatore sanitario istintivamente risponde per primo a quello del paziente comune. Di fronte a questi comportamenti, possiamo affermare, che la “disumanizzazione medica” della morte è ambientale e relazionale.

---

<sup>53</sup> R. REMOND, *Il nuovo anticristianesimo*, Lindau, Torino 2007, pg. 16.

<sup>54</sup> Scrive Ariès: “Nel XIX secolo era dappertutto presente: cortei funebri, abiti da lutto, estensione dei cimiteri e della loro superficie, visite e pellegrinaggi alle tombe, culto della memoria, ma questo eloquente scenario di morte si è dissolto nell’epoca nostra, e la morte è divenuta l’*innominabile*. Ormai tutto avviene come se né io, né tu, né quelli che mi sono cari, fossimo più mortali” (*Storia della morte in occidente*, op. cit., pg. 75).

<sup>55</sup> *Storia della morte in occidente*, op. cit., pg. 69.

<sup>56</sup> S. ACQUAVIVA, *Eros, morte e esperienza religiosa*, LaTerza, Bari 1990, pg. 160.

<sup>57</sup> B. PASCAL, *Pensiero*, n. 250.

Ovviamente, anche nel passato, la morte procurava timori ma per ragioni opposte alle attuali: ieri la paura era suscitata dal giudizio di Dio, oggi dalla sua dimenticanza!

### **La morte nel “vissuto personale”**

La morte, abbiamo affermato, mostra l'instabilità e la precarietà dei nostri giorni! Vari autori sostengono che l'atteggiamento che si assume d'innanzi alla morte trae origine principalmente dal comportamento tenuto nell'esistenza; infatti, ogni considerazione sulla morte, richiama una determinata visione della quotidianità vissuta. In latino i verbi “nascere” e “morire” sono deponenti, cioè assumono “forma passiva” e “significato attivo”. La “forma passiva” indica un evento indipendente dalla scelta personale, il “significato attivo” mostra che il fatto ha l'accezione che noi gli attribuiamo. Per questo notiamo due atteggiamenti divergenti.

“Il primo” è adeguatamente riassunto nella “Leggenda di Samarcanda”<sup>58</sup>. G. Ancona, che riporta la leggenda nell'introduzione ad un suo libro, così commenta: “Suggerimento e realismo s'intrecciano nella leggenda di Samarcanda che rappresenta nell'essenza il paradigma di un incontro ineludibile: l'uomo e la morte. Per quanto, infatti, ci sforziamo di non pensarla o fuggirla, la morte è sempre lì ad attenderci...”<sup>59</sup>. Inoltre, la secolarizzazione e la laicizzazione della società hanno reso maggiormente ostico l'argomento, poiché la maggioranza dei nostri contemporanei faticano a comprendere un destino di “uomini risorti” spiritualmente e corporalmente, mentre, nel passato, quando la religione cristiana, che ha come fondamento la risurrezione del Signore Gesù<sup>60</sup>, era maggiormente vissuta e praticata, questo era un indubbio riferimento.

“Il secondo” atteggiamento è di profferire alla morte un “significato pienamente esistenziale” come afferma il cristianesimo che autorizza il credente a giustificare la morte come parte integrante di un cammino infinitamente più vasto; essa, non annulla la persona, ma la trasfigura mediante il perdurare

---

<sup>58</sup> “C'era una volta un uomo che non voleva morire. Era un uomo di Isfahan. E una sera quest'uomo vide la Morte che lo aspettava seduta sulla sedia di casa. ‘Cosa vuoi da me?’ gridò l'uomo. E la Morte: ‘Sono venuta a...’. L'uomo non le lasciò completare la frase, saltò su un cavallo veloce e a briglia sciolta fuggì in direzione di Samarcanda. Galoppò tre giorni e tre notti, senza fermarsi mai, e all'alba del terzo giorno giunse a Samarcanda. Qui, sicuro che la Morte avesse perso le sue tracce, scese da cavallo, e si mise in cerca di un alloggio. Ma quando entrò in camera trovò che la Morte lo aspettava seduta sul letto. La Morte si alzò, gli andò incontro e gli disse: ‘Sono felice che tu sia arrivato e in tempo, temevo che ci perdessimo, che tu andassi da un'altra parte o che tu arrivassi in ritardo. A Isfahan non mi lasciasti parlare. Ero venuta a Isfahan per avvisarti che ti davo appuntamento all'alba del terzo giorno nella camera di quest'albergo, qui a Samarcanda’”. G. ANCONA, *La morte. Teologia e catechesi*, Paoline, Cinisello Balsamo (Mi) 1993, pg. 2.

<sup>59</sup> *La morte. Teologia e catechesi*, op.cit., pg. 6.

<sup>60</sup> “Se Cristo non è risuscitato, allora è vana la nostra predicazione ed è vana anche la nostra fede” (*Lettera di san Paolo ai Corinzi* 15,14).

dell'esistenza in tempi e in condizioni mutati rispetto agli attuali. Chi è convinto di ciò organizza saggiamente la quotidianità sostenuto da valori, sentimenti e progetti che oltrepassano il terreno, realizzando esperienze arricchenti e rinunciando a quelle banali e negative.

Questa osservazione ci porta nel sesto capitolo di questi "appunti", dove vedremo che cosa il cristianesimo afferma sulla sofferenza e sulla morte.

## Cap.7 - Sofferenza e morte nella “visione cristiana”

### La sofferenza

#### La sofferenza “spiegata” dal Signore Gesù

Le radici delle disperazioni di molti le possiamo identificare, prevalentemente, nella “rappresentazione errata” di Dio, totalmente discordante da quella presentata dal Signore Gesù, e nello scorretto rapporto determinato tra dolore e punizione divina, sofferenza e colpa. Per questo, ad esempio, vari malati si domandano: "Perché Dio mi castiga così?". Oppure affermano: "Ho vissuto una vita buona e oggi sono afflitto da una grave patologia". O, a livello più generale, ci si interroga perché il Creatore tolleri disastri naturali o azioni barbarie.

Gesù, offre l'adeguata chiave di lettura, commentando alcuni episodi della quotidianità.

#### L'UCCISIONE DI ALCUNI GALILEI E IL CROLLO DELLA TORRE DI SILOE (cfr.: Lc. 13,1-5)

Riferirono al Maestro due episodi di cronaca che immediatamente commenta: il massacro, per ordine di Pilato, di alcuni Galilei che si erano recati a Gerusalemme per offrire dei sacrifici e il crollo di una torre, quella di Siloe, in costruzione lungo le mura di Gerusalemme che provocò la morte di diciotto operai.

Cristo non evade l'arduo quesito, e pur non offrendo un'opinione sulla morte dei galilei e degli operai, sfata un'opinione ampiamente radicata tra gli ebrei che interpretavano la sofferenza come “un'azione punitiva di Dio” per i peccati personali o sociali, reputando questa convinzione la soluzione teologica del problema. Il Signore Gesù, afferma invece che quelle vittime non erano maggiormente peccatori di altri uomini o più meritevoli di castighi. Inoltre, se Dio fosse “il regista” del dolore, rinnegherebbe la sua identità di Padre buono e misericordioso e, quindi, non meriterebbe la nostra adorazione e il nostro affidamento.

Vicende della Palestina di ieri, ma storie di sempre, che prendono il nome di attacco alle “Twin Towers” di New York, di attentati di kamikaze, di stragi terroristiche... e l'insegnamento di Gesù di ieri è valido anche oggi: "Se non vi convertirate", cioè se non purificherete i vostri cuori e i vostri pensieri e non modificherete i vostri rapporti, "perirete tutti allo stesso modo" (Lc. 13,5). Dunque, i patimenti, sono “un avviso” del giudizio di Dio che interessa tutti. Pertanto, di fronte a una malattia o a una disgrazia, non dobbiamo ricercarne le cause ma domandarci come sfruttare al meglio la situazione. Ribadì il cardinale

C.M. Martini: "Urge dirci che se non avviene un cambio di mentalità radicale nella scala dei valori, se non vengono messe al primo posto la pace, la solidarietà, la mutua convivenza, l'accoglienza reciproca, l'ascolto e la stima dell'altro, l'accettazione, il perdono, la riconciliazione delle differenze, il dialogo fraterno e quello politico e diplomatico... noi avremo sempre a che fare con nuove forme di sofferenze e di violenze"<sup>61</sup>.

#### IL CIECO NATO (cfr.: Gv. 9, 1-47)

Identica opinione fu espressa dal Messia anche a margine della guarigione del "cieco nato" dove, all'inizio del racconto, gli apostoli interpreti della "mentalità diffusa", pongono un interrogativo: "Chi ha peccato lui o i suoi genitori?" (Gv. 9,2), riferendosi ad una tradizione rabbinica che affermava che il bambino nacque cieco poichè la madre, nel corso della gravidanza, aveva peccato e il figlio fu "inquinato". Si intravede, dunque, in questa patologia una "responsabilità collettiva". Un'altra interpretazione reputava che la cecità precedesse le colpe che l'uomo avrebbe compiuto da adulto, quindi delimitava la gravità. Senz'altro, alla base di questo quesito, stava la convinzione che Dio non punisce senza adeguate motivazioni.

La risposta del Cristo capovolse completamente la mentalità corrente negando la responsabilità del malato o dei suoi parenti: "Né lui né i suoi genitori" (Gv. 9,3a), come pure ribadì che la cecità non era il risultato di un castigo divino. Il Maestro, trasformò la curiosità in riflessione: "E' avvenuto perché si manifestassero le opere di Dio" (Gv. 9,3b). In altre parole, quel cieco, non denunciava un peccato, ma il beneficio che le opere di Dio arrecano. Concetto ripreso anche da san Giovanni Paolo II: "La sofferenza deve servire alla conversione, cioè alla ricostruzione del bene nel soggetto, che può riconoscere la misericordia divina in questa chiamata alla penitenza"<sup>62</sup>. Dunque quello che noi percepiamo in negativo, va riletto in positivo!

Da questi episodi deduciamo, come più volte affermato ma qui è "il nocciolo del problema", molti si sono foggiate un' "immagine di Dio" seguendo i propri desideri, quindi un Essere Divino che risani ed esaudisca la nostra volontà, che premi il bene, il giusto e il vero. Con alcune storture, anche inconsciamente, abbiamo "sfruttato Dio", reputandolo "uno strumento nelle nostre mani" poichè ci necessita un Assoluto che dirima i nostri problemi e le nostre preoccupazioni. Però, il Dio presentato da Gesù Cristo, ha caratteristiche diverse. E' onnipotente ma "nella misericordia e nel perdono"; "la grandezza del Dio

---

<sup>61</sup> C. M. MARTINI, *Educare alla solidarietà sociale e politica*, Dehoniane, Bologna 1990, pg. 407.

