



Quale catechesi per il sacramento dell'Unzione degli infermi?

Luciano Meddi © CredereOggi, 2010, 71-82.

In questo contributo usiamo il termine catechesi in un senso pieno [Meddi L. 2004]. Come agenzia ecclesiale per la evangelizzazione e la formazione della vita cristiana delle persone del nostro tempo. Non ci occuperemo quindi della immediata spiegazione del rito del sacramento, della catechesi liturgica, che peraltro ha già validi sussidi. Neppure del più vasto tema della teologia della malattia e della sofferenza. Ci occuperemo piuttosto di comprendere attraverso quali scelte di comunicazione e formazione il sacramento della Unzione degli Infermi (=UI) può essere accolto, interiorizzato e vissuto da parte della comunità cristiana e dei singoli battezzati.

Vivere cristianamente la malattia

Il dispositivo pastorale attuale è ancora caratterizzato dal passaggio dalla prospettiva tardo medioevale, codificata dal concilio di Trento, alle accentuazioni di significato introdotte dal Vaticano II. Al tema generatore "estrema unzione" si sostituisce quello di "unzione dei malati".

1.1. La riflessione di Trento

È il frutto della pratica medievale che superava quella della patristica [Colombo G. 1983; Lodi E. 1981; Noye I. 1980] che metteva l'accento sul valore della malattia e del servizio della chiesa verso i malati. Il dispositivo pastorale lasciatoci da Trento è centrato sul rapporto tra valore della malattia, difesa apologetica di Dio, senso della sofferenza, socializzazione religiosa della morte. Tale dispositivo poggiava su quattro dimensioni interagenti: sul tema generatore "passaggio dalla vita alla morte (viatico)"; sul rito di socializzazione del lutto [Di Nola A. 1972]; sulle istituzioni di carità verso la sofferenza e la guarigione (congregazioni religiose, ospedali e confraternite); su una catechesi che spiegava e motivava la necessità del sacramento.

Il Catechismo Romano [[Adrianopoli L. 1990] diffuse le coordinate di questo dispositivo. Il § 272 descrive i "frutti della estrema unzione" che sono la base per la predicazione e la catechesi. Questi sono riassunti in tre nuclei: superare lo scoramento e il terrore della perdizione dopo la morte a motivo delle colpe; affermare la misericordia di Dio e ricordare i benefici anche per la salute della persona.

Nel secondo post-concilio si sviluppò la pratica de "l'apparecchio alla buona morte". Un classico della spiritualità del settecento fu il testo di Sant'Alfonso che nei suoi 36 capitoli mette bene in evidenza l'insieme di disposizioni psicologiche, antropologiche e spirituali che circondano il momento liturgico [S. Alfonso Maria de Liguori 2010].

Alla fine dell'Ottocento nascono gruppi di religiosi e laici che fanno della sofferenza un tema di spiritualità [Noye I. 1980; Benatti M. 2010]. In Italia fu esemplare la vicenda spirituale di G. Gaglione [D'Angelo M. 2010] che arriva a "gioire per le sofferenze estreme del suo male". Fonda l'associazione "Apostolato della Sofferenza" tesa a penetrare nelle coscienze dei sofferenti per aiutarli a considerare, ad accettare e persino ad amare i propri patimenti fisici e morali come dono di predilezione di Dio. È suo uno dei pochi "catechismi della sofferenza", un catechismo a lezioni

con tema unitario e stesura espositiva, nella linea del rinnovamento biblico e liturgico, con forte rilievo alla storia della salvezza, all'azione di Dio nella creazione, redenzione e trasformazione dell'uomo, alla vita dei figli di Dio sulla terra come cammino con Cristo verso l'incontro con l'amore del Padre.

1.2. Vaticano II e post concilio

Di fronte a tale eredità la teologia contemporanea [Colombo G. 1983] ha sviluppato notevoli riflessioni. Il *dibattito recente* si concentra attorno ad alcuni grandi orientamenti: quello che vede l'identità del sacramento come «*consummativum paenitentiae* » (guarire il peccatore nel cristiano gravemente ammalato); quello che lo vede come «*consacrazione della morte*» del cristiano; quello che lo vede come «*sacramento dei malati*». È in questo ultimo solco che si inserisce la riflessione del Vaticano II (SC 73), che opta per una definizione di sacramento che può essere chiamato «*unzione degli infermi* » e che non è il sacramento di coloro soltanto che sono in fin di vita. La natura sacramentale è quindi individuata non tanto nella questione dell'accompagnamento della morte ma nella questione della malattia. In questa prospettiva vanno il Rito rinnovato del 1974 e can. 1004 del CIC.

Il dispositivo pastorale contemporaneo è definito anche da tre recenti autorevoli riferimenti. CCC 1992 presenta UI come un sacramento che esprime quattro desideri: “alleggerisca le loro pene e li salvi, anzi li esorta a unirsi spontaneamente alla passione e alla morte di Cristo, per contribuire così al bene del popolo di Dio (n. 1499). In Italia ricordiamo la riflessione provocata dal Convegno Ecclesiale di Verona nel 2006. Nella Nota dopo Verona [Conferenza 2007] una parte del n. 12 (*La vita quotidiana, “alfabeto” per comunicare il Vangelo*) è dedicata alla fragilità come luogo della evangelizzazione. La chiesa può dare una parola di senso: la fragilità (o la persona fragile) ha un valore davanti ai Dio, l'amore sa trasfigurare anche la sofferenza, tale amore è nascosto nel Mistero Pasquale. Il documento invita quindi a rinnovare la definizione dei ministeri della fragilità. Infatti all'annuncio evangelico si accompagna l'opera dei credenti, impegnati ad adattare i percorsi educativi, a potenziare la cooperazione e la solidarietà, a diffondere una cultura e una prassi di accoglienza della vita, a denunciare le ingiustizie sociali, a curare la formazione del volontariato. Non da ultimo, orientano la proposta pastorale le indicazioni Benedetto XVI in *Spe salvi* 2007 in cui dedica diversi paragrafi (nn. 35-40) al tema “agire e soffrire come luoghi di apprendimento della speranza”. Il Papa sottolinea come la sofferenza fa parte dell'esistenza umana. Essa deriva, da una parte, dalla nostra finitezza, dall'altra, dalla massa di colpa che, nel corso della storia, si è accumulata e anche nel presente cresce in modo inarrestabile.

1.3. Il compito pastorale nell'attuale contesto socio-culturale

Il dispositivo pastorale è quindi chiaramente cambiato. Dal *sacramento per il peccato dei malati, al sacramento della morte, al sacramento dei malati, al sacramento della malattia*. Trento utilizzava il ponte comunicativo “malattia-peccato-sacramento” rafforzato dall'istintiva paura per l'aldilà. La catechesi lo spiegava e la liturgia lo celebrava. Non c'era bisogno di altro obiettivo da perseguire. *Oggi il dispositivo si sposta sull'esercizio della vita cristiana del malato e verso il malato a cui deve corrispondere una adeguata formazione del battezzato*. L'accento è passato dal rapporto male-peccato, al rapporto tra religione e malattia, alla evangelizzazione del limite umano. Dal problema dell'aldilà, al tema della spiritualità del malato e quindi al tema della pastorale della malattia. Anche il destinatario si amplia: il sacramento riguarda non solo il malato, ma tutti coloro che sono a lui vicini e l'intera comunità.

Purtroppo non esistono indagini certe e quindi fonti attendibili sulla percezione che gli uomini e le donne del nostro paese oggi hanno su questo tema [Terrin A.N. 2002]. Le percezioni confermano le incertezze e le domande sulla validità comunicativa dell'attuale dispositivo. Si potrebbe mostrare l'esistenza di tre gruppi socio-culturali. Chi accoglie seriamente il dispositivo linguistico della chiesa (più nella prospettiva comunitaria e legato allo status di malato); chi lo "usa" come linguaggio tradizionale nella situazione di morte; chi *non fa più uso del linguaggio religioso* e utilizza altri linguaggi per esprimere il significato e le ritualizzazioni.

2. "Andando, guarite i malati"

Il servizio messianico alla malattia si declina in più dimensioni: come annuncio umanizzante, come assunzione di una vocazione, come servizio e regalità alla sofferenza, come celebrazione [Bressanin E. 1997]. In questo contesto approfondiamo il momento formativo cioè dell'apprendimento di una capacità, come esercizio della vita cristiana. Per rispondere a tale vocazione ci si può ispirare alla missione pre-pasquale (Mc. 6,7-13) dove più chiaro è l'orizzonte di questo tema. Questa pagina evangelica potrà guidare la pastorale meglio del solo classico ma troppo liturgico riferimento alla lettera di Giacomo.

2.1. L'itinerario formativo.

La Scrittura e la Tradizione sono capaci ancora oggi di generare una risposta positiva di fronte alla situazione di sofferenza e fragilità umana.

Il Vangelo della sofferenza ha lo scopo di far percepire Dio vicino alle diverse situazioni di vita; di proporre, far accogliere e farsi carico del punto di vista di Gesù di Nazareth sui diversi aspetti della vita in modo che si realizzi il progetto salvifico di Dio.

Le dimensioni dell'annuncio [Gevaert J. 2000] saranno certamente quelle proprie del linguaggio religioso e della fede. C'è una dimensione antropologica tesa a comprendere il rapporto tra malattia e persona. Sociale che vuole mettere in evidenza il rapporto e il ruolo tra malato e società concreta ma anche il compito e la responsabilità della società verso la malattia e il diritto alla salute [De Sandre I. 1984]. Alcune dimensioni e linguaggi sono più specificamente ecclesiali. La dimensione etica della malattia è oggi particolarmente sentita soprattutto in riferimento alle questioni della bioetica: sviluppo della pratica medica, valore della persona e libertà degli individui. Ma ancora di più è decisivo il linguaggio della spiritualità che vuole annunciare un ruolo sociale ed ecclesiale per la malattia e una via per viverla in modo salvifico [Davanzo G. 1978; Noye I. 1980]. Tutti questi linguaggi hanno una duplice dimensione. Sono allo stesso tempo personali e comunitari.

Nella linea di GS la comunità evangelizza ed è evangelizzata attraverso la condivisione di vita. In tale situazione vitale avviene lo scambio dei significati e l'apertura alla azione dello Spirito. Uscendo dalla consueta pratica pastorale dell'oggettivo e della emergenza, questo compito si potrebbe meglio realizzare in una *prospettiva di pastorale delle età della vita*. L'evangelizzazione è, infatti, innanzitutto orizzonte di promozione della esistenza umana.

Ero malato e mi avete visitato". Vivere cristianamente la malattia o farsi prossimo del malato comporta la costruzione della personalità cristiana in interazione con la vita umana e la acquisizione di alcune competenze [Paganelli R. 2010]. Il termine competenza esprime la capacità acquisita di esercitare un aspetto della vita cristiana. Essa è frutto di un percorso che unisce conoscenze, motivazioni ed esercizi di apprendimento. Il malato è sostenuto nel vivere il suo momento di vita configurandosi a Cristo sofferente e Il battezzato, all'interno della esperienza

formativa ecclesiale, viene aiutato ad esercitare il carisma (o a scoprire il ministero) dell'inviato di Dio a coloro che sono nella sofferenza. Attraverso un esercizio e apprendistato a "fare opere di carità e di giustizia" scopre in sé e sviluppa la capacità del "farsi vicino" a chi è nella sofferenza, di animare la comunità alla responsabilità verso il tema della sofferenza e diritto alla salute [Aramini M. 2009]. La condizione soggettiva e la conseguente abilità determinante sarà il cammino di Integrazione nella propria persona della dimensione della sofferenza.

2.2. il percorso formativo.

La malattia, quindi, si vive, si annuncia, si serve. In tale prospettiva va considerato soprattutto che riguarda la totalità della persona e che coinvolge il suo *profondo*.

Condizioni nella persona. L'acquisizione della doppia competenza (accogliere la malattia e visitare gli infermi) è strettamente collegata con l'insieme dei dinamismi della persona. Evangelizzazione e psicologia umana, creazione e nuova creazione, sono strettamente connesse [[Grün A. 2005; Imoda F. 1993]. Quello che nel linguaggio evangelico è chiamato "conversione" è in realtà una complessa attività della persona umana. Il cambio di mentalità e di vita, la trasformazione del cuore, ha bisogno di chiare motivazioni cioè di un insieme di idee e sensazioni che spingono ad aderire alla nuova prospettiva di vita. A sua volta la motivazione è collegata alla capacità di risposta ai bisogni fondamentali della persona.

È la motivazione che dà inizio al cammino di crescita e trasformazione culturale *i cui passaggi sono la rilettura della propria esistenza, la interiorizzazione del messaggio e la sua integrazione nell'insieme della vita quotidiana*. Questi passaggi sono aiutati da due fattori di apprendimento determinanti. Da una parte la possibilità di *imitare* il cammino di trasformazione passando dal concreto al personale. In secondo luogo dalla possibilità di *sperimentare* e quindi *personalizzare* lo stile di vita che si vuole acquisire.

La conoscenza di questi dinamismi consente un aiuto notevole al processo di conversione, traduce nella pratica l'impegno materno e catecumenale della chiesa, realizza l'integrazione fede e vita come compito della pastorale contemporanea. Certamente l'intera proposta formativa risponde ai diversi livelli di spiritualità propri delle persone coinvolte. Così i livelli psicologici e culturali diventano livelli e tappe pedagogiche secondo il criterio della "differenza ottimale" ovvero la capacità di individuare una proposta ottimale rispetto al punto di partenza e di arrivo.

I passaggi psicologici della accettazione della malattia. Di grande aiuto sono le esperienze di partecipazione e di sostegno ai malati. Possono essere sia di origine religiosa che laica [Crispo C. 2009]. La chiesa attraverso la sua pastorale della salute (congregazioni religiose di antico carisma, associazioni spirituali, centri diocesani e gruppi di volontariato) possiede una grande esperienza di pedagogia nella sofferenza e può collaborare validamente a ricostruire un percorso di "accettazione" e di "significazione" della malattia e della sofferenza.

Per elaborare un *itinerario ideale* di accompagnamento molti autori, associazioni di volontariato ed esperienze si rifanno all'opera di Elisabeth Kübler Ross [1976] che ha individuato già nel 1969 cinque fasi della elaborazione del lutto. In esse ritroviamo molta esperienza della spiritualità religiosa.

Spesso l'inizio del cammino coincide con la negazione o rifiuto della realtà, questo avviene soprattutto come iniziale difesa psichica. Segue la fase della rabbia e/o paura che investe familiari, il personale ospedaliero, Dio. È un momento critico che può evolversi sia come richiesta di aiuto, ma anche come rifiuto, chiusura e ritiro in sé. È forse il momento più difficile per il malato e per chi vuole "farsi vicino". Se non è avvenuta una chiusura psichica totale allora può nascere la fase della contrattazione o del patteggiamento nella quale la persona inizia a verificare cosa è in grado di

fare. Qui si inserisce il “vangelo della speranza” secondo i valori personali ma anche una vera “evangelizzazione” frutto della relazione del paziente anche con figure religiose. Questo non elimina il pericolo costante della depressione che può essere una costante ma anche un fase precisa quando la malattia progredisce ed il livello di sofferenza aumenta. La psiche non può più negare la sua condizione di salute, e inizia a prendere coscienza che la ribellione non è possibile, per cui la negazione e la rabbia vengono possono essere sostituite da un forte senso di sconfitta. Se questa fase\dimensione non prende il sopravvento si può arrivare alla fase dell’accettazione della propria condizione ed a una consapevolezza di quanto sta per accadere. Il silenzio progressivo del paziente può essere situazione spiritualmente favorevole per sviluppare il “raccolimento” fino (quando è possibile) al momento dei “saluti e della restituzione” a chi è stato vicino al paziente con momenti di profonda comunicazione con i familiari e con le persone che gli sono accanto.

2.3. Forme comunicative

Aiutare gli uomini e le donne del nostro tempo a cogliere il valore umanizzate e sacramentale dell’UI significa anche individuare forme comunicative adatte. In modo particolare va sottolineato che l’annuncio del vangelo della malattia avviene nella *relazione interpersonale* e della *interiorità* delle singole persone. La relazione interpersonale, intesa come relazione fisica e pratica della compassione che si stabilisce tra chi annuncia e il malato, permette la autorevolezza dell’annuncio e la apertura alla ricerca del significato evangelico della malattia stessa. Nella relazione i ruoli sono reciproci. Chi annuncia può annunciare veramente solo se entra in sintonia e a sua volta il malato che accoglie il vangelo diventa “il luogo e il soggetto” testimoniale dell’annuncio stesso. La relazione è condizione anche del “percorso del vangelo”. Questo avviene solo attraverso una pratica della interiorizzazione dello stato di malattia. Evangelizzare il profondo [Pacot 2001; Guzzi 2004] da una lato significa mettere in relazione la parola con gli stati di vita e le modalità biografiche che l’hanno segnata, dall’altro significa formare alla capacità di rilettura della propria esistenza.

Il *setting* comunicativo biografico-narrativo [Zuppa P. 2004] permette di raggiungere una adeguata *presa di coscienza* delle proprie precomprensioni culturali su tale tema. Ancora di più permette *l’ascolto delle proprie paure*, resistenze, difficoltà che immobilizzano la persona e il suo agire. Questo sia nel contesto di predicazione che di dialogo interpersonale che di interazione di gruppo. Una comunicazione centrata sulla ricerca-azione o laboratorio permette di facilitare l’acquisizione delle informazioni adatte a far nascere il desiderio di aderire al Vangelo attraverso testimonianze che interagiscono con un focus o intervista. Certamente sempre utile è la comunicazione mass-mediale. In ogni caso non deve mancare l’interazione.

Sul piano della formazione occorre preferire modelli comunicativi che poggiamo sulla possibilità di interiorizzare attraverso la imitazione di prassi evangeliche vissute e soprattutto la sperimentazione di ruolo (role-playing) o di sperimentazione di situazioni vitali.

2.4. Esperienze formative

L’apprendimento di stili di vita avviene principalmente nella *sperimentazione di un ruolo* che esprime un valore. Tale obiettivo ancora in un recente passato veniva perseguito solo all’interno della pratica spirituale. Oggi uniamo a tale ricchezza del cristianesimo anche pratiche formative che, nel concreto, significa costruzione di adeguate esperienze formative.

Imparare a “servire il malato” significa passare attraverso alcune esperienze. Imparare a progettare di vivere parte del proprio tempo con gruppi di volontariato. Fare esperienze di guarigione della propria memoria. Essersi confrontato con lo stile di Gesù attraverso la meditazione della sua passione. Procurarsi elementi e materiali per una corretta informazione e

contro-informazione. Comporta anche esperienze di celebrazione della malattia e preghiera con e per i malati.

L'esperienza non può essere solo *evocata o simulata*. La recente metodologia formativa delle "comunità di pratica" [Lipari D. 2006] può essere un luogo di apprendimento ideale in quanto (nella logica delle cosiddette pratiche formative *out-door*) mette in rete-relazione i "catecumeni" e i Gruppi di Volontari della malattia e della sofferenza. Questo evita che si possa facilmente "formalizzare" l'esperienza senza prendere posizione verso di essa. L'accento pastorale non dovrà essere messo sulla totalità delle esperienze. Esse dipendono dai destinatari, dalla loro situazione vocazionale e di età di vita. Piuttosto va messo sul rapporto tra comunità parrocchiale e luoghi di esperienza. Qui vale il principio della interazione e della pastorale d'insieme.

Indicazioni bibliografiche

Adrianopoli L., *Il catechismo romano commentato*, Milano, Ares, 1990.

Ancora G., *La sofferenza "luogo" di apprendimento e di esercizio della speranza nel contesto della post-modernità*, in *Euntes Docete n.s.*, 2009, 52,2, 127-144.

Aramini M., *Prendersi cura. Custodire la persona nel tempo della malattia*, Milano, Paoline, 2009.

Benatti M., *Beati e santi con i malati. Eroismo e carità negli ultimi cinque secoli - Informazioni sul prodotto*, Fede & