



CELEBRARE E COMPRENDERE L'UNZIONE DEGLI INFERMI

Nuova serie
n. 1
2017



Vivere la malattia come tempo di prova e di grazia Il sacramento dell'Unzione degli infermi: approccio teologico-morale

Andrea GAINO

Abstract

The celebration of the sacrament of the Anointing of the sick has been recently known in Pastoral procedures, particularly because of the theological renewal promoted by Vatican Council II – a renewed consideration. From the sacrament that marks the passage from this life to the other life to a sacrament that accompanies life in a difficult moment: during illness. This process is also concerned with the moral theological reflection that questions the meaning and fundamental elements of the Sacrament of Anointing in order to promote its proper acceptance in Pastoral practice. The path of reflection that we are proposing here starts with the relationship between sacrament and illness looking, above all, to investigate it in the anthropological dimension, with particular reference to how our contemporary Western cultural context of today understands and lives with illness. This approach will bring us to briefly address the theological perspective on illness and the sacrament, particularly considering the practice of Jesus and the church of Christian origins, in order to finally highlight the real moral value of the illness experienced.

La celebrazione del sacramento dell'Unzione degli infermi ha conosciuto nella prassi pastorale recente, specie per il rinnovamento teologico promosso dal Concilio Vaticano II, una rinnovata attenzione. Da sacramento che segna il passaggio da questa all'altra vita è maturata la sua comprensione come sacramento che accompagna la vita in un suo momento particolare: la malattia. Questo processo di maturazione ha riguardato anche la riflessione teologico morale che si interroga sul significato e sugli elementi costitutivi del sacramento dell'unzione per favorire una sua più corretta recezione nella prassi pastorale. Il percorso di riflessione che qui proponiamo parte dalla relazione tra sacramento e malattia cercando anzitutto di investigarne la dimensione antropologica, con particolare riferimento a come il nostro contesto culturale odierno e occidentale comprende e vive la malattia. Questo approccio porterà poi a confrontarsi brevemente con la prospettiva teologica sulla malattia e sul sacramento, in particolare considerando la prassi di Gesù e della chiesa delle origini cristiane, per poter, infine, evidenziare la valenza propriamente morale della malattia vissuta.

La celebrazione del sacramento dell'Unzione degli infermi ha conosciuto nella prassi pastorale recente, in particolare a motivo dal rinnovamento teologico promosso dal Concilio Vaticano II, una rinnovata attenzione. Da sacramento che segna il

passaggio da questa all'altra vita, perciò legato al momento della morte, è maturata la sua comprensione come sacramento che accompagna la vita in un suo momento particolare, critico, com'è quello della malattia. Questo processo di matura-

zione ha riguardato anche la riflessione teologica che si interroga sul significato e sugli elementi costitutivi del sacramento dell'unzione; così, «nella teologia contemporanea è prevalente la prospettiva che [...] assume il riferimento alla malattia come costitutivo del sacramento»¹.

Questa maturazione non manca tuttavia di incontrare difficoltà a essere pienamente recepita nella prassi pastorale. Infatti, accanto a significative esperienze di accompagnamento dei malati in contesto di fede e di vita comunitaria, dove trova adeguata collocazione la celebrazione del sacramento dell'Unzione, si è conosciuta anche una sua "banalizzazione" che lo ha fatto diventare sacramento dato in celebrazioni comunitarie senza una esplicita richiesta e un adeguato discernimento delle condizioni per la sua celebrazione; al tempo stesso, permane la prassi di una sua celebrazione privata, vissuta in "extremis" quando chi riceve il sacramento è in condizione di scarsa, se non nulla, consapevolezza e il sacramento sembra "dato" soprattutto per assecondare uno scrupolo dei congiunti.

Proprio il rimando alla prassi attuale porta con sé l'esigenza di pensare a fondo la verità di questo Sacramento, anche dal punto di vista della sua valenza morale, perché sia celebrato e vissuto con consapevolezza e disponibilità come evento di grazia in un tempo particolare della vita².

L'esperienza della malattia e della sofferenza fa parte della vita umana: nessuno è esonerato dal farla provandola direttamente su di sé o avvicinando chi la sta vivendo sulla propria pelle³. È esperienza che si manifesta in modi diversi, ma che sempre lascia l'impressione di non essere "proporzionata": si vorrebbe evitarla, ma non è possibile, si vorrebbe distribuirla equamente, ma non è dato di farlo. Sono tante le domande che

sofferenza e malattia suscitano in chi le incontra: perciò sono anche invito al pensiero.

Avvicinare la sofferenza, anche solo nello sforzo di pensarla, esige delicatezza, cura e molta umiltà. Affrontare il tema della malattia dal punto di vista della teologia morale implica anzitutto la delicatezza e la consapevolezza di stare di fronte a una questione tanto irrisolvibile quanto ineludibile, perciò sempre approssimata, mai definita e tuttavia avvicinata. È compito che può essere affrontato solo "insieme", in prospettiva interdisciplinare, come si tenta di fare nei saggi offerti in questo numero della rivista e come tenteremo di fare anche in questo nostro contributo che si pensa in prospettiva teologico morale, ma che incrocerà il contributo di altre discipline.

Pensare la malattia chiede anzitutto di confrontarsi con l'ampia semantica cui questo tema rimanda: sofferenza, dolore, patimento, limite; è questo il punto di vista proprio della prospettiva antropologica che porta al confronto con la riflessione filosofica sul tema.

La malattia poi, in particolare quella seria che pone di fronte al male e si presenta come rivelatrice del limite umano, in particolare del limite massimo che è la morte, pone domande profonde alla teologia: a queste domande non può esimersi la riflessione morale, che alle piste di riflessione offerte dalla teologia andrà ad attingere per il proprio discorso sulla malattia.

Da ultimo, poiché la riflessione morale ha a che fare con l'agire, il confronto va a implicare la domanda su cosa significhi agire nella malattia: si interrogherà circa l'agire di chi è malato e di chi si fa vicino e accompagna il malato.

Attraverso queste molteplici prospettive andremo a delineare il senso teologico morale della celebrazione del sacramento dell'Unzione degli infermi. Il percorso di riflessione che qui proponiamo parte dalla relazione tra sacramento e malattia cercando anzitutto di investigare la dimensione antropologica della malattia, con particolare riferimento a come il nostro contesto culturale odierno e occidentale comprende e vive la malattia. Questo approccio porterà poi a confrontarsi brevemente con la prospettiva teologica sulla malattia e sul sacramento, in particolare considerando la prassi di Gesù e della chiesa delle origini cristiane, per poter, infine, evidenziare la valenza propriamente morale della malattia vissuta.