<sup>62</sup> *Salvifici doloris*, op. cit, n. 12.

cristiano” sta “nell'umiltà” e non nella potenza, poiché la sua autentica potestà è “l'amore”. Unicamente accettando questa “immagine dell'Assoluto”, la sofferenza acquisisce contenuto e significato!

Spesso, pur stimando l'importanza dell'amore, escludiamo la possibilità che questo possa procedere con il dolore. Anche se può apparire un assurdo o uno scandalo, come lo è la Rivelazione evangelica confrontata con i nostri parametri umani, si pensi esempio alle beatitudini, “non c'è amore privo di dolore e viceversa”!

Unicamente, in questa prospettiva, comprendiamo che accostando un malato assistiamo a un “mistero”, non interpretato come un “qualcosa di nascosto”, ma recepito nel significato biblico di salvezza, poichè quel dolore può trasformarsi in tempo di pentimento e di conversione. Non a caso, molti, come abbiamo visto, hanno completamente modificato la loro esistenza a seguito di una malattia!

## **La morte**

### **La morte: il più bello deve ancora avvenire**

Per profferire un significato pienamente esistenziale alla morte, il credente, la deve accogliere ed accettare come parte integrante della vita, poiché non annulla la persona ma unicamente la trasfigura.

“Il problema”, ricordava il cardinale G. Biffi “è molto interessante, drammatico e inevitabile, perché i casi sono due: con la morte o si va a finire nel niente o si va a finire nella vita eterna. Le altre soluzioni sono forzatamente provvisorie. Io so già che tra qualche anno o andrò a finire nel niente o andrò a finire nella vita eterna. Ma se andrò a finire nel niente, io vivo già adesso per niente; cioè, se l'approdo dell'esistenza è il niente, anche la sostanza dell'esistenza è il niente, e questa è un'assurdità. Che qualcosa debba venire dal niente solo per tornare al niente è una contraddizione”<sup>63</sup>. E, il cardinale, testimoniò il suo credere fino alla morte come dichiarò il suo successore a Bologna, il cardinale C. Caffarra, che ai funerali affermò: “Il vescovo Giacomo fu maestro di fede anche nella lunga tribolazione della malattia. Non potrò mai dimenticare il modo con cui accettò l'amputazione di una gamba. Il volto emanava serenità, pace, abbandono. La fede era diventata vita nel senso più profondo al punto da dirmi: ‘il più bello deve ancora avvenire!’ ”. Questa osservazione del cardinale Biffi, mostra uno stretto legame tra vita e morte, poichè il Signore Gesù con la sua risurrezione ha insegnato che a seguito della morte, l'esistenza di ogni uomo proseguirà nell'eternità in comunione con Dio. In Cristo, rammentava san Paolo,

---

<sup>63</sup> G. BIFFI, *L'Aldilà*, LDC, Torino 1998, pg. 5.

“tutti riceveranno la vita (eterna)” (Cor. 15,22), essendo il Signore Gesù la “primizia di coloro che sono morti” (Cor. 15,20).

Da ultimo ricordiamo che un evento, quello della morte, si contrappone ad un altro avvenimento, quello della risurrezione. Il filosofo russo J. Solov'ev rammentava che la morte è “un fatto”, e nei confronti dei fatti, nessuna filosofia, ideologia ed illusione estetica resiste<sup>64</sup>. Ad una realtà, unicamente un altro evento, può opporsi con successo.

Il cristiano, possiede nella Risurrezione di Cristo, l'avvenimento che lo sostiene nei confronti della morte che rimane, pur sempre, un mistero ed un “passaggio” doloroso. Per questo, la morte, è spesso circondata dal timore. Anche il Signore Gesù, incarnandosi, ha sperimentato l'autentica esperienza della morte; come ha reagito? Nel Getsemani ebbe paura e fu assalito da attacchi di panico evidenziati dalla sudorazione “tinta di sangue” che scientificamente assume l'appellativo di “hematidrosis”, quando a seguito di una consistente tensione emotiva i capillari più piccoli possono rompersi e il sudore assume il colore del sangue (cfr.: Lc. 22,39-46), ma immediatamente reagì rivolgendosi al Padre: “Tuttavia non sia fatta la mia ma la tua volontà” (Lc. 22,42b). Questo mostra che il Cristianesimo, pur offrendo dei chiarimenti sulla morte, ne legittima il timore ma non la disperazione.

Unicamente riconciliandoci con la nostra morte, con quella che san Francesco d'Assisi definiva “sorella”, potremo intrattenerci con il sofferente su questa tematica e accompagnare efficacemente il prossimo alla sua morte!

A volte, la morte dell'altro, si trasforma anche in “maestra di vita”. Un esempio eloquente fu quello narrato da Fra Pierluigi Marchesi (Fatebenefratello). Siamo agli inizi degli anni 40' del ventesimo secolo, è in corso la seconda guerra mondiale, e Fra Pierluigi era novizio presso l'ospedale di Erba (Co). Un giorno, un treno proveniente da Milano, fu mitragliato e contemporaneamente anche la città di Erba subì pesanti attacchi bellici. Nelle sue memorie ricorderà che la cittadina della Brianza, in due giorni, dovette piangere centoundici vittime. E lui e i suoi confratelli, per una settimana, operarono giorno e notte per curare i feriti e per ricomporre e vestire i morti. Quella traumatica esperienza suscitò nel giovane novizio una profonda riflessione, che ricorderà nel corso di una conferenza dopo molti decenni: “Per me la vocazione è nata a Erba, perché quando si veste un morto se non hai una vocazione o si scappa o nasce la vocazione”<sup>65</sup>. Una vocazione che sarebbe proseguita per tutta la vita servendo gli ammalati.

---

<sup>64</sup> Cfr.: J. SOLOV'VE, *Sulla divino-umanità e altri scritti*, Jaca Book, Milano 1990, pp. 88-89.

<sup>65</sup> Cfr.: G. CERVELLERA – G.M. COMOLLI, *Ospitare l'uomo. La vita di Fra Pierluigi Marchesi*, Ancora, Milano 2012, pp. 22-23.

## Cap. 8 - Per una comunicazione efficace

Essendo quella “relazionale” una delle mansioni prioritarie del diacono permanente, del ministro straordinario dell'eucarestia e de volontario, evidenzieremo in questo capitolo gli elementi primari per impostare una valida comunicazione; non generica o didattico-pedagogica ma che assuma le caratteristiche di “valenza terapeutica” per il tempo della sofferenza.

### Rilievo della comunicazione

L'uomo ha innato il bisogno di porsi in relazione con gli altri per scambiare idee, informazioni, emozioni o per mantenere rapporti con l'ambiente familiare, professionale e sociale. Questa esigenza si è ampliata nell' epoca attuale, poichè la comunicazione negli ambiti tradizionali, ad esempio la famiglia, si è alquanto ridotta. Oggi, si sprecono molte parole ma il dialogo è scarso, e quindi proliferano inedite formalità comunicative (gruppi di auto-aiuto, ricorso a psicologi, lettere ai giornali, chat sul web, partecipazione a programmi televisivi, anche demenziali, trattando argomenti strettamente personali...).

Comunicare è impellente anche nel “tempo della sofferenza” di fronte ad un'impostazione sanitaria che, come già affermato, ritiene primari gli aspetti organici della malattia trascurando quelli relazionali ed emozionali.

Che il malato sia angosciato per l'intervento del giorno dopo; questo alla medicina non interessa. Che il malato sia terrorizzato dalla morte che avverte avvicinarsi ogni giorno di più; questo gli operatori sanitari spesso lo ignorano. La comunicazione, inoltre, riveste il ruolo di “drenaggio emotivo”: attenuando l'aggressività, la depressione e la passività.

Dunque, una delle esigenze più pressanti del paziente, è una “migliore comunicazione” con le figure istituzionali e non istituzionali.

### La comunicazione si manifesta con due sistemi espressivi

Il “*modello logico*”, cioè la “comunicazione verbale” che si concretizza con la parola.

Il “*modello analogico*”, cioè il non verbale, che si manifesta con i movimenti, i gesti, i simboli...

E' quindi essenziale correggere il concetto errato che la comunicazione sia costituita unicamente o primariamente dalla “parola”, poiché di un'adeguata attenzione è meritevole anche l'elemento “analogico”, in alcune situazioni più rilevante di quello “logico”. Infatti, mentre la comunicazione può essere supportata unicamente dall'aspetto “analogico”, è inattuabile quella “verbale” priva di riferimenti al “non verbale”. Inoltre, la comunicazione “analogica”, se



attentamente osservata, manifesta la congruenza, la veridicità e la sincerità dell'interlocutore.

### **Funzione Logica**

La funzione logica, o comunicazione verbale, pone come fondamento la "parola".

Il bambino, fin da piccolo, parla con destrezza; l'esistenza di ogni persona è intessuta di parole che l'accompagnano come il respiro. Notiamo, inoltre, una sfrenata corsa alle parole per propagandare la propria idea.

Eppure, il colloquio, è sempre una sfida! Possiamo pronunciare parole "giuste" o "sbagliate" che "aprono ferite" o "guariscono", che "costruiscono" o "distruggono", che creano "unione" o che producono "divisioni", che infondono "timore" o che emanano "pace"; parole di "vita" o di "morte"!

Nella comunicazione quotidiana con la parola trasferiamo notizie, opinioni, pareri...

Nella comunicazione con il sofferente dobbiamo andare oltre giungendo ad uno "scambio dei sentimenti" poiché, solamente a questo livello, comprendiamo come il bisognoso d'aiuto sta affrontando il suo dolore.

I sentimenti costituiscono il fondo vitale dell'uomo e manifestano il significato che un evento assume. Per questo sono la qualifica più profonda e più intima ottenibile dalla parola, assumendo la qualifica di "valenza terapeutica", considerevole nei riguardi dei procedimenti diagnostici e terapeutici che hanno alleviato unicamente il dolore fisico. Ma l'ansia, la trepidazione e la paura trovano nella farmacologia un conforto effimero e passeggero.

Da qui l'esigenza di un dialogo "da persona a persona", oltrepassando il ruolo; un rapporto tra due soggetti di pari dignità; un incontro tra due volti che si guardano negli occhi.

Se il nostro dialogo con il sofferente non realizza uno "scambio di sentimenti", di lui conosciamo poco o nulla essendo assente un'autentica apertura all'altro.

### **Funzione Analogica**

La funzione analogica osserva il "non verbale" e il "simbolismo comunicativo". E' poco conosciuta ma alquanto significate nella comunicazione.

Spesso riteniamo che la condivisione di un'idea si origini primariamente da una "convincente" comunicazione logica, scordando che l'inconscio, i sentimenti e le emozioni, si manifestano con modalità proprie.

L'influenza della funzione analogica si fonda sul fatto che spesso gli aspetti comportamentali sono istintivi più che logici e l'azione frequentemente precede

la logica. Dunque, quando la parola maschera o inganna, il corpo fornisce indici di verità!

La comunicazione analogica si concretizza nella gestione degli spazi fisici (distanza tra sé e gli altri...), nell'instabilità della postura (dondolio, posizione arti superiori o inferiori...), nella contrazione muscolare del volto (deglutizione, irrigidimento mascellare, fuga dello sguardo...), nell'utilizzo di rumori e di suoni (raschiamento della gola, emissione di sbuffi, ricorso continuo a interazioni prive di logicità...), nel palpeggiare tratti del corpo (fronte, orecchio, sopracciglio, naso, polso, dorso della mano...), nel valersi di alcuni oggetti (giocherellare con la penna o con l'anello, toccare la cravatta o la collana...), nell'abbigliamento (vestiti, trucco...).

L'ascolto solerte delle parole, la concentrazione sui gesti e la comprensione dei sentimenti, sono componenti basilari da rammentare in ogni incontro. Eviteremo l'omertà, la congiura della menzogna o il "gioco della maschera". Chi lo pratica, come in teatro, indossa una maschera per condurre un dialogo fittizio che non corrisponde al suo pensiero o per impersonare un ruolo differente da quello che quotidianamente vive. E anche il sofferente, per timore, per non turbare o compromettere determinati equilibri, indossa la sua maschera, finge e recita. Perciò, la visita al malato, si trasformerà in una farsa ed egli rimarrà sempre più solo con il suo dramma!

## **Elementi per comunicare "autenticamente" con il sofferente**

### **Accoglienza**

È la fase preliminare della comunicazione!

Accogliere l'altro, significa riconoscerlo "unico" e "irrepetibile", metterlo a proprio agio individuando i suoi bisogni essenziali e fondamentali particolarmente quelli di essere accolto e amato.

Spesso, il malato, attende chi è disponibile ad interessarsi della sua interiorità dove sono presenti ansie e angosce. Implora una comunicazione che acceda discretamente ma significativamente nel suo vissuto, affinché quel colloquio sia "una medicina" per un cuore che soffre ferite più profonde e più dolorose di quelle del corpo.

### **Ascolto**

Attenti a quello che l'altro espone, ma anche a "come" articola il pensiero e al suo tono di voce.

L'ascolto, è un'arte ostica, non essendo più abituati a questo assorbiti da una quotidianità frenetica. Inoltre l'attenzione è influenzata da fattori disturbanti: le preoccupazioni personali, il desiderio di offrire immediatamente delle risposte, il disinteresse, il timore del coinvolgimento emotivo...

Per ascoltare è indispensabile "il silenzio" esterno e interiore, poiché unicamente udendo la nostra interiorità ascolteremo meglio gli altri superando pregiudizi e preconcetti.

Possiamo qualificare l'ascolto un "atto spirituale", "poichè intriso della competenza interiore, dell'eco interiore proprio di ciascuno. Un perfetto ascolto non è possibile se l' interiorità è assente"<sup>66</sup>.

Ascoltare è dunque un esserci ed una presenza attiva!

### **Non giudicare**

"Giudicare" ed "etichettare", atteggiamenti che denotano il timore del confronto e l'incapacità a modificare il proprio "punto di vista", reprimono la comunicazione e bloccano la relazione.

A volte, inoltre, emettiamo giudizi, anche se possediamo pochi e frammentari indizi, e perseveriamo autoritariamente sulla nostra visione, scordando l'ammonizione del Signore Gesù a chi volevano lapidare un'adultera: "Chi di voi è senza peccato, scagli la prima pietra contro di lei" (cfr.: Gv. 8, 1-11), Affermazione concretizzata da papa Francesco: "Chi sono io per giudicare gli altri?" (29 luglio 2013).

In ambienti circoscritti, anche cristiani, la persona è a volte sentenziata da un dogmatismo manicheo e da preconcetti per un durevole periodo anche se si sforza di migliorare.

E' essenziale porre come criterio delle nostre affermazioni, e anche dei giudizi quando siamo invitati a formularli, l'accogliere un segreto come "un privilegio", superando gli irrigidimenti difensivi e l'inclinazione al colpevolizzare.

### **Rapporto assiduo con la propria interiorità**

Unicamente da un rapporto assiduo con la propria interiorità germoglia la consapevolezza di quello che stiamo compiendo oltre l' onestà con se stessi e con gli altri. Ciò offrirà la libertà di scusarci in particolari circostanze: "Oggi fatico ad ascoltarti non essendo sereno". Eviteremo che la comunicazione si trasformi in qualunquista o indifferente.

---

<sup>66</sup>G. COLOMBERO, *Dalle parole al dialogo. Aspetti psicologici della comunicazione interpersonale*, Paoline, Cinisello Balsamo (Mi) 1987, pg. 12.

