

## IL MINISTRO STRAORDINARIO DELLA COMUNIONE

visitare il malato, consolare il suo dolore, accompagnare le sue speranze

(Vicenza – 6 aprile 2019)

*p. Luciano Sandrin - camilliano*

Nella nostra vita cerchiamo di star bene e di essere felici ma veniamo toccati, più o meno seriamente, anche dalla malattia e dal dolore. Le nostre storie, come quelle delle nostre famiglie e dei nostri amici, sono segnate dalla fragilità. E tutto ciò ha un forte impatto sulla pastorale che siamo chiamati ad esprimere come discepoli di Cristo che nella sua vita terrena si è preso cura, con particolare attenzione, delle persone sofferenti che a lui accorrevano per ascoltare la sua consolante parola e in lui cercavano guarigione. La comunità cristiana è chiamata a “fare memoria” della compassione di Gesù verso le persone più fragili, del suo comando di annunciare l’amore di Dio e di guarire i molti feriti che incontra sul suo cammino. Amore a Dio e amore agli uomini, servizio a Dio e servizio alle persone non possono essere separati e la carità è la forma espressiva più autentica del servizio cristiano. Il gesto della lavanda dei piedi da parte di Gesù è per tutti noi un esempio e un comando. Eucaristia e lavanda dei piedi sono due espressioni di un unico “memoriale” che rende ancora oggi presente il Cristo in mezzo a noi. Stola e grembiule – come amava sottolineare continuamente il vescovo Tonino Bello - sono ambedue importanti simboli di risposta all’unico comando dell’amore.

Come cristiani, siamo chiamati a trasformare il ricordo in opere, imitazione e profezia, e incontrare le persone dove esse veramente si trovano. Esse vivono *nella salute e nella malattia, nella gioia e nel dolore*. Ma è soprattutto nei momenti in cui la vulnerabilità si fa particolarmente sentire che cercano, nella nostra accogliente prossimità, il segno dell’ospitalità divina, la presenza compassionevole del Padre, le mani che versano sulle ferite *l’olio della consolazione e il vino della speranza*. E nella nostra presenza Dio accetta, misteriosamente, ancora oggi di farsi trovare. «La chiesa, che nasce dal mistero della redenzione nella Croce di Cristo – ci ricorda Giovanni Paolo II nella *Salvifici Doloris* – è tenuta a *cercare l’incontro* con l’uomo in modo particolare sulla via della sua sofferenza. In un tale incontro l’uomo “diventa la via della Chiesa”, ed è, questa, una delle vie più importanti» (n.3).

Parlare di pastorale della Chiesa significa parlare di una comunità che, attraverso le varie persone, i vari carismi e ministeri, continua l’opera del suo Signore. Anche il ministro straordinario della comunione ha un suo compito prezioso e specifico nel costruire la Chiesa come *comunità sanante*, attenta alla salvezza delle persone anche attraverso la *cura* delle loro malattie e il *prendersi cura* delle loro ferite.

### Una storia per pensare

È la storia di una madre sola e disperata che uccide il figlio disabile: una delle tante storie che, purtroppo, troviamo quotidianamente narrate nei giornali e variamente commentate nei *talk* televisivi: È la storia di una delle tante persone malate, sofferenti e fragili che vivono dietro la porta accanto. (*Davide Gorni*, Corriere della Sera, 2 novembre 2003, [www.bioetica-vssp.it](http://www.bioetica-vssp.it))

Lo ha sollevato di peso, in braccio e lo ha portato a letto. Come ogni sera. Ha vestito il figlio con il solito pigiama e gli ha rimboccato le coperte: amorevole, metodica, precisa. Perché il giovane, Massimiliano, 28 anni, costretto a vivere su una sedia a rotelle a causa di una vaccinazione mal sopportata quando aveva appena sei mesi, aveva bisogno di tutte le sue attenzioni. Poi Marta, 46 anni, un’esistenza dedicata solo a quel figlio disabile, è rimasta a guardarlo, seduta ai piedi del letto, come ogni sera. Consapevole, però, che stavolta il suo ragazzo non si sarebbe più risvegliato. Gli ha dato una carezza sul viso. L’ultima carezza materna. Infine ha preparato una valigia ed è scesa a telefonare alla sorella. «Mariangela? Sono Marta. Volevo solo dirti che adesso Massimiliano ha finito di soffrire. Ti prego: avvisa tu i carabinieri. Li aspetto qui». Con un cuscino ha messo fine alle