¹ A. MAFFEIS, *Penitenza e unzione dei malati*, Nuovo corso di teologia sistematica. 9, Brescia: Queriniana 2013, p. 354.

² Cf CEI COMMISSIONE EPISCOPALE PER IL SERVIZIO DELLA CARITÀ E LA SALUTE, «*Predicate il vangelo e curate i malati*». *La comunità cristiana e la pastorale della salute. Nota pastorale*, Roma 4 giugno 2006, n. 53.

³ Interessante, a tale riguardo, quanto afferma D. Tracy che riconosce cinque verità circa l'evento della sofferenza: la sua ineluttabilità; il suo porsi in un contesto condiviso con la felicità umana; le sue fondamenta nell'analogia, nell'univocità e nell'equivocità; la sua relazione con un Dio compassionevole; le sue cause molteplici. Cf D. TRACY, *Sulla sofferenza: l'evento multiforme*, in *Concilium* LII (2016/3), 35-45.

1. Il significato antropologico della malattia

Una attenta considerazione sulla “storia” della celebrazione dell’unzione degli infermi consente di riconoscere i diversi accenti che di volta in volta ha conosciuto questa prassi nella vita della chiesa⁴. L’indagine porta a riconoscere che «La riscoperta della tradizione liturgica e teologica più antica non solo ha restituito centralità alla finalità terapeutica del sacramento, ma ha stimolato una riflessione orientata a valorizzare la situazione antropologica della malattia come punto di partenza per la comprensione del sacramento dell’unzione»⁵. È questa acquisizione teologica che ci spinge ora a riflettere sul senso della malattia nel nostro contesto.

A tale riguardo è tuttavia importante precisare, fin dall’inizio, che assumere come centrale il riferimento alla malattia non significa dedurre il sacramento dalla condizione antropologica, significa piuttosto riconoscere che la verità del sacramento, la nostra assimilazione a Cristo, al suo mistero pasquale di morte e resurrezione, si attua nella nostra vita, in tutte le situazioni che essa presenta a partire da quelle che sembrano segnare in modo più profondo la nostra condizione umana. Tra queste sta sicuramente la malattia, situazione che «appartiene al numero di quelle esperienze fondamentali che concorrono a definire la qualità della condizione umana, che segnano quindi la vita di tutti noi»⁶, anzitutto quando ci tocca direttamente, ma anche quando tocca gli altri, in particolare chi ci è più caro e vicino. Proprio questa considerazione porta a interrogarci circa il significato umano della malattia.

1.1 La crescente medicalizzazione della malattia

Partiamo dal considerare come è compresa nel contesto attuale la malattia⁷.

Un primo tratto che caratterizza la malattia oggi è legato al grande e significativo sviluppo

che ha conosciuto la scienza medica. Le conquiste della medicina sono da annoverare sicuramente tra i guadagni di civiltà che si pongono a servizio della vita umana e di una più giusta e bella convivenza. Questo apprezzamento non ci esonera tuttavia dal riconoscere che il progresso della medicina ha portato con sé anche il rischio, e l’effettivo limite, di una comprensione riduttiva della malattia.

La “medicalizzazione” è fenomeno che porta a considerare la malattia sempre più come fatto tecnico, che riguarda l’organismo per il quale ha competenza il medico, sempre più specializzato e parcellizzato. In questo processo avviene una sorta di “oggettivazione” della malattia che è presa in esame come fatto clinico, per il quale si richiede una specifica competenza. L’attenzione si concentra sulla parte malata, sull’organismo malato e così passa in secondo piano, se non va completamente in ombra, il “corpo malato”, la persona malata. La malattia è vista dall’occhio medico come “sintomo”, segno di cui si cercano le cause e se ne considera l’esito, non appare più come “simbolo” di cui si domanda il senso⁸.

Un’altra caratteristica di questo processo è la progressiva “estraneazione” della persona malata dal processo di cura. La malattia tocca certamente la persona malata, la riguarda direttamente, ma l’approccio tecnico fa sì che il malato resti passivo e lasci quasi esclusivo spazio d’intervento a chi ha competenza in materia, al personale medico-sanitario, che risulta essere l’attore principale, se non esclusivo, nel processo di cura del malato, o per meglio dire dell’organismo malato.

Con questo rilievo non si vuole misconoscere l’attenzione che il personale medico-sanitario ha nei confronti della persona malata. Al contrario, l’esperienza racconta di dedizione e attenzione encomiabili nei confronti dei malati, presi in carico non solo come “casi clinici” ma realmente come persone. Non si tratta perciò di valutazione morale sul comportamento del personale, ma di una considerazione legata al “modello di approccio” alla malattia che matura con lo sviluppo della scienza e della tecnica medica.

⁴ Di questa indagine si occupano in modo specifico i contributi di Cristina Simonelli e Alessandro Scardoni.

⁵ MAFFEIS, *Penitenza e unzione*, 355.

⁶ G. ANGELINI, *La malattia, un tempo per volere. Saggio di filosofia morale*, Milano: Vita e Pensiero 2000, p. 3.

⁷ Per un approccio più ampio alla malattia vista in prospettiva antropologica e alla specificità dello sguardo odierno alla malattia si veda ANGELINI, *La malattia*; inoltre, U. GALIMBERTI, *Malattia*, in ID. *Idee: il catalogo è questo*, Milano: Feltrinelli 2003 pp. 132-135.

⁸ Significativamente osserva Galimberti che «lo sguardo medico non incontra il malato ma la sua malattia, e nel suo corpo non legge una biografia ma una patologia, dove la soggettività del paziente scompare dietro l’oggettività di segni sintomatici che non rinviano a un ambiente, a un modo di vivere, a una serie di abitudini contratte, ma a un quadro clinico dove le differenze individuali scompaiono»: GALIMBERTI, *Malattia*, 133.

Per ragione di verità va detto che lo stesso ambiente medico oggi sta prendendo coscienza di questo limite e sono diversi i segnali che invitano e orientano a un “cambio di paradigma” che favorisca un approccio più ampio alla malattia rispetto a quello offerto dal modello bio-medico. Si pensi, ad esempio, alla definizione di salute proposta dalla Organizzazione mondiale della sanità, quale «stato di completo benessere fisico, psichico e sociale e non semplicemente assenza di malattia», da considerarsi un diritto alla stregua degli altri diritti della persona⁹.