### **Selezionare le richieste**

Il sofferente si rivolge al suo interlocutore con due modalità: esprimendo il desiderio di “essere preso a cuore” e qui esterna dubbi e timori, oppure dichiarando “il bisogno di capire” che si traduce nell'interrogativo: “Perché a me? Che male ho fatto?”. Di fronte a queste attese dobbiamo scegliere una replica che rispecchi la nostra esperienza.

La risposta al primo bisogno può essere espressa dal silenzio partecipativo che manifesta la nostra disponibilità: “Sono qui a tua disposizione”. Riguardo al “significato”, come accennato nei capitoli precedenti, ognuno deve verificare se è in grado di fornire un riscontro veritiero. Riteniamo che questo coincida con la maturità della propria fede.

### **Determinare una “distanza ottimale”**

E' utile, a volte, individuare “le tipologie di sofferenti” che possiamo accompagnare senza un coinvolgimento emotivo e psicologico troppo profondo poiché nessun operatore o volontario, come abbiamo affermato, è indenne dal “burnout”.

Esiste, inoltre, una “distanza ideologica ottimale” da conoscere e da rispettare; ciò significa comprendere se il sofferente ha avuto e possiede ancora dei modelli di riferimento che lo sostengano. A volte, nel periodo della malattia o nell'approssimarsi della morte, si propongono i propri principi e valori anche se il malato è incapace di assimilarli. E' opportuno, invece, risvegliare quelli che lui ha vissuto.

### **Il tempo opportuno**

Il tempo, elemento alquanto significativo della nostra vita, è ciò che di più prezioso possiamo donare agli altri procedendo “contro corrente” in una società dove solitamente si afferma: “Non ho tempo!”.

E quando questo sarà, per necessità breve, è opportuno sublimarlo con l'intensità della presenza.

### **Le risposte**

C. R. Rogers (1902-1987), psicologo statunitense famoso per i suoi studi sul counseling, evidenzia nella dinamica della comunicazione sei tipologie di risposte; cinque, affermava: “disturbano il processo di aiuto”, mentre una, quella “comprensiva”, consente una valida relazione.

Risposte inopportune: valutativa, interpretativa, rassicurante, investigativa e di soluzione immediata.

## VALUTATIVA

Quando siamo destinatari di una domanda, la risposta più comune è quella “valutativa” che propone consigli sull'interrogativo postoci o magari giudica l'altro.

Il giudizio potrebbe ingiustamente colpevolizzare anche quando non esistono responsabilità o colpe, oppure enfatizzare l'interlocutore se è positivo. Ma, fissando lo sguardo sulla situazione reale, si blocca o si rallenta ulteriori evoluzioni o progressi.

Concretizziamo l'argomento esaminando il comportamento di un “operatore pastorale” che sta visitando un reparto di chirurgia e una paziente afferma: “Domani devo subire un intervento e ho paura dell'anestesia”. E l'operatore risponde erratamente: “La sua è una preoccupazione consueta poiché la maggioranza dei pazienti teme l'anestesia”.

## INTERPRETATIVA

In questa risposta, l'attenzione si sposta dall'evento contingente alle motivazioni che sollecitano una modalità d'azione o di reazione, oscurando la tensione e l'effettivo bisogno dell'altro, soprattutto rispetto al significato. A volte, poi, ci si sostituisce allo stesso, tralasciando dati, informazioni e fatti, librandosi in astrazioni e deduzioni derivanti dai propri sentimenti e dalle proprie reazioni personali.

Sempre il nostro operatore pastorale offre la sua interpretazione alla paura della paziente: “Penso che lei sia portata ad essere un po' ansiosa; non è vero?”.

## RASSICURANTE

E' efficace in alcune situazioni poiché consola e incoraggia il malato che percepisce umanità e comprensione. E' questo, però, “un conforto” di breve durata particolarmente di fronte alle tematiche esistenziali, poiché l'aiutato si ritroverà a breve con i suoi angosciosi dubbi.

Rassicurare è il tentativo anche del nostro operatore pastorale: “E' una preoccupazione abbastanza normale prima di un intervento. Ma si sveglierà, sarà presto in piedi e riprenderà la sua vita quotidiana”.

## INVESTIGATIVA

Solitamente, lo stile investigativo è negativo, essendo dettato dalla curiosità o dalla fretta.

E' positivo unicamente se stimola l'interlocutore ad approfondire il proprio pensiero, aiutandolo a riconoscersi ancora idoneo a gestire la sua vita, superando la tentazione di abbandonarsi completamente agli altri.

Ma questo non appare l'obiettivo del nostro operatore pastorale: "Paura dell'anestesia? C'è qualcosa che la inquieta particolarmente nella sua vita?".

#### SOLUZIONE IMMEDIATA

Si suggerisce con autorità come comportarsi. Anche questa risposta è negativa poichè deresponsabilizza e mostra disinteresse oltre che il desiderio di chiarire rapidamente un problema.

Appare il movente del nostro operatore pastorale: "La tranquillizzerebbe, prima dell'intervento, sistemare alcuni aspetti del suo rapporto con Dio e con gli altri?".

#### COMPENSIVA (O DI COMPrensIONE)

Le risposte "di comprensione" germogliano dell'accoglienza dell'altro, della sua diversità e dei suoi limiti. Unicamente così comprendiamo totalmente la sofferenza o le problematiche dell'interlocutore.

Ricordava H. Nouwen: "Quando noi ci chiediamo quali sono le persone che nella nostra vita sono state le più significative, spesso troviamo che sono coloro che, invece di darci suggerimenti, soluzioni o rimedi, hanno preferito partecipare alla nostra pena e toccare le nostre ferite con mano tenera e gentile. L'amico che sa stare in silenzio con noi in un momento di disperazione o di confusione, che sa stare con noi in un'ora di lutto, di cordoglio, che accetta di non sapere, di non riuscire a curarci o a guarirci, e affronta con noi la realtà della nostra impotenza: questo è un amico che si prende cura di noi. La nostra tendenza è di scappare dalle situazioni penose o di tentare di cambiarle il più presto possibile. Ma curare, senza prenderci cura, fa di noi dei freddi funzionari o dei robot, e ci impedisce una vera comunione. Curare, senza prendersi cura, ci porta a perseguire i facili cambiamenti, ad essere impazienti ed incapaci di portare l'uno i pesi dell'altro. E così, curare può sfociare facilmente in una mancanza di rispetto, invece che in una esperienza di liberazione"<sup>67</sup>.

#### **La relazione d'aiuto**

In questa parte tratteremo una metodologia particolare di comunicazione, nominata "relazione d'aiuto", indicando anche dei suggerimenti per usufruirne, al meglio, con il malato.

#### **Proprietà specifiche di una relazione**

L'uomo, vive di relazioni che l'aiutano a crescere oppure a regredire!

---

<sup>67</sup> *Ministero creativo*, op. cit., pg. 81.

Le relazioni possiamo “subirle” o “imporle” quando provengono dal nostro o dall'altrui “io” egoista, mosse primariamente da gelosia o sono espressioni di possesso, di seduzione o di prevaricazione.

In altre situazioni le viviamo come “un dovere”, oppure assumono tipologie istituzionali avendo come fondamento una norma, un rapporto gerarchico o l'esercizio di un ruolo.

Da ultimo troviamo quelle impostate sul “dono” e sulla “solidarietà”, avendo come base la sacralità della persona e il rispetto di ogni situazione che l'altro sta vivendo.

### **Definizione di “relazione d'aiuto”**

La “relazione d'aiuto”, affermava Rogers, è quel “tipo particolare di relazione tra un aiutante preparato e una persona in cerca di aiuto, che si prefigge, attraverso la pratica di attitudini e l'uso di tecniche appropriate, di favorire la crescita dell'individuo a livello personale, interpersonale e spirituale”<sup>68</sup>. E' “una relazione – prosegue Rogers - non direttiva, ma centrata sulla persona aiutata più che sui suoi problemi o difficoltà, dove l'aiutante unisce i propri sforzi a quelli dell'aiutato, ma è quest'ultimo il responsabile primo del proprio cambiamento”<sup>69</sup>. E' essenziale, quindi, la professionalità dell'aiutante per favorire “il progressivo passaggio dal buon senso comune e da un certo volontarismo sentimentale ad una tecnica educativo-relazionale e di riabilitazione psicologico-umana, attraverso la quale la persona che desidera aiuto impara a prendersi autonomamente in carico”<sup>70</sup>. Infatti, “la sensibilità delle persone che chiedono aiuto fa spesso temere il rapporto, anche perché certe relazioni d'aiuto sono sorrette da atteggiamenti solo apparentemente non direttivi. Si verificano pertanto abusi ed errori che derivano dal non tenere presente il dinamismo psicologico, la dignità e la libertà della persona che si ha di fronte; abusi ed errori che derivano dalla poca valorizzazione delle risorse del tu, perché non si ha fiducia che lui ce la possa fare da solo. Da questa ‘non-fiducia’ e poca stima possono derivare chiusure e blocchi nell'espressione e nella comunicazione di sé”<sup>71</sup>.

---

<sup>68</sup> A. BRUSCO – S. MARINELLI, *Iniziazione al dialogo e alla relazione di aiuto, 1 livello*, Il Segno dei Gabrielli Editori, S. Pietro in Cariano (Vr) 1997, pg. 19.

<sup>69</sup> A. MORO, *La relazione d'aiuto*, in G.M. COMOLLI – I. MONTICELLI (a cura di), *Manuale di Pastorale Sanitaria*, Camilliane, Torino 1999, pg. 224.

<sup>70</sup> *La relazione d'aiuto*, op. cit., pg. 225.

<sup>71</sup> *La relazione d'aiuto*, op. cit., pg. 226.

La metodologia deve essere caratterizzata da due peculiarità.

#### *1. La spontaneità o genuinità dell'aiutante.*

“Tutti noi conosciamo individui di cui ci fidiamo perché sentiamo che essi sono realmente come appaiono, aperti e trasparenti; in questo caso sentiamo di avere a che fare con la persona stessa, non con una facciata cortese o professionale. Questa è la genuinità”<sup>72</sup>.

“Genuinità” o “spontaneità” interpretate come obbligo ad essere totalmente se stessi, senza rifugiarsi o identificarsi nel ruolo, senza porre barriere difensive o mistificare la situazione.

#### *2. Non formulare giudizi morali.*

L'accoglienza incondizionata, la stima e il rispetto dell'altro devono evitare la formulazione di giudizi morali almeno fino a quando non si è compreso totalmente il problema.

Rogers ricordava che l'aiutante “deve comunicare al suo cliente il profondo e sincero interesse per lui come persona con potenzialità umane; un interesse non contaminato da un giudizio sulle idee, sui sentimenti o sul comportamento del paziente”<sup>73</sup>.

Unicamente in un confronto dove l'altro avverte di essere riconosciuto “per quello che è”, potrà compiersi una reale e pacata auto-esplorazione poichè, senza timore, saranno evidenziati e riconosciuti errori e fallimenti passati, azioni controproducenti e limiti attuali.

### **Comprensione empatica**

Un proverbio indiano così la riassume: “O grande spirito, non permettere che io giudichi il camminare dell'altro fin quando non abbia fatto molte leghe con le sue scarpe”.

Realizzare l'empatia, significa “comprendere i problemi dell'altro, cogliere i suoi sentimenti, mettersi al suo posto, avere fiducia nella sua capacità di andare avanti, rispettare la sua libertà e la sua intimità, non giudicarlo, accettarlo così com'è e come vuole diventare, vedere lui e non i nostri problemi”<sup>74</sup>. Rogers affermava: “Sentire il mondo più intimo dei valori personali del cliente come se fosse proprio, senza però mai perdere la qualità del 'come se', è empatia. Sentire la sua confusione, o la sua timidezza, o la sua ira, o il suo sentimento di essere trattato ingiustamente come se fossero propri, senza tuttavia che la propria paura, o il proprio sospetto si confondano con i suoi, questa è la

---

<sup>72</sup> C. ROGERS, *La terapia centrata sul cliente*, Martinelli, Firenze 1970, pg. 95.

<sup>73</sup> *La terapia centrata sul cliente*, op. cit., pg. 96.

<sup>74</sup> M. MELENDO, *Passione per la vita*, CVX, Roma 1990, pg. 29.



condizione che sto cercando di descrivere e che ritengo essenziali per instaurare un rapporto produttivo”<sup>75</sup>.

L'empatia è, dunque, la capacità di mettersi nell'ottica dell'altro o meglio nei “panni” dell'altro; “nei suoi significati più intimi e personali come se fossero i propri, senza d'altronde dimenticare che nostri non sono”<sup>76</sup>, cioè senza giungere al coinvolgimento totale che in psicologia si chiama “simpatia”.

La tecnica da usare è la “risposta-riflesso”

-Rispecchiare i sentimenti dell'altro e riformulare i contenuti espressi dall'interlocutore.

-Riepilogare il messaggio comunicato per accertarsi di averlo compreso totalmente e pienamente.

-Riassumere gli argomenti espressi, sottolineando situazioni di interesse specifico.

-Chiarire eventuali dubbi.

Ciò consentirà di comprendere i fatti, i sentimenti e le emozioni che l'interlocutore sta vivendo e che stanno alla base della sua parola e del suo comportamento.

Unicamente dopo aver percepito la preoccupazione e i sentimenti dell'altro potremo offrirgli un aiuto nel cogliere le problematiche fondamentali della sua situazione, fargli assumere le sue responsabilità, stabilire degli obiettivi e dei percorsi, possibilmente da verificare insieme.

Ma anche quando non si potrà agire concretamente, il sofferente avvertirà un autentico giovamento, avendo fatto esperienza di una profonda condivisione.

---

<sup>75</sup> *La terapia centrata sul cliente*, op. cit., pg. 92.

<sup>76</sup> *La terapia centrata sul cliente*, op. cit., pg. 97.

## BIBLIOGRAFIA

U. ANDRETTO, M. BALDO, *Psicologia e malato*, Ed. Camilliane, Torino 1994.

ARCIDIOCESI DI MILANO. SERVIZIO PER LA PASTORALE DELLA SALUTE, *Sofferenza e salvezza. C'è un perché al dolore dell'uomo?*, Centro Ambrosiano, Milano 2010.

A. BRUSCO (a cura di), *Curate i malati. La pastorale della salute nella Chiesa italiana*, Camilliane, Torino 1990.

A. BRUSCO, *La relazione pastorale d'aiuto. Camminare insieme*, Ed. Camilliane, Torino 1993.

A. BRUSCO, S. PINTOR, *Sulle orme di Cristo medico. Manuale di Teologia Pastorale Sanitaria*, EDB, Bologna 1999.

A. BRUSCO, *Attraversare il guado insieme. L'accompagnamento psico-pastorale del malato*, Il Segno dei Gabrielli, Verona 2007.

E. LANGHERO, M. BRUNETTI (a cura di), *Percorsi di pastorale della salute*, Ed. Camilliane, Torino 2012.

M. PETRINI, G.M. SALVATI, E. SAPORI, P. SGRECCIA (a cura di), *Lineamenti di Teologia Pastorale della Salute*, Ed. Camilliane, Torino 2013.

C. ROCCHETTA, *"Guarì tutti i malati". Gesù medico delle anime e dei corpi*, EDB, Bologna 2013.

L. SANDRIN, *Chiesa, comunità sanante. Una prospettiva teologico-pastorale*, Paoline, Milano 2000.

L. SANDRIN, *Fragile vita. Lo sguardo della Teologia Pastorale*, Camilliane, Torino 2005.

G. SEGALLA, *Gesù e i malati*, Gregoriana, Padova 1987.

-R. VISENTINI, G. RECCHIA, *Malattia, famiglia, salute e speranza*, Il Segno dei Gabrielli editori, Verona 2008.