sofferenze del figlio. Lo ha soffocato, dopo aver inutilmente tentato di farlo addormentare con alcuni farmaci e i gas dell'auto, venerdì sera poco prima delle otto, nel garage di casa: una villetta rosa a due piani immersa nel verde di una piccola frazione del paese, sulle colline a ridosso del lago. Gli ha dato la morte, per lei meno crudele di una vita d'agonia, in un gesto disperato "dettato dall'infinito amore", dicono ora i familiari della donna. Dunque eutanasia. Il resto è solo fredda cronaca. La telefonata ai carabinieri, l'interrogatorio del magistrato, la ricostruzione precisa della tragedia, la richiesta dell'autopsia fissata per domani, l'accusa di omicidio volontario. E l'arresto, in una stanza d'ospedale, nel reparto di psichiatria della città vicina, controllata a vista. «Adorava quel figlio. Aveva rinunciato a tutto per seguirlo in ogni istante», racconta Pietro, che abita a pochi metri di distanza dalla villa dove Marta viveva assieme a Massimiliano e al nuovo marito, Alfredo, titolare di un albergo. Lui, venerdì, si era dovuto fermare in hotel, per sbrigare alcuni lavori prima dell'inizio della stagione invernale. Così madre e figlio era rimasti a casa da soli. Un pomeriggio come tanti, ma non per Marta. Per 28 anni era riuscita a sopportare il dolore per l'handicap del figlio. Massimiliano aveva solo sei mesi quando si è ammalato. Dopo quel vaccino sbagliato aveva cominciato ad accusare gravi disturbi sia fisici sia psichici, che lo avevano costretto all'immobilità e a dover essere costantemente seguito. Marta non si è mai persa d'animo: neppure quando il primo marito l'ha lasciata, pochi mesi dopo la nascita del figlio. Anzi era riuscita a ricostruirsi una vita con un nuovo compagno. «Nonostante l'handicap Massimiliano era un ragazzo attivo, sorridente. Ogni tanto lo si vedeva in paese assieme alla madre. Certo, faceva fatica a esprimersi. E a scuola, che ha concluso tre anni fa, ha frequentato corsi speciali. Ma sembrava una famiglia tutto sommato felice», continuano i vicini di casa. Un'esistenza difficile, quindi, eppure serena. Fino a un anno fa, quando le condizioni di Massimiliano si sono aggravate. «Faceva fatica a mangiare», ricorda il vicino di casa. «Non riesce a deglutire. Soffre, urla. Mi implora di aiutarlo, ma non so cosa fare», raccontava la madre agli amici più stretti. Inizia così il calvario tra gli ospedali di varie città. Niente. Per Massimiliano non si trova una cura. E la situazione peggiora, al punto che Marta comincia a soffrire, a sua volta, di depressione. «Per riprendersi lunedì scorso aveva affidato il ragazzo alla sorella Mariangela e, per tre giorni, è andata dalla madre in paese. Al ragazzo aveva detto che doveva essere ricoverata in ospedale», spiegano i vicini. Una piccola bugia, «per evitare che lui soffrisse e si sentisse responsabile. Massimiliano non riusciva a stare un solo istante senza la mamma». Una breve lontananza, poi la donna è ritornata nella sua villetta. Con il figlio. Finché venerdì ha preso la sua terribile decisione, con la forza e la determinazione che solo la disperazione sa dare. Prima Marta avrebbe cercato di somministrargli i barbiturici. Quindi lo avrebbe portato nel garage per dargli una "dolce morte", con i gas di scarico dell'auto. Alla fine l'ha soffocato con un cuscino. Poi lo ha svestito, l'ha messo a letto e lo ha accarezzato sul viso. Come sempre, ma per l'ultima volta.

È una storia molto dura, come altre storie, che ci dice la profonda sofferenza che accompagna il mondo della malattia, della disabilità e della fragilità. È una storia che ci invita all'attenzione, ad aprire gli occhi del corpo, della mente e del cuore.

Ma sorgono alcune domande: *Chi "non deve soffrire più"? Perché questa madre è rimasta così sola? Come era possibile aiutare queste persone?*

### **Un po' di psicologia**

Aver cura della persona malata, e della sofferenza che accompagna il suo cammino di vita, è compito di ognuno di noi. Per un buon accompagnamento pastorale è importante una buona preparazione teologica e spirituale ma anche poter contare su alcune conoscenze psicologiche adeguate. Le persone malate, e le persone che vivono gravi disabilità, sono diverse, siamo diversi anche noi che le vogliamo aiutare. Non c'è un unico modo di farlo, valido sempre e comunque. Per capire la persona malata (disabile, sofferente), e poterla aiutare, è importante cercare di rispondere ad una serie di domande: *chi* è questa persona? *quale* malattia o disabilità sta vivendo? *come* la sta vivendo? *qual* è il *significato* che le attribuisce? *con chi* la sta vivendo? *dove* la sta vivendo? *su quale aiuto* può contare?

Una malattia capita nel contesto della vita di un individuo e ha quindi delle conseguenze importanti – specialmente se la malattia è invalidante, grave o cronica – sul piano psicologico, sociale e

spirituale. È un'esperienza vissuta nella sua globalità e non è facile per l'interessato dissociare quello che succede nel corpo da quello che avviene nella sua mente, e sul piano relazionale e sociale. La malattia interrompe e disorganizza l'abituale ritmo di vita, mette in crisi i rapporti col proprio corpo e con il mondo in cui la persona vive, è una situazione che modifica o fa perdere i ruoli famigliari e professionali che definiscono la posizione di ciascuno nel contesto sociale. Delude le attese e mette in crisi le speranze. La persona che si ammala nel suo corpo vive una *crisi personale* a livello psicosociale, un *disorientamento della propria identità* che non sempre viene facilmente risolto. Anche la fede può entrare in crisi. Vari sono i significati che la persona può dare alla malattia - *pericolo, ostacolo e perdita* - e varie le *emozioni* che vive - *paura, rabbia, tristezza*. E varie le risposte comportamentali. La malattia può essere vissuta anche come *sfida*, di fronte alla quale si può reagire o soccombere, ed essere influenzata da altri significati personali o socialmente condivisi come il significato di *punizione* e i sentimenti di *colpa* che ne derivano, e che possono complicare le risposte alla malattia stessa. Ma può essere vissuta anche con *significati spirituali e religiosi* importanti.

Un buon adattamento non deriva da un'accettazione passiva della malattia ma è frutto di un atteggiamento flessibile che permette alla persona di *prendere coscienza* della malattia, salvare i propri valori e realizzare se stesso nella misura compatibile con le limitazioni imposte dalla malattia, e dalla disabilità, cambiando il suo modo di comportarsi abituale senza per questo disgregarsi. Un ascolto attento ed empatico permette al malato di trovare, attribuire e legittimare, attraverso la narrazione di sé e delle proprie esperienze, un significato alla propria vita e un senso di identità. Essenziale nell'adattamento del malato alla sua situazione è l'apporto della famiglia, dei vari professionisti sanitari ma anche di volontari adeguatamente preparati. Il vissuto del malato, le sue reazioni psicologiche e i suoi comportamenti vengono continuamente influenzati dal vissuto e dai comportamenti di chi lo assiste e lo cura, ma anche dalle *attese* che essi fanno trasparire nelle relazioni, attraverso i gesti, i silenzi e le parole.