Come correttivo alla parzialità dell'approccio medicalizzante si vede crescere anche l'attenzione al profilo “psicologico” della malattia, integrativo di quello “fisiologico”. Questa attenzione sembra essere il tratto distintivo di una “medicina umanistica” che si prende carico della persona malata e non solo dell'organismo malato¹⁰: anch'essa va annoverata tra i guadagni della medicina. È tuttavia importante domandarsi se l'attenzione psicologica sappia andare oltre l'approccio così detto “clinico”¹¹ che considera sempre il malato come persona mancante alla quale occorre dare ciò di cui difetta. Perché ci sia effettiva attenzione alla persona si deve pensare a un modello di approccio diverso, precisamente al modello basato sulla “relazione personale” che si caratterizza per la reciprocità responsabile e impegna ciascuno dei partner del dialogo a rispondere di fronte all'altro di quello che fa. La differenza tra i modelli sta nel fatto che il primo, quello clinico, non si fa carico

della questione del “senso”, che invece è aspetto assolutamente non marginale nel vissuto umano della malattia e che deve perciò essere tenuto in conto, come avviene per il modello relazionale.

Il rimedio alla prospettiva riduttiva propria dell'approccio “medicalizzante” alla malattia non sta, ovviamente, nemmeno nel cercare “alternative” alla medicina tradizionale. Va ribadito che i “guadagni” portati dalla ricerca e dalla pratica medica sono da considerare senza ombra di dubbio un passo avanti nella cura dell'umano. Ciò che va recuperato è lo spazio per altri approcci alla malattia, integrativi e non alternativi a quello medico, e ancor più va sollecitata e maturata una fattiva e sana interazione tra i differenti approcci. La malattia non va solo “curata” ma va anche “vissuta”.

Sul vissuto della malattia vogliamo perciò ora fermare la nostra attenzione.

1.2 Malattia e dolore

Se da una considerazione legata al contesto culturale passiamo ora a riflettere direttamente sul significato antropologico della malattia ci troviamo a fare i conti con la questione del senso. Questa è sollevata quando l'esperienza del vivere incontra un intralcio nel suo abituale procedere. Sono le esperienze che mettono in “scacco” e obbligano a ripensare ciò che si fa e ciò cui si dà peso. Tra queste esperienze la malattia ha uno spazio peculiare, profondamente connesso all'esperienza del dolore¹².

Il dolore ha un nesso circolare con la malattia. Sarebbe impossibile parlare dell'una senza l'altro. Ora, nella malattia c'è quasi sempre una disfunzione organica, che, come abbiamo precedentemente visto, può essere classificata sulla base di una descrizione scientifica, che risale alle cause e prevede il decorso. In essa però c'è in gioco anche una percezione soggettiva che coinvolge l'intera esperienza di sé. In tal senso la malattia è un'esperienza simbolica, di passività e alterità, che giunge inattesa, come un nemico che mette a repentaglio sicurezze e abitudini, riguardo al corpo, alla libertà di movimento e all'autonomia e a ogni tipo di relazione. Da ciò viene l'acuto senso di isolamento, di solitudine e di spaesamento che l'accompagna.

⁹ Riporto altri due significativi riferimenti: la “*Carta degli operatori sanitari*” (1995) afferma che «L'attività medico-sanitaria si fonda su una relazione interpersonale, di natura particolare essendo un incontro tra una fiducia e una coscienza. La fiducia di un uomo, segnato dalla sofferenza e dalla malattia perciò bisognevole, che si affida alla coscienza di un altro che può farsi carico del suo bisogno e che gli va incontro per assisterlo, curarlo, guarirlo» (n.2); il “*Codice di deontologia medica*” (2014) dice che «La relazione tra medico e paziente è costituita sulla libertà di scelta e sull'individuazione e condivisione delle rispettive autonomie e responsabilità. Il medico nella relazione persegue l'alleanza di cura fondata sulla reciproca fiducia e sul mutuo rispetto dei valori e dei diritti e su un'informazione comprensibile e completa, considerando il tempo della comunicazione quale tempo di cura» (art. 20)

¹⁰ Cf G. ISRAEL, *Per una medicina umanistica. Apologia di una medicina che curi i malati come persone*, Torino: Lindau 2010.

¹¹ È interessante il rimando all'etimologia dei termini. *Klinichè* è l'aggettivo che qualifica originariamente la *techne* relativa a colui che giace a letto (*kline*).

¹² A tale riguardo si veda il significativo e ampio studio di S. NATOLI, *L'esperienza del dolore. Le forme del patire nella cultura occidentale*, Milano: Feltrinelli 1999.

La malattia è un evento di dolore, ma quest'ultimo è più vasto e non si riduce alla malattia: si insinua nella trama dell'esistenza, introducendo una discontinuità con il vissuto precedente che comporta nuovi sentimenti, pensieri, relazioni, attività, ritmi e stili di vita. Il suo potere sconvolgente è legato alla sua qualità "patetica".

Il dolore è un affetto, un *pathos*, che nel ricco mondo delle emozioni ha la forza di mettere in crisi e a volte di smentire il desiderio della vita buona, suscitato dalle prime esperienze del vivere. Nel suo sorprenderci, il dolore pone in questione il soggetto, costringendolo alla domanda pratica circa il senso stesso della vita.

Il dolore, prima di divenire "oggetto" di interpretazione riflessa, è un'esperienza che appartiene al vissuto della coscienza ed è come tale un enigma per l'intelligenza e una sfida per la libertà. Una fenomenologia del dolore richiederebbe di metterne in luce le principali forme, dai vissuti psicologici alle malattie del corpo. In tutti questi casi, esso riguarda il soggetto nella sua inscindibile unità e totalità.

Per il suo aspetto personale, il dolore è sempre anche culturalmente mediato. Non è possibile comprenderlo astraendo dalle forme culturali che lo interpretano. Ogni cultura, come ogni religione e ogni filosofia, ne propone un'interpretazione pratica. Dentro queste differenze culturali, esso presenta però alcune costanti che ci permettono di delinearne l'universale profilo esperienziale: è questo che cerchiamo ora di mettere in luce.

1.3 Malattia e solitudine

L'aspetto umanamente più drammatico della malattia va riconosciuto nel fatto che è strettamente legata all'esperienza della solitudine. Questa si annuncia alla persona malata da una duplice prospettiva: nell'esperienza che fa di sé e nell'esperienza che fa degli altri.

Caratteristica dell'esperienza del dolore e della malattia è che in essa si opera come una "inversione dell'intenzionalità" che caratterizza il corpo umano¹³. Se il corpo sano è tale perché non con-

¹³ Significativamente Galimberti afferma che «In occasione di qualsiasi malattia *l'ordine della mia presenza subisce un profondo capovolgimento* che non è un'implicanza secondaria che si aggiunge alla malattia come sua inevitabile "conseguenza psicologica", ma ne è piuttosto l'essenza. Essere ammalato significa, infatti, distogliere la mia intenzionalità dal mondo, dove si distende l'orizzonte della mia presenza e dove le cose assumono quel significato per cui ha un certo senso per me essere-nel-mondo, per

centra su di sé l'attenzione¹⁴, ma consente di mettersi in relazione con il mondo e gli altri proprio perché consente di fissare su di essi l'attenzione del soggetto, il corpo malato, dolorante costringe il soggetto a rivolgere a esso l'attenzione, lo porta a concentrarsi su se stesso, a "ripiegarsi" su di sé. Il corpo malato restringe di molto i confini dell'intenzionalità e dell'attenzione della persona e così può portarla a isolarsi. Chi è affetto da malattia sembra inesorabilmente costretto a restringere il campo della sua attenzione, a restringere il suo mondo, non ha forze né fisiche né psichiche per pensare agli altri. Ecco che progressivamente tende a chiudersi in sé: sperimenta una *solitudine per isolamento*.

Non è raro poi che il malato, in particolare nelle situazioni serie, veda crescere attorno a sé la fatica di mettersi in relazione con lui. Le persone che lo attorniano non sempre sanno sostenere la situazione, percepiscono imbarazzo, perché si vorrebbe fare e dire qualcosa ma non sempre si riesce. Poi, in un contesto efficientista com'è il nostro, l'impotenza di fronte alla malattia appare ancor più insopportabile e non di rado porta a prendere le distanze dal malato, che sperimenta allora una *solitudine per abbandono*.

Va infine ricordato che il lato oscuro della malattia, in specie quella grave, è dato dal fatto di essere esperienza che fa memoria della morte e sembra esserne un anticipo premonitore. Ed è la morte a segnalare la rottura col nostro mondo, a minacciare la massima solitudine¹⁵.

1.4 Malattia e senso della vita

Di fronte al dolore e alla malattia, in specie quella che compromette seriamente la salute, nascono esplicitamente o implicitamente diverse domande: cosa fare? cosa posso fare?... ma anche

raccogliarla sul mio corpo, anzi sulla malattia che non consente più al mio corpo di pro-gettarsi nel mondo come prima accadeva. Il corpo, da potenza operativa nel mondo, da *soggetto di intenzioni* diventa, quando sono affetto dalla malattia, *oggetto intenzionato*, ed io, che prima vivevo *per il mondo*, mi ritrovo improvvisamente a vivere *per il mio corpo*», U. GALIMBERTI, *Psichiatria e Fenomenologia*, Milano: Feltrinelli 2000, pp. 232-233.

¹⁴ Questa considerazione consente e domanda di differenziare *salute* da *salutismo* e da *edonismo*, che presentano entrambi la caratteristica di fissare narcisisticamente l'attenzione sul soggetto.

¹⁵ "Ognuno sta solo sul cuor della terra / trafitto da un raggio di Sole: / ed è subito sera" (S. Quasimodo, *Ed è subito sera*, 1942).

cosa ci posso fare? Espressione dell'ineluttabilità, di essere messi spalle al muro. Da questa situazione di scacco emerge la domanda sul senso: perché? perché a me?...

Nel dolore e nella malattia seria tutto è rimesso in gioco e si aprono interrogativi nuovi anche riguardo la fede in Dio. La questione è quella della teodicea: se Dio è buono ed è onnipotente, perché esistono malattia, sofferenza e male?¹⁶ Ma è anche e soprattutto la questione della tenuta della fede personale: come credere alla paternità/maternità di Dio se devo soffrire, se sperimento abbandono, se quanto ho vissuto come dono sembra ora venir meno?¹⁷

La sofferenza è sempre stata una sfida per l'uomo e lo è forse ancor più oggi, che abbiamo maturato maggiore capacità di intervento sulla "natura" e perciò lo scacco che la malattia e la sofferenza portano appare ancora maggiore, perché non ci si "rassegna" all'impotenza. La domanda di senso emerge così sempre più forte, ma resta ancora nell'orizzonte della rassegnazione o della ribellione: amarezza per la sconfitta delle capacità di intervento umano a rimedio della malattia e ribellione per la non accettazione di questo scacco.

Per altro verso, il fatto che ci si interroghi intorno alla sofferenza e al male lascia intravedere ciò che è proprio dell'umano, la sua capacità di pensare oltre il fattuale, il contingente, di poter pensare una situazione e condizione "altra" rispetto a quella di sofferenza che si sta vivendo: da qui arriva in modo ancor più intenso la domanda di senso che pongono la sofferenza e il male.

Se non appare ovvio rassegnarsi di fronte all'ineluttabilità della sofferenza, se non si lascia spazio solo alla ribellione scomposta per la sconfitta subita, può farsi spazio, proprio nella malat-

tia, la domanda su qualcosa di altro e di ulteriore che riguarda il vivere umano¹⁸.

La domanda non ha facili e immediate risposte; la mancanza di soluzione e il carattere "eccessivo" (eccedente) della sofferenza sollevano questioni che oltrepassano la filosofica e anche l'etica e coinvolgono la dimensione religiosa. Proprio questo "eccesso", che non può essere sbrigativamente e risolutivamente ricondotto ad attribuzioni di responsabilità e di colpa, chiama in causa Dio e pone a lui la domanda. Così «la teologia non può evitare di pensare la sofferenza, nonostante sia un pensiero che, per sua natura, fa male a chi pensa con sincerità».¹⁹

Il tempo della malattia e lo "scacco" che questa presenta, mentre fanno sorgere più limpida la domanda di senso, non di rado portano anche a una revisione di vita, in particolare ad un ripensamento delle priorità e dei valori che la reggono. Non è raro sentire persone che vivono il tempo della malattia, riconoscere che questa ha consentito loro di rivedere il loro passato e di ripensare la scala di valori che regge la loro esistenza. Per molti i valori materiali passano in secondo piano ed emergono come primari i valori relazionali: non ciò che si ha, ma le relazioni che si sono costruite mostrano in questo momento la loro forza e la loro preziosità. In questo esercizio di rivisitazione delle priorità può accadere che anche la stessa salute fisica, che pure è l'occasione della prova che al momento si sta vivendo, appaia meno fondamentale di quanto si immaginino²⁰.

¹⁸ In merito a ciò sono interessanti le riflessioni di U. GALIMBERTI, *La terra senza il male. Jung: dall'inconscio al simbolo*, Feltrinelli, Milano 1997⁵, in particolare 13-19. Per la "natura" non c'è cura della nostra singolarità e risuliamo semplicemente casi che servono al prosieguo della specie. Questa constatazione è "scandalo" per l'umano e di fronte all'"indifferenza della terra", l'uomo può percepire la propria differenza. Qui si rompe l'armonia e l'uomo comincia ad abitare straniero su questa terra, viandante alla ricerca di un senso. Se l'indifferenza della terra fa presente il male, si potrebbe pensare che solo se sparisce la differenza sparisce il male. Questa sembra la via percorsa dalla saggezza dell'oriente; via che, per altri percorsi, si incontra anche in tanta "indifferenza" che, oltre la rassegnazione, abita oggi il nostro occidente. Ma, per noi resta la domanda: è possibile uno stare nella "differenza" senza che questa faccia sorgere il male o meglio proprio senza sentire questa come male?

¹⁹ L.C. SUSIN, S. LEFEBVRE, D.F. PILARIO, D. IRARRAZAVL, *Editoriale. La sofferenza e Dio*, in *Concilium* LII (2016/3), 12.

²⁰ Cf G.D. BORASIO, *Saper morire. Cosa possiamo fare*,

¹⁶ Resta fuori dal nostro percorso il confronto con i diversi tentati fatti dalla teodicea per avvicinare il senso del male e la domanda che questo pone a Dio e su Dio. Andrebbe ricordato il faccia a faccia tra Dio e la sofferenza nel pensiero occidentale, i fallimenti in cui è incorso quel pensiero e le sfide sempre nuove che ad esso sono lanciate, così come le sue attuali possibilità, la solidarietà e la libertà come autentiche espressioni della protezione divina e della fiducia radicale di fronte al male: risposta pratica e non teoretica, perciò vera, ma mai esaustiva, né esaurita.

¹⁷ Cf M. CHIODI, *L'enigma della sofferenza e la testimonianza della cura. Teologia e filosofia dinanzi alla sfida del dolore*, Glossa, Milano 2003.

Tenendo sempre presente l'economia del nostro percorso non intendiamo inoltrarci in tutte le implicazioni che queste domande portano con sé. Più semplicemente, ci è sembrato significativo evocare la portata, riconducendo ora la questione più direttamente a quanto la riflessione sul Sacramento dell'unzione degli infermi comporta.

2. Il riferimento teologico

La riflessione teologica intorno al Sacramento dell'unzione dei malati si è mossa attorno a due linee interpretative fondamentali: quelle che prendono come riferimento essenziale per il sacramento ora la malattia ora la morte. Accanto a queste la riflessione ha prestato attenzione al fatto che il sacramento dell'unzione è collocato nella sfera di attrazione della penitenza e, di conseguenza, assume anche la valenza di remissione dei peccati. «Il sacramento dell'Unzione si trova a essere pensato nella sua destinazione al battezzato peccatore, anche se la peculiare situazione della malattia o dell'imminenza della morte ne definisce la figura specifica e ne giustifica la distinzione rispetto alla penitenza»²¹.

Per comprendere le implicazioni teologiche della celebrazione del Sacramento dell'Unzione facciamo brevemente riferimento alla prospettiva biblica, in particolare alla testimonianza neotestamentaria che ci riporta da una parte alla prassi di Gesù, al suo rapporto con i malati e alla sua stessa esperienza di sofferenza e morte, dall'altra alla progressiva istituzionalizzazione dell'azione della chiesa delle origini testimoniata in particolare nella lettera di Giacomo (5,14-15)²².

2.1 Il riferimento alla prassi e alla vicenda di Gesù

Il Nuovo Testamento attesta a più riprese la vicinanza di Gesù ai malati: nel suo ministero è centrale l'incontro con chi è affetto da infermità. Diversi sono i racconti di guarigioni operate da Gesù. Egli vede in questi eventi non semplicemente l'espressione di umana vicinanza e bontà verso chi vive una situazione di svantaggio, ma riconosce in essi l'approssimarsi del Regno di Dio. Il modo in cui Gesù vive l'incontro con i malati lascia perciò intendere come per lui questa

esperienza sia anzitutto luogo di annuncio, segno dell'accadere della signoria di Dio, come bene attesta l'evangelista Matteo «Gesù percorreva tutta la Galilea, insegnando nelle loro sinagoghe, annunciando il vangelo del Regno e guarendo ogni sorta di malattie e di infermità nel popolo» (Mt 4,23). Che si tratti di evento escatologico e non semplicemente di "buona azione" è indicato dall'intreccio, che l'agire di Gesù manifesta, tra guarigione e salvezza e, ulteriormente, tra guarigione e perdono dei peccati²³. I racconti evangelici evidenziano di frequente un legame tra malattia e peccato - basti pensare al racconto del paralitico guarito e perdonato: Mc 2,1-12. Questo non va assolutamente inteso come nesso di causalità, come riteneva un superficiale ed errato pensiero retributivo che vedeva la malattia quale effetto causato dal peccato. La fede di Israele, come si trova espressa in diversi testi del primo testamento - su tutti il libro di Giobbe -, così come la fede cristiana, che fa riferimento al nuovo testamento - si pensi anzitutto a Gv 9 -, ha preso inequivocabilmente le distanze da questo modo di pensare il rapporto tra malattia e peccato. Tuttavia non manca di riconoscere che tra questi c'è un nesso.

Escluso che di tratti di rapporto "causa-effetto" si riconosce che il peccato è la condizione propria di chi non si sa più in relazione con Dio, non riconosce più la Sua vicinanza come presenza a favore della vita, che vuole la vita. Pertanto chi si trova nella malattia e non percepisce più la vicinanza di Dio, vivrà la malattia come minaccia seria perché non sentirà accanto a sé colui che è datore di vita: si sentirà, invece, in balia di forze ostili alla vita. Quando Gesù avvicina i malati, lo fa anzitutto annunciando loro la vicinanza di Dio, l'accadere del Regno. Va detto che non si tratta di annuncio semplicemente verbale, ma di una prassi che annuncia: quanto lui fa ed è per le persone che incontra rende percepibile l'approssimarsi del Regno. Questa nuova esperienza della vicinanza di Dio è perciò accesso rinnovato al dono della vita (perdono) che Dio vuole per ognuno dei suoi figli. Questo annuncio è accolto nella fede, che sola riconosce il farsi presente di Dio in Gesù. Nella fede pertanto si accoglie il perdono e sempre nella fede si sperimenta la vicinanza di Dio che dona vita e salva.

Le esperienze di guarigione che i Vangeli narrano non vanno perciò viste semplicemente dal ver-

come possiamo prepararci, Torino: Bollati Boringhieri 2015, pp. 95-97.

²¹ MAFFEIS, *Penitenza e unzione*, 355.

²² È questo il percorso ampiamente illustrato dal contributo di Mauro Cauria, al quale rimandiamo.

²³ Cf X. THÉVENOT, *Le ali e la brezza. Etica e vita spirituale*, Magnano (BI): Edizioni Qiqajon 2002, pp. 70-77.

sante della ritrovata salute fisica, ma vanno intese come evento che ristabilisce la persona nella giusta posizione dentro la vita. Ecco perché più volte Gesù commenta quanto è avvenuto dicendo “la tua fede ti ha salvato/salvata”. Che non si tratti solo di guarigione fisica ma di salvezza personale è reso evidente dal fatto che le persone di cui si narra sono di nuovo, e forse meglio in modo nuovo, inserite nella trama delle relazioni che rende buona e bella la vita. È così che il Nuovo Testamento presenta l'intreccio tra peccato e malattia e tra guarigione e salvezza.

Questo significativo intreccio che il Nuovo Testamento e la sua comprensione teologica suggeriscono, impedisce di pensare la malattia come fatto puramente fisico e, al tempo stesso, di pensare l'azione sacramentale come fatto puramente “interiore”: ogni forma di dualismo è esclusa. Una corretta comprensione teologica della malattia orienta a pensarla non tanto come stato fisico, ma come condizione esistenziale che riguarda la persona nella sua totalità e chiama in causa l'intera rete delle sue relazioni.

Accanto a questo rimando alla prassi di Gesù va ricordato che per il Nuovo Testamento e per la fede cristiana il senso della sofferenza e il limite che la malattia annuncia, come anticipazione della morte, trovano il loro pieno significato nella Pasqua di Gesù. È il suo modo di vivere la passione e la morte, come affidamento al Padre nella fedeltà a se stesso e alla missione che ha segnato la sua vita, a dare pieno valore alla sofferenza e al morire. In forza di Gesù Cristo e in unione con Lui a tutti è dato di vivere la vita in ogni sua esperienza, compresa la sofferenza e la morte, affidandosi al Padre e attendendo il compimento della sua promessa. La storia di Gesù, compiuta nell'evento pasquale, dischiude al credente la possibilità di vivere il dolore senza cadere nell'interpretazione retributiva, né nella rassegnazione fatalista, né nell'ottimismo idealista, ma potendolo sostenere nell'affidamento a Lui, contrassegnato, ad un tempo, da resistenza e resa²⁴.

²⁴ «Di grande importanza è il ricorso a un'autentica teologia della sofferenza che, evitando di cadere nel *dolorismo*, sappia comunicare che anche gli eventi negativi della vita – non esclusa la malattia, l'handicap, la morte – sono “realtà redenta” dal Cristo e da lui assunta come “strumento di redenzione”»: CEI COMMISSIONE EPISCOPALE PER IL SERVIZIO DELLA CARITÀ E LA SALUTE, «*Predicate il vangelo e curate i malati*», n. 54.

2.2 Il riferimento alla prassi e alla testimonianza della Chiesa

La fede fondata sull'esperienza pasquale e il rimando alla prassi di Gesù guidano la prassi della chiesa nascente. Così, per riferimento a tale esperienza, la Chiesa delle origini ha maturato la consapevolezza di come va vissuta la malattia e di come vanno avvicinate le persone ammalate. Dando corso alla missione affidata da Gesù ai suoi discepoli (Lc 9,1-2.10,8-9) e attestata come comando del Risorto (Mc 16,15-20), la comunità cristiana ha compreso fin dagli inizi la vicinanza ai malati e la loro guarigione quali segni dell'accadere del Regno. La presenza presso i malati è perciò riconosciuta come attestazione della speranza escatologica di cui vive la comunità. Questa vicinanza si è resa manifesta in un gesto specifico, che bene è testimoniato nella lettera di Giacomo (Gc 5,13-16). Da qui è maturata la consapevolezza di una grazia particolare data dal Signore per vivere evangelicamente la malattia e l'approssimarsi alla morte.

La Chiesa sa che proprio nella vicinanza ai malati si attua la sua missione di comunità che annuncia e vive la speranza escatologica. Questo dato è essenziale per comprendere come vivere oggi la malattia e come avvicinare oggi chi è nella malattia. «In una situazione in cui l'uomo sperimenta nel proprio corpo le minacce radicali pendenti sulla sua vita, la preghiera e l'unzione della comunità ecclesiale diventano il segno realizzante della vicinanza di Dio, che salva e rinvigorisce la vita. In tal modo la Chiesa assolve la sua missione di annunciare, alla sequela di Gesù che si prese particolarmente cura dei malati, il vangelo dell'avvento della salvezza di Dio»²⁵.

3. La rilevanza morale

Quanto si è visto sul versante antropologico e il riferimento teologico cui si è fatto cenno ci portano ora a considerare la prospettiva propriamente morale implicata nella celebrazione del Sacramento dell'unzione. Questa riguarda tanto chi vive la malattia, come chi si approssima alla persona malata. Consideriamo ora questa duplice prospettiva, partendo anzitutto da chi vive in prima persona l'esperienza della malattia.

²⁵ F.-J. NOCKE, “*Dottrina dei Sacramenti*”, in Th. Schneider (a cura di), *Nuovo corso di Dogmatica*, 2, Brescia: Queriniana 1995, 219-451, p. 409.

3.1 La malattia interpella la libertà personale

Il punto di vista che vorremmo qui assumere è quello del malato, ancor più della coscienza del malato²⁶.

Il compito etico connesso con la malattia è ben noto alla tradizione cristiana ed è stato spesso declinato sviluppando il tema della malattia come occasione per fare penitenza²⁷; tale visione appare oggi discutibile e superata e giustamente si riconosce fuorviante ogni espressione che porta a pensare un rapporto immediato tra malattia e colpa. Tuttavia non si può non riconoscere anche un altro rischio, oggi più ricorrente, cioè quello di pensare che la malattia sia questione fisica che pertanto domanda solo un intervento tecnico orientato a eliminare la patologia o quantomeno a contenerne gli effetti. Va invece recuperato il significato etico della malattia che emerge quando si considera questa come un tempo della vita nel quale la libertà umana è chiamata con particolare urgenza a disporre di sé²⁸.

Come abbiamo precedentemente detto, la malattia, in particolare una malattia seria, porta sempre a ripensare alla propria vita, alle cose cui si è data importanza, ai valori cui ci si è ispirati. Non è raro che la malattia porti a riconoscere che non sempre si è dato giusto apprezzamento e va-

lore ad alcuni aspetti della vita, in particolare ad alcune relazioni. Spesso si riconosce quanto poco si sia apprezzata la vita sana di cui si è goduto!

Ma la malattia non porta solo a una rivisitazione e revisione del passato, ma anche a decidere per il presente e per il tempo a venire. Il “compito morale” che la malattia porta con sé è appello a «convertire la qualità dei desideri e occupazioni che polarizzavano la vita [e a] cercare una forma del volere diversa, capace di resistere agli effetti crudelmente ‘demistificanti’ della malattia»²⁹. La malattia interpella la coscienza, la fa uscire dalla latitanza perché la pone di fronte ad una scomoda novità.

Se la malattia “colpisce” la persona e, in qualche modo, la pone in una condizione di “passività”: la malattia è “patita”; va anche riconosciuto che se non si pensa la malattia solo dal punto di vista esterno, come patologia fisica, essa si presenta come esperienza da vivere attivamente. Pertanto chiama in causa la persona nella sua interezza, anzitutto nella sua coscienza: la malattia suscita domande e attende risposte, chiede una presa di posizione, interpella la libertà.

«È nella natura stessa della malattia essere tempo di prova, tempo dunque nel quale il complessivo progetto di vita del singolo non può essere semplicemente prolungato, ma deve invece essere ripreso, anche agonisticamente ‘verificato’ a opera della libertà individuale»³⁰. La condizione di passività, del “patire”, propria della malattia va perciò compresa non come esproprio della libertà, ma come “prova” della libertà, chiamata a rispondere, a dare ragione di sé anzitutto alla stessa persona malata e, quindi, a coloro che fanno parte del suo contesto relazionale³¹.

La condizione di malattia sembra togliere o vietà all’abituale scorrere della vita, senza intralci. La malattia seria, in particolare, pone la domanda sul senso della vita, su cosa la regge. Nella malattia la bontà del vivere non è più un dato di fatto e si è posti di fronte ad una decisione: come stare in presenza di questo evento, come è possibile credere ancora buona e promettente la vita?

²⁶ Significativamente Giuseppe Angelini riconosce che «Non manca oggi una abbondante letteratura che tratta della malattia dal punto di vista etico. Tuttavia, si tratta generalmente di riflessioni volte a definire un quadro di valori e di norme di riferimento per l’azione dei medici e più in generale del personale sanitario. Queste riflessioni trascurano che la malattia non è un compito etico solo per coloro che si prendono cura del malato, ma è anzitutto una questione morale per il malato stesso, che proprio nella malattia è chiamato in causa a decidere di sé, del senso della propria vita. La malattia è pertanto e anzitutto un compito etico per il malato e per la sua coscienza»: ANGELINI, *La malattia*, 60.

²⁷ Alcune esemplificazioni in prospettiva storica di questa declinazione sono presentate in A. MAFFEIS, «*Bene vivat qui bene mori desiderat*». *La vita cristiana nell’orizzonte della morte nel De arte bene moriendi di Roberto Bellarmino*, in *Di fronte alla morte* (Quaderni Teologici del Seminario di Brescia 19), Brescia: Morcelliana 2009, pp. 169-215.

²⁸ Cf G. ANGELINI, *La malattia, tempo di conversione. Una verità inattuale nel tempo della medicina*, in A. GRILLO – E. SAPORI (a cura di), *Celebrare il sacramento dell’unzione degli infermi. Atti della XXXI Settimana di Studio dell’Associazione Professori di Liturgia. Valdragone (San Marino), 24-29 agosto 2003*, Roma: C.L.V. Edizioni Liturgiche 2005, pp. 11-28.

²⁹ ANGELINI, *La malattia*, 21.

³⁰ ANGELINI, *La malattia*, 12.

³¹ «A nessuno sfugge quanto sia importante passare da una concezione che intende il malato come oggetto di cura a una che lo rende soggetto responsabile della promozione del Regno»: CEI COMMISSIONE EPISCOPALE PER IL SERVIZIO DELLA CARITÀ E LA SALUTE, «*Predicate il vangelo e curate i malati*». *La comunità cristiana e la pastorale della salute. Nota pastorale*, Roma 4 giugno 2006, n. 52.

Se per ognuno vivere è possibile dando credito alla promessa di bene che la vita porta con sé, la malattia mette in crisi questa promessa: qui sorge la necessità di prendere posizione, di impegnare la libertà.

Questa presa di posizione può essere vissuta in modi diversi, con accenti e sfumature che variano da persona a persona. Tuttavia ci sembra possibile ricondurre questi atteggiamenti a tre figure fondamentali che possiamo indicare come *ribellione, rassegnazione, invocazione*³².

Una prima figura, che tratteggia la presa di posizione di fronte alla malattia, è quella della ribellione, della protesta. Ci si può ribellare per quanto sta accadendo, perché non se ne vede il senso; si protesta la sproporzione tra quanto si è fatto e ciò che capita.

Quando si vede poi l'ineluttabilità della malattia, quando i vari tentativi di contrastarla paiono inefficaci, può farsi presente un'altra figura: la rassegnazione, il consegnarsi fatalistico al corso degli eventi rinunciando a cercare risposte alle domande che la malattia pone alla propria esistenza.

Questi due modi di vivere la malattia, apparentemente opposti, sono in realtà accomunati dalla medesima rinuncia a riconoscere nella malattia un "compito" affidato alla coscienza: sembrano esprimere, con atteggiamenti differenti, la stessa impossibilità di rispondere alla domanda esistenziale che la malattia pone.

Accanto e oltre questi due modi di stare di fronte alla malattia è possibile un'altra presa di posizione: quella di chi impara dalla malattia a vivere "invocando". L'invocazione non va confusa con un abdicare alla propria azione consegnandosi passivamente al fare di chi ci attornia. È piuttosto l'atteggiamento di chi sa che ogni decisione della libertà è possibile perché si riconosce preceduta dall'azione di altri: quanto si fa e si decide poggia sempre sulla precedente decisione e disponibilità altrui.

Questa verità accompagna ogni momento del vivere; va tuttavia riconosciuto che nella pienezza delle proprie forze fisiche si può correre il rischio

³² Non prendiamo qui in considerazione i tratti psicologici del vissuto emotivo che accompagnano la malattia e solitamente implicano la sorpresa iniziale e possono poi passare per la rimozione, la ribellione, la rassegnazione per arrivare fino all'accettazione della nuova condizione di vita. Senza misconoscere questo tratto del vissuto la nostra attenzione si sofferma sul profilo propriamente esistenziale della malattia.

di dimenticare tale dinamica e pensare che tutto provenga dalla nostra personale decisione e dal nostro impegno. Al contrario, la malattia segna inequivocabilmente la nostra condizione come bisognosa e pertanto aperta alla disponibilità di altri.