### **L'attenzione del cuore**

La nostra attenzione è selettiva. Che ne siamo coscienti o meno, siamo attirati da ciò che ci interessa e rimaniamo attenti se siamo motivati a farlo. Qualcosa di imprevisto può distrarci, però, dal nostro cammino: stimoli sensoriali che vengono dal nostro corpo o qualcosa fuori di noi che attira la nostra attenzione. A volte un'emozione improvvisa ci blocca. Dobbiamo sospendere il nostro cammino e fermarci per vedere meglio ciò che sta accadendo, e decidere se dobbiamo intervenire o passare oltre. Il sacerdote e il levita della parabola del *buon samaritano* si sono distratti solo un attimo ma poi hanno continuato la loro strada, concentrati sui loro impegni, o per altri motivi, e sono passati oltre. Forse la loro attenzione si è focalizzata sul fatto che quel povero disgraziato era già «mezzo morto» e c'erano poche speranze di salvarlo. Meglio spendere il proprio tempo in modi più redditizi. L'attenzione del samaritano si è concentrata invece sulla *parte viva* del malcapitato, su ciò che ancora si poteva fare. La visione di quella scena gli ha creato un tale sconvolgimento emotivo che l'ha bloccato. E non poteva andare oltre. Il suo cuore non glielo permetteva. La compassione lo ha sconvolto fin nel profondo delle sue viscere. Doveva sospendere il viaggio, fermarsi e offrire la sua cura, la sua consolazione, e riaprire in lui un futuro di speranza.

Quello che vediamo dipende molto dal modo in cui applichiamo la nostra attenzione e dall'interesse che ci mettiamo. L'attenzione è un *muscolo vitale della mente* che, se la usiamo poco, si indebolisce, mentre se la facciamo lavorare bene si affina sempre di più. Una buona attenzione ha bisogno, però, contemporaneamente di tre tipi di concentrazione: quella interiore, quella verso gli altri e quella sul più ampio mondo esteriore. Ma forse viviamo in un mondo in cui il bombardamento di stimoli e di connessioni virtuali ci lasciano poco tempo per riflettere sul loro reale significato, ci "sconnettono" dalla realtà in cui viviamo, ci rendono analfabeti nel leggere la comunicazione non verbale nel rapporto faccia a faccia con le persone, e così perdiamo l'occasione di salvare la parte viva delle persone che abitano dietro la porta accanto. Sull'esempio del samaritano, c'è bisogno di «un cuore che vede», come ci ricorda Benedetto XVI nella *Deus caritas est*. È questo anche il segreto che la volpe svela al Piccolo Principe: «non si vede bene che con il cuore» e che lui ripete a se stesso, per stamparlo bene nella sua memoria. C'è bisogno di un cuore

che non ha paura di lasciarsi commuovere da ciò che vede, di un amore che “com-patisce” con chi soffre e sa trovare le strade rispettose ma “operose” per esprimere una compassione che è qualcosa di più di un’emozione passeggera, anche se preziosa. Le opere di misericordia, corporali e spirituali, sono opere nelle quali la compassione esprime il meglio di sé verso le persone che vivono momenti di particolare debolezza e fragilità. *Le opere di misericordia sono azioni di un cuore attento e compassionevole*. La nostra presenza, la nostra parola, la nostra azione possono aiutarle nelle loro esperienze di dolore o renderle ancora più vulnerabili.

Nella parabola del buon samaritano tutto avviene sulla strada, la «com-passione» o la «non-curanza». Ancora oggi sulle strade della vita di tutti i giorni ci avviciniamo a Dio o ci allontaniamo da coloro con i quali Gesù si identifica: i molti feriti che ci chiedono attenzione. Come cristiani siamo chiamati ad annunciare l’amore in cui crediamo e a testimoniare la speranza che ci abita con una «fede che opera per mezzo della carità» (*Gal 5,6*), una fede che si incarna nell’amore. Ed è questo il culto che Dio più gradisce. «*È veramente giusto lodarti e ringraziarti, Padre santo, Dio onnipotente ed eterno, in ogni momento della nostra vita, nella salute e nella malattia, nella sofferenza e nella gioia, per Cristo tuo servo e nostro Redentore*» (Prefazio comune VIII, Gesù buon samaritano). E tutto ciò ha forti implicazioni per la pastorale, per l’agire ecclesiale che siamo chiamati ad esprimere come discepoli del Pastore che ama la vita e si prende cura, in particolare, di quella più fragile. Possiamo farlo attraverso il dialogo, l’incontro, l’amore disinteressato, la parola che salva, la celebrazione che riannoda i fili relazionali con Dio e con la comunità, la cura professionale, l’impegno politico e sociale: prendendo a cuore la persona, ma anche la sua famiglia, cercando di cambiare la società e trasformare la cultura.

Come discepoli di Cristo, comunità da lui fondata e nella quale egli ancora oggi esprime quotidianamente la sua salvezza, siamo *chiamati all’attenzione* alle persone nei vari momenti della loro storia, alle relazioni che intessono e ai luoghi in cui vivono, cogliendo in modo particolare nelle esperienze di fragilità e di particolare vulnerabilità il luogo privilegiato di una cura reciproca, di uno scambio d’amore e di un «con-forto» abitato dallo Spirito: un’*attenzione* – con il linguaggio di papa Francesco - rivolta specialmente alle periferie del mondo e dell’esistenza, che non sono soltanto luoghi ma anche, e soprattutto, persone singole, famiglie e interi gruppi sociali. Siamo chiamati a riscoprire e ad approfondire una *cultura dell’attenzione*. Le *domande* che le persone *oggi* rivolgono alla comunità cristiana, ma anche *i problemi che non trovano voce*, provocano la compassione nelle sue varie espressioni e chiedono una diversa attenzione e cura pastorale. Ma provocano anche una più attenta e «specifica riflessione teologica» che ne esprima *qui e ora* tutta la ricchezza. È questo il compito della teologia pastorale.

### **Visitare il malato**

Far visita a chi è malato è una cosa abbastanza frequente e ha il suo valore. Il problema è come facciamo questa visita e perché: per sentirci meglio, perché così facciamo quattro chiacchiere anche con amici e parenti che è un po’ che non vediamo, per tacitare quel sordo senso di colpa che proviamo se non lo facciamo, per curiosare nella vita altrui, per avere qualcuno che ascolta in silenzio le nostre prediche? O perché comprendiamo che è una cosa buona, che fa bene al malato e lo fa sentire ancora “collegato” con la vita che si svolge fuori dall’ospedale o dalla stanza di casa in cui è costretto a rimanere? O perché ci pare importante anche per sostenere i suoi famigliari e non farli sentire soli? O perché siamo convinti che la visita stessa è già una cura?

La visita è importante ma va oltre l’avvicinarsi fisicamente a qualcuno: è interessarsi di lui, entrare nel suo territorio fisico, ma anche psicologico, fare quanto ci è possibile per prenderci cura di lui e aiutarlo. Per questo è importante osservare attentamente quando bussiamo alla porta della casa dell’altro ed entriamo nel suo spazio vitale. Ed è ancora più importante riflettere su ciò che diciamo e facciamo: a volte parole sagge che partono da un cuore che si lascia “com-muovere”, a volte frasi fatte, come quelle che spesso troviamo anche nei *social*, buone per tutti e spesso per nessuno, o forse utili solo per difenderci da un disagio che proviamo quando ci specchiamo nella debolezza dell’altro e abbiamo paura di ciò che anche noi in qualsiasi momento potremmo diventare, perché l’altro ci rimanda come in uno specchio la nostra stessa fragilità, e possiamo difenderci in vari modi. Anche con lunghi discorsi religiosi. Ogni persona è un mistero, quando uno è malato lo è

anche di più. Per questo è importante entrare nella sua vita con rispetto, senza indebite curiosità e invasioni, *levandoci i sandali* per non calpestare un terreno che è sacro e che ci rivela non solo qualcosa dell'altro ma anche qualcosa di importante di noi stessi. Nel visitare il malato siamo suoi ospiti, a casa sua, e sarà lui ad aprire la sua vita, lasciarci entrare, dettare i tempi e farci conoscere anche le regole di una buona "con-vivenza" presso di lui. Aver cura della persona malata, e della sofferenza che accompagna il suo cammino di vita, è compito di ognuno di noi. La psicologia che si interessa del vissuto psicologico del malato, – di quello che pensa della sua malattia e di come la vive, delle sue emozioni, dei suoi comportamenti e delle dinamiche relazionali con chi lo assiste e lo cura – ci aiuta a capire come il comportamento umano, anche nella malattia, è frutto di un intreccio di fattori legati alla *persona*, all'*esperienza della malattia* e all'*ambiente* fisico e sociale in cui la persona malata sta affrontando questa particolare esperienza. Questi fattori incidono sul suo comportamento e, in vari gradi, lo possono condizionare. Fondamentale, però, è il *significato* che alla malattia viene, più o meno coscientemente, attribuito dall'individuo, dalla famiglia e dal mondo socio-culturale e religioso in cui vive.

Un ascolto attento ed empatico permette al malato di trovare, attribuire e legittimare, attraverso la narrazione di Sé e delle proprie esperienze, un significato alla propria vita e un senso di identità, *ricostruendo una biografia* che la malattia interrompe o disorganizza, e sviluppando non solo interpretazioni degli eventi passati e presenti, ma spingendolo anche verso particolari decisioni e azioni rivolte al futuro. E i significati spirituali e religiosi, attenti e rispettosi, possono essere di particolare aiuto. Solo un'attenta osservazione ci permette, accanto al malato, di trovare le parole per una buona comunicazione, nella quale verità e speranza possano convivere. Per aiutare la persona malata è importante, però, prendersi cura anche della sua famiglia: un soggetto spesso un po' dimenticato. A confrontarsi con la malattia non è solo il malato, sono anche i familiari e gli amici più intimi, un insieme di persone inserite in una stretta e coinvolgente *rete di relazioni*. La malattia è una *crisi* non solo per il malato ma anche per la sua *famiglia*: le persone e le relazioni non sono più quelle di prima. Specialmente nelle malattie croniche il cambiamento è strutturale. La storia della malattia di una persona diventa la storia di tutta la sua famiglia. Una grossa parte di tensione e di sofferenza che le famiglie vivono, nel caso della malattia di un loro caro, potrebbe essere evitata o diminuita se ci fosse più *attenzione* e un'adeguata *relazione* di aiuto psicologico e spirituale: un accompagnamento che deve rimanere anche dopo la morte del loro caro, nel gestire la sofferenza che accompagna l'elaborazione del lutto.

L'invito a visitare il malato è ben più ampio di quei pochi minuti che possiamo passare con lui, aiutandolo ma anche parlando e pregando. È un invito a prenderci cura di lui, come singoli e come comunità, come professionisti e come volontari, perché a lui arrivi il meglio della terapia possibile e dell'impegno per la sua guarigione. Visitare il malato, interessarsi di lui, vuol dire impegnarsi perché tutti abbiano le cure di cui hanno diritto, anche quando non le possono pagare. *La compassione si fa azione sociale*. Significa anche vigilare perché le scelte politiche, economiche e sociali siano attente in particolare ad ascoltare la voce di chi non ha voce, e non ha santi in paradiso o amici nelle stanze del potere. La malattia è una cattedra sui valori della vita. Il docente è il malato, anche senza saperlo. Gli allievi siamo noi. Ma ci vuole molta attenzione e umiltà per coglierne gli insegnamenti.

### **Consolare il suo dolore**

Nel momento del dolore (una diagnosi di malattia, una disgrazia o una perdita importante) spesso ci si chiede: *perché?* La domanda si personalizza e diventa *perché proprio a me?* Ne cerchiamo una causa, un'attribuzione, una colpa: Dio, gli altri, noi stessi o un peccato che fin dall'origine ci accompagna. Risposte religiose diverse vengono proposte per rispondere al *perché* del nostro soffrire, cercandone il "senso" in cui Dio è implicato, sottolineandone, di volta in volta, la trascendenza o l'immanenza, l'onnipotenza o la debolezza, il nascondimento o la rivelazione, il silenzio o la parola, la distanza o l'amore. Anche riguardo alla sofferenza, per cercare risposte "teologiche" rispettose di Dio e di chi soffre, e trovare parole adeguate per proporle, dobbiamo tenere fisso il nostro sguardo sul comportamento del Signore Gesù e continuamente *ripartire da lui*. La risposta al perché della sofferenza e al grido di chi soffre non può che essere Lui stesso, Parola

definitiva e accreditata del Padre. Per un cristiano il senso ultimo del dolore non può essere pienamente spiegato ma vissuto dentro un'esperienza di fede. Lo stesso Gesù non l'ha spiegato ma ha consolato i sofferenti che lo cercavano e guarito i malati che incontrava. Ma, soprattutto, ne ha narrato il senso nella *sua* passione e nella *sua* morte: abbandonandosi obbediente e fiducioso nelle braccia del Padre, credendo alla relazione d'amore con lui (contro ogni evidenza), il suo soffrire e morire è diventato luogo di redenzione, di riconciliazione e di profonda guarigione, "linguaggio" attraverso il quale Dio parla di sé e noi possiamo parlare di Lui. Ciascuno si chiede il senso della sofferenza e ne cerca una risposta. E pone questa domanda anche a Dio. Ma quel Dio, al quale pone la sua domanda, gli risponde dalla croce, centro della sua sofferenza. Il Dio cristiano è un Dio che partecipa al nostro soffrire, "com-patisce" con noi l'angoscia e l'esperienza dell'abbandono. Dal Venerdì santo noi sappiamo che la storia delle sofferenze umane è anche la storia di Dio e che il valore della sofferenza sta nel viverla e offrirla per amore. Nel nostro vivere in Cristo, e "conformarci" a Lui, *la sofferenza è vinta dall'interno* e il suo senso di assurdità viene superato *attraversandola insieme con Lui*, perché è Lui che la vive in noi trasformandola in amore che redime. Il Figlio di Dio fatto uomo non ha tolto dall'esperienza umana la malattia e la sofferenza ma, assumendole in sé, le ha trasformate: da esperienze nelle quali siamo tentati di ribellarci, di dubitare dell'amore di Dio e di allontanarci da Lui, a "opportunità" di esprimere un amore obbediente e una vita donata agli altri; da esperienze nelle quali siamo tentati a passare oltre a incontri nei quali possiamo donare attenzione e cura. Però, il *significato definitivo* della sofferenza di Gesù, e il suo messaggio di speranza, appare in maniera compiuta solo *nell'evento della risurrezione*. Se non fosse risorto vuota sarebbe la nostra predicazione e inconsistente la nostra fede.

Dovremmo essere meno preoccupati, accanto a chi soffre, di fare "discorsi" su Dio ma di essere, piuttosto, segni efficaci (sacramenti) del suo amore. *La miglior difesa di Dio consiste proprio nell'amore*. Ce lo ricorda Benedetto XVI nella *Deus caritas est*: «l'amore nella sua purezza e nella sua gratuità è la miglior testimonianza del Dio nel quale crediamo e dal quale siamo spinti ad amare. Il cristiano sa quando è tempo di parlare di Dio e quando è giusto tacere di lui e lasciar parlare solamente l'amore. Egli sa che Dio è amore (cfr 1 Gv 4,8) e si rende presente proprio nei momenti in cui nient'altro viene fatto fuorché amare» (n.31). Ed è l'amore che può mitigare la solitudine di chi soffre, la migliore "con-solazione" (*Spe salvi*, n.38). Per colui che soffre, la compassione di Dio prende corpo, il più delle volte, nel nostro amore, nella nostra cura e nelle nostre parole. La nostra compassione verso l'altro è espressione della compassione divina ed è una forma significativa di teodicea.

*Perché Dio permette il male e la sofferenza?* È una domanda che tocca il cristiano al centro della sua fede nel Dio amorevole che è attivamente coinvolto nel mondo e che nel Figlio incarnato, morto e risorto, ha voluto trasformarlo e guarirlo. Di fronte a questa domanda si ripropone continuamente il problema di come si possano affermare insieme senza contraddizione, accanto a chi soffre, le tre proposizioni della teodicea classica: Dio è onnipotente, Dio è assolutamente buono, tuttavia il male esiste. La domanda sulle «implicazioni di Dio» nel male del mondo, e in modo particolare a proposito della sofferenza dell'innocente, è una domanda alla quale cerchiamo di dare delle risposte che pensiamo risolutive ma che continuamente si riapre. Di fronte a questa domanda la *teodicea pastorale* non cerca primariamente di *spiegare* il male e la sofferenza, di risolvere la domanda del perché (teodicea intellettuale), ma presenta delle vie attraverso le quali la comunità cristiana possa *resistere* di fronte al male e alla sofferenza, *trasformando* queste realtà, aiutando i cristiani a continuare a vivere rimanendo fedeli a Dio, anche in mezzo a domande che rimangono senza risposta, ma fidandosi del suo amore e della sua salvezza. Il fuoco di attenzione della teodicea pastorale non è tanto sul *perché il male esiste* ma piuttosto su *come sia possibile costruire comunità che si prendano cura di chi soffre, comunità sananti*. Rivolgendosi ai membri dell'Associazione Italiana contro le Leucemie-Linfomi e Mieloma (AIL), papa Francesco così si esprime: «Penso, in particolare, a quanti esprimono la condivisione della Chiesa alle persone che soffrono di queste patologie: i Cappellani, i Diaconi, i Ministri straordinari della comunione. Mediante la loro testimonianza spirituale e fraterna, è tutta la comunità dei credenti che assiste e consola, *diventando comunità sanante* che rende concreto il desiderio di Gesù perché tutti siano una sola carne, una sola persona, a partire dai più deboli e vulnerabili». Nella *pastorale che si interessa della salute della*

*persona nella sua integralità*, la chiesa comunità sanante, e tutti i membri al suo interno, è chiamata a riscoprire la forza salvifico-salutare, a offrire la grazia sanante di Gesù Cristo presente in tutto il suo *agire pastorale*: nell'azione evangelizzatrice, nella testimonianza, nelle celebrazioni liturgiche, nelle opere di carità e di cura, nelle sue relazioni e nelle varie espressioni di comunione (*kerygma, martyria, leitourgia, diakonia e koinonia*). E attraverso tutti i suoi membri. La *teodicea pastorale* è una teodicea di azione. Si focalizza su specifiche pratiche pastorali che la chiesa deve imparare e incarnare per cercare di resistere al male e rimanere fedele in mezzo alla sofferenza. La sofferenza è esperienza di solitudine e chiede presenza «con-fortanti» e «con-solanti» più che argomenti logici. È nella relazione compassionevole che il sofferente fa esperienza di essere salvato.

La *teodicea pastorale* si trasforma in attenzione preventiva e cerca di offrire risposte di *compassione* e di cura a coloro che sono feriti e spezzati dall'incontro con la sofferenza. Queste risposte sono interessate soprattutto a restaurare la giusta relazione con Dio, con se stessi e con gli altri: quella profonda *guarigione* che non può avvenire senza l'aiuto imprescindibile della grazia. Gli strumenti della teodicea pastorale sono le varie forme dell'agire ecclesiale che mediano le azioni redentive di Dio nel mondo. Queste pratiche esistono per portare guarigione, conforto e mantenere viva la speranza. Nel fare questo puntano verso la speranza escatologica, il futuro *non ancora* pienamente realizzato, cercandone i segni e nuove incarnazioni *già* nel presente. La figura più adulta della nostra testimonianza è la «fede che opera per mezzo della carità» (*Gal 5,6*), la fede che si incarna nell'amore. L'amore è anche la migliore «*teo-logia*», il migliore linguaggio su Dio, e la migliore teodicea. Scrive Benedetto XVI nella *Deus caritas est*: «Solo il servizio al prossimo apre i miei occhi su quello che Dio fa per me e su come Egli mi ama» (n.18). È autentica «*teo-logia*» perché apre i miei occhi sull'amore di Dio e rende misteriosamente presente, sia per chi lo offre che per chi lo riceve, il suo amore. Anche la teodicea è chiamata a riscoprire il linguaggio della presenza e della relazione d'amore.

### **Accompagnare le sue speranze**

È sempre difficile prevedere come una persona reagirà alla malattia e alla sofferenza. Anche nell'adattarsi a queste situazioni della vita *ognuno ha il suo stile*. L'adattamento positivo non è un'accettazione passiva della malattia e della sofferenza ma è frutto di un atteggiamento flessibile ed equilibrato che permette di salvare i propri valori e di realizzare se stessi nella misura compatibile con le limitazioni imposte dalla malattia, e dalle disabilità che ne possono conseguire, cambiando il proprio modo di comportarsi abituale senza per questo andare in crisi e disgregarsi. E questo adattamento passa attraverso la *presa di coscienza realistica* della malattia e delle sue conseguenze, ma anche di sé, delle proprie fragilità e dei propri punti di forza. È un processo a volte lento e graduale, in cui la realtà della malattia non viene percepita come un tempo vuoto ma come un'esperienza alla quale può essere dato un significato, può essere integrata nella propria vita e nella costruzione della propria identità. In questo senso si può dire che anche la malattia può far maturare: una maturazione che può avvenire attraverso una genuina riviviscenza di sentimenti religiosi autentici, riscoperta di valori dimenticati o una loro diversa gerarchia, e una particolare serenità in cui la persona trova nuove realizzazioni di sé. Il costrutto psicologico della *resilienza* ci aiuta a capire perché c'è chi crolla di fronte a piccole o medie difficoltà e chi invece riesce non solo a *resistere* e *affrontare* situazioni di particolare fragilità - la malattia, il dolore e le varie situazioni traumatiche, - ma anche a migliorare e a *crescere*. E un ruolo del tutto particolare ce l'ha la speranza.

L'atteggiamento nei confronti della malattia è, per ognuno, del tutto personale e dipende da molti fattori. Ma l'individuo interagisce continuamente con la sua famiglia e con il contesto sociale in cui vive. Il vissuto del malato e i suoi comportamenti vengono continuamente influenzati dal vissuto e dai comportamenti di chi lo assiste e lo cura, dalle loro *attese e speranze* che vengono veicolate dal modo di essere presenti e di stare accanto, dalle varie forme di linguaggio verbale e non verbale, e dal tipo di *relazione di cura*. Malato, famiglia e professionisti della cura si influenzano reciprocamente. Se c'è il *contagio della paura* c'è anche il *contagio della speranza*. Nella malattia del bambino questo è più evidente.

La *speranza* è una variabile importante nell'esperienza del malato e nella relazione di cura. E può prendere varie forme. Mentre è sempre forte la speranza di guarigione, e di poter vivere a lungo, altre speranze possono man mano essere presenti nel decorso della terapia: esse toccano la permanenza delle relazioni affettive e di cura, il significato di ciò che si sta vivendo, la possibilità di raggiungere alcuni obiettivi, la qualità della vita con il controllo del dolore, il poter crescere spiritualmente, la vita oltre la vita. Per colui che muore potrebbe essere la speranza di non morire solo, la speranza di non soffrire dolori eccessivi, la speranza di non essere di peso agli altri, la speranza di lasciare un'eredità e di essere ricordato dagli amici e dai famigliari, la speranza di un accogliente al di là. *Verità e speranza possono convivere*. Nella relazione di aiuto, anche pastorale, e di cura siamo chiamati, ognuno secondo il proprio ruolo e la propria professionalità, non tanto a "dare" speranza al malato quanto a "nutrire" e "accompagnare la *sua* speranza", o forse meglio "le *sue* speranze", nei vari momenti del percorso di cura. E questo avviene, in modo particolare, dando spazio alla narrazione. Il dolore del malato non è legato solo a ciò che sta vivendo nel presente o a ferite che si porta dentro dal passato ma anche a un futuro che improvvisamente si chiude, a una mancanza di speranza. L'ascolto attento ed empatico della narrazione che il malato fa della sua storia permette di "ritrovare" un significato alla propria vita e un senso di continuità di identità, aperta al futuro. Questo vale anche nella relazione con i suoi famigliari. Aver cura della relazione con colui che soffre significa aver cura di ciò che, in essa, più o meno coscientemente esprimiamo: aiuto o disagio, sostegno o illusione, disperazione o speranza. La nostra speranza aiuta la speranza del malato, la nostra disperazione (o mancanza di speranza) la può condizionare e distruggere. Ma anche la speranza del malato (e della sua famiglia) aiuta chi lo cura. Ridefinire la speranza, negoziandola con i vari partner dell'alleanza terapeutica nei vari momenti del processo di cura, è importante per sostenere il malato e la sua famiglia ma può aiutare anche chi lo cura a ritrovare significati sempre nuovi per poter continuare a curare, anche quando non è possibile guarire.

*La comunità cristiana ha la missione di testimoniare la speranza* che nasce dalla fede nella parola fatta carne. La malattia, specie se grave e duratura nel tempo, è un'esperienza di particolare sofferenza nella quale la speranza entra in crisi. Può essere però il luogo di una sua purificazione e di una sua rinascita. Il malato può ritrovare il coraggio di guardare al futuro, chiamare per nome le sue attese, le sue delusioni, riconciliarsi con le limitazioni imposte dalla realtà, scoprendo anche significati nuovi per continuare a vivere. E in questo può essere aiutato da chi gli sta accanto. Nella relazione con coloro che lo assistono e lo curano il malato può ritrovare sicurezza, fiducia e aprirsi alla speranza che la sua vita ha un futuro, anche solo nei ricordi dei propri cari, un significato e una trascendenza, una vita in Dio. La relazione di aiuto e il rapporto di cura possono diventare un luogo di speranza, un volto che la rende presente. Nella fiducia relazionale con la madre, e nella sicurezza del suo amore, il bambino si apre alla speranza. La chiesa si offre, in questo senso, come presenza materna, come luogo in cui le persone si aprono alla speranza ogni volta che in essa vengono vissuti, nelle relazioni significative del presente, degli *anticipi del regno* d'amore di Dio. E questa anticipazione, che rende vivibile il presente e dà forma al futuro, è celebrata in modo particolare nei *sacramenti*. Sono essi *la memoria del futuro*, il pegno sicuro del suo realizzarsi, luogo dove le nostre fragilità vengono assunte e trasformate, e la speranza risorge. Della speranza che non delude, il Signore ha lasciato un pegno particolare nell'Eucaristia, nella quale è già in atto la speranza che alimenta l'attesa, la vera risposta alla nostra ricerca del senso della vita e del nostro futuro: una tensione escatologica che dà impulso al nostro cammino storico, ci rende capaci di attendere, ponendo un seme di viva speranza che *stimola il nostro senso di responsabilità* (sono parole di Giovanni Paolo II nella sua lettera enciclica *Ecclesia de Eucharistia*) verso il presente. Nella logica pasquale dell'eucaristia, memoriale di morte e risurrezione, il cristiano è chiamato a costruire nel *già* del suo tempo presente il *non ancora* del mondo futuro, a vivere la croce della sua vita fragile nella speranza della risurrezione di cui l'eucaristia è esperienza, anticipo e garanzia. Ogni volta che partecipiamo all'Eucaristia il Divino Viandante cammina con noi, come con i discepoli di Emmaus, ci spiega le Scritture, sostiene la nostra fragile speranza e ci scalda il cuore aprendolo al coraggio della missione, dell'annuncio e della testimonianza (cfr. Lc 24, 13-35).

L'esperienza del dolore e della malattia è esperienza di solitudine e la speranza può essere vissuta come «con-solazione». Nella *Deus caritas est* Benedetto XVI ci ricorda che «ci sarà sempre



sofferenza che necessita di consolazione e di aiuto. Sempre ci sarà solitudine» (n.28). E nella *Spe salvi* ci ricorda che la parola latina *con-solatio* suggerisce «un essere-con nella solitudine, che allora non è più solitudine» (n.38). La solitudine è una componente significativa nell'esperienza del dolore, della malattia e della disabilità, nelle quali si vive un isolamento sociale, c'è un maggior bisogno affettivo, si dà maggior valore alle relazioni e si è, quindi, più sensibili alla loro assenza o alla loro inconsistenza. La solitudine non può essere del tutto condivisa ma, almeno in parte, "consolata". C'è una solitudine della persona, ma c'è anche una solitudine della famiglia e di interi gruppi sociali.

Le varie speranze che ci sostengono nei momenti di solitudine sono certamente importanti. Ma senza la grande speranza esse non bastano. Solo Dio può soddisfare questa speranza, solo il suo regno la può realizzare. Però *il suo regno* «non è un aldilà immaginario, posto in un futuro che non arriva mai; il suo regno è presente là dove egli è amato e dove il suo amore ci raggiunge» (*Spe salvi*, n.31). L'amore di Dio che realizza la grande speranza che non delude viene anticipata, nella nostra vita, dall'amore che realizza le piccole speranze. Le nostre relazioni di aiuto e cura può essere un luogo di speranza, un suo volto. «La speranza ha il volto della cura», sono parole di Benedetto XVI all'Ospedale pediatrico Gaslini di Genova. Se c'è una *grande speranza* proiettata nel futuro ultimo ci sono *piccole speranze* legate al futuro più immediato e al presente. Il Dio della speranza ha il volto dei molti compagni di viaggio che si prendono cura di noi che attendiamo sul ciglio della strada. La speranza ultima può essere «teo-logicamente» narrata nelle speranze finite ogni volta che la loro realizzazione contiene i segni della «con-solazione» del Padre e mantengono viva la nostalgia del suo amore. *La speranza si impegna nell'amore* e da esso viene nutrita. Siamo chiamati ad essere «ministri di speranza» (n.34) per coloro che vivono la solitudine del dolore. E, in questo servizio, dar ragione della speranza che ci abita (1Pt 3,15). La speranza eterna (grande, infinita) trascende le speranze terrene (piccole, finite) ma in esse si incarna e nelle piccole realizzazioni può trovare il segno (sacramento) che *già e non ancora* la rende efficace. Con i suoi doni, - la sua parola, il suo amore e la sua speranza, - Dio «ci consola in tutte le nostre sofferenze perché possiamo anche noi consolare quelli che soffrono con la consolazione con cui siamo consolati noi stessi da lui» (2cor 1,4). La consolazione che Dio ci dona, e che siamo chiamati a scambiarcene reciprocamente, ci rende più *forti* (ci *con-forta*), ci dà il coraggio di resistere e sostiene la nostra speranza.

La speranza cristiana trova il suo fondamento in Gesù Cristo, crocifisso e risorto, nella promessa che in lui il Padre ha realizzato una volta per sempre, e nel futuro che in lui ha dischiuso anche per noi. La speranza del cristiano, però, è una *speranza operosa*, che si esprime nelle opere e da queste viene sostenuta e rinforzata. Nel segno fragile del pane spezzato e condiviso Dio «*ri-vela*» (svela e continuamente nasconde) ancora oggi l'onnipotenza del suo amore e ce ne rende misteriosamente partecipi. Nella fragilità del nostro prenderci cura è misteriosamente presente la forza dello Spirito d'amore, sostegno della nostra fede e ragione della nostra speranza. Nasciamo dall'Amore e a questo Amore siamo chiamati a tornare, sostenuti da una fiduciosa speranza.

### **Per non concludere**

Una chiesa materna, che guarda a Maria come suo modello, è una chiesa che non ha paura di avvicinarsi, di toccare, di abbracciare e di coinvolgersi, obbediente alla logica dell'Incarnazione: una chiesa che ha il coraggio di uscire dalle porte, di andare verso le frontiere e verso le periferie esistenziali. E nella prospettiva di *uscire dalle porte, andare verso le frontiere e verso le periferie esistenziali*, non trasformando gli orizzonti in recinti (immagine del cardinal Bergoglio in una lettera ai suoi sacerdoti), ben si situa l'immagine della *chiesa come ospedale da campo* proposta da Papa Francesco, nell'intervista a padre Spadaro: «Io vedo con chiarezza che la cosa di cui la Chiesa ha più bisogno oggi è la capacità di curare le ferite e di riscaldare il cuore dei fedeli, la vicinanza, la prossimità. Io vedo *la Chiesa come un ospedale da campo dopo una battaglia*. È inutile chiedere a un ferito grave se ha il colesterolo e gli zuccheri alti! Si devono curare le sue ferite. Poi si può parlare di tutto il resto. Curare le ferite, curare le ferite...».

Siamo chiamati a essere imitatori del Cristo che «percorreva le strade della Galilea, insegnando nelle loro sinagoghe, annunciando il vangelo del Regno e guarendo ogni sorta di malattie e di

infermità» (Mt 4,23). È un Cristo “in uscita”, “in movimento”, modello di una *chiesa missionaria* che esce dai recinti, che si cura e si prende cura delle persone ferite, che incontra per caso o che va a cercare, che non ha paura di entrare nella notte del loro dolore, si fa compagna del loro viaggio e delle loro speranze. È una Chiesa umanamente debole, ma forte della grazia che lo Spirito le dona e della Speranza che non delude.

## **PER APPROFONDIRE - CON I LIBRI DELL'AUTORE**

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

SANDRIN L., *Un'età da vivere. Invecchiare meglio si può*, Paoline, Milano 2007.

SANDRIN L., *Vivere il dolore e la speranza*, EDB, Bologna 2010.

SANDRIN L., *Accanto a chi soffre. Il prete ministro di speranza*, Cittadella, Assisi 2011.

SANDRIN L., *Perdono e riconciliazione. Lo sguardo della psicologia*, Camilliane, Torino 2012.

SANDRIN L., *Aiutare gli altri. La psicologia del buon samaritano*, Paoline, Milano 2013.

SANDRIN L., *Abbi cura di te. C'è un tempo per gli altri e un tempo per sé*, Camilliane, Torino 2013<sup>2</sup>.

SANDRIN L., *Capire il malato. Lo sguardo della psicologia*, camilliane, Torino 2014.

SANDRIN L., *Un cuore attento. Tra misericordia e compassione*, Paoline, Milano 2016.

SANDRIN L., *Come affrontare il dolore. Capire, accettare, interpretare la sofferenza*, Paoline, Milano 2016<sup>5</sup>.

SANDRIN L., *Aiutare senza bruciarsi. Come superare il burnout nelle professioni di aiuto*, Paoline, Milano 2017<sup>5</sup>.

SANDRIN L., *Lo vide e non passò oltre. Temi di teologia pastorale*, EDB, Bologna 2017<sup>2</sup>.

SANDRIN L., *Psicologia del malato. Comprendere la sofferenza, accompagnare la speranza*, EDB, Bologna 2018<sup>2</sup>.

SANDRIN L., *Resilienza. La forza di camminare controvento*, Cittadella, Assisi 2018.

**SU QUESTI TESTI SI PUÒ TROVARE UNA BIBLIOGRAFIA PIÙ AMPIA**