Che questa condizione non sia percepita come triste dipendenza, ma possa essere riconosciuta come opportunità, proprio per la sua capacità di infrangere la pretesa autosufficienza e destare alla coscienza della ricchezza della relazione, è dono di grazia. Ecco perché in questa situazione dobbiamo chiederci: a quali condizioni appare possibile vivere la malattia come esperienza che apre alla gratuità della relazione?

La malattia appare come condizione che mette in crisi, anzitutto i legami³³: il rapporto con il proprio corpo e tramite esso il rapporto con il mondo, ma fondamentale e primariamente la malattia mette in crisi i legami con le altre persone. Come si è visto sopra la malattia sembra annunciare in modo forte e talvolta drammatico la condizione di solitudine e isolamento che minaccia la persona.

Perciò il modo in cui si vive la malattia è legato al modo in cui si vivono le relazioni. Nella malattia, in maniera particolare, è manifesto il fatto che ogni relazione autentica va accolta affidandosi, e confidando nella promessa di bontà che la presenza dell'altro è per ciascuno. La malattia è tempo in cui in modo forte appare la necessità di affidarsi, ma questa non va intesa come passiva remissione al volere e agire altrui, va piuttosto intesa come capacità di riconoscersi nella relazione e sostenuti dalla relazione.

Affidarsi domanda decisione: così si riconosce la fede come fondamentale decisione. Il malato che nella propria infermità celebra nella fede il dono del Sacramento dell'Unzione attesta questa verità. Nella sua condizione "invoca" la presenza del Signore che, tramite l'azione di testimonianza e annuncio della comunità cristiana, si fa presenza di grazia che sana e salva liberando dalla solitudine. Colui che vive così la propria condizione di malattia è testimone di fede ed edifica con la sua azione la Chiesa come comunità della speranza escatologica.

3.2 La malattia interpella la comunità

La malattia, sotto questo profilo, non è da intendersi come una aggiunta accidentale alla vita,

³³ Cf MAFFEIS, *Penitenza e Unzione*, 413-414.

ma piuttosto come un tempo della vita che rivela un tratto essenziale di questa: il suo venire dalla cura di altri ed essere legata alla cura di altri.

La malattia perciò non riguarda solo il malato ma tocca anche le persone che gli sono attorno, a partire da chi gli è più vicino per legame parentale e di amicizia, ma anche chi è chiamato ad accudirlo professionalmente, e poi la comunità cristiana fino a toccare il più ampio contesto sociale e la stessa comunità umana. Per tutti e ciascuno la malattia è tempo di prova e appello³⁴. I diversi modi della presenza accanto al malato possono così attestare vicinanza personale o disimpegno ed evasione dall'appello che viene non tanto dall'organismo infermo ma dalla coscienza personale di chi vive la malattia. Anche chi è vicino al malato può manifestare, con il suo stile di presenza, ribellione, rassegnazione o appello alla speranza.

Indubbiamente la cura chiede presa in carico della condizione esterna del malato e domanda di fare quanto è possibile per sollevarlo dalla sofferenza. Tuttavia la presenza umana e non solo professionale accanto al malato suggerisce di non accampare pretese titaniche circa i mezzi tecnici, di non rassegnarsi fatalisticamente di fronte ai limiti che questi mostrano³⁵.

La modalità della presenza deve assumere qualità umana, mettendo anzitutto al centro se stessi come risorsa. La propria presenza e disponibilità

attesta il permanere di una relazione che la condizione di malattia non fa venir meno. Ogni presenza che sa dar voce a questa verità è annuncio di speranza per il malato, al tempo stesso è testimonianza di una verità umana: la consapevolezza che la risorsa e il bene più grande che abbiamo è la disponibilità per l'altro.

Perché sia possibile al malato vivere la malattia "invocando" è fondamentale che sperimenti la vicinanza personale di chi non lo abbandona nella solitudine e si rende per lui disponibile. Questa disponibilità si manifesta in molti modi, nelle diverse forme che assume la presenza e l'attenzione con cui si accompagna e ci si accompagna alla persona malata: ascolto, silenzio, parola, preghiera, gesto, celebrazione...³⁶.

La comunità cristiana che si fa presenza fraterna accanto al malato attesta con la propria disponibilità la disponibilità stessa del Signore che mai abbandona colui che gli si affida. Sarà la comunità che pone anche il segno sacramentale di speranza e dono di grazia, qual è il Sacramento dell'Unzione degli infermi. Segno posto nel contesto più ampio della cura dei malati che la comunità vive come esperienza evangelica, luogo di incontro con Cristo e manifestazione del Regno di Dio, non solo "buona azione": «Tutto quello che avete fatto a uno solo di questi miei fratelli più piccoli l'avete fatto a me» (Mt 25,40).

³⁴ «La malattia è "pedagogia" per tutti: fa imparare la riconoscenza a Dio per i tanti doni ricevuti; spinge a pregare per chi è nella prova, ad apprezzare il bene nascosto, a ridimensionare i propri problemi; fa ritrovare semplicità e umiltà e spinge a una maggiore disponibilità verso gli altri; invita ad approfondire la domanda sul senso della vita. Frequentando le persone sofferenti si impara ad ascoltare di più, a incoraggiare, a compiere anche i servizi più umili per aiutare l'altro, a non fuggire dalla realtà quotidiana»: CEI COMMISSIONE EPISCOPALE PER IL SERVIZIO DELLA CARITÀ E LA SALUTE, «*Predicate il vangelo e curate i malati*», n. 54.

³⁵ «Medici e terapeuti sanno che puntare a una condizione di invulnerabilità è tanto illusorio quanto lo è il voler ritrovare l'integrità corporea e psichica. Contro la tentazione di riparare e "normalizzare" tutto, sono in molti quelli che hanno scoperto, per usare una distinzione cara agli anglosassoni, che il *to cure* (guarire) non deve mai far trascurare il *to care* (prendersi cura). Questo porta il terapeuta a ricordarsi che egli è in primo luogo una persona che cura, e che si deve dunque preoccupare della dignità della persona, anche quando dovesse fallire i trattamenti a scopo curativo»: THÉVENOT, *Le ali e la brezza*, 69.

³⁶ «Accompagnare il malato» è l'espressione e la forma che sempre più va assumendo la pastorale degli ammalati. Si veda al riguardo: CEI COMMISSIONE EPISCOPALE PER IL SERVIZIO DELLA CARITÀ E LA SALUTE, «*Predicate il vangelo e curate i malati*», n. 30-35; MANICARDI, *L'umano soffrire*, 39-60; A. BRUSCO, *La relazione pastorale di aiuto. Camminare insieme*, Torino: Ed. Camilliana 1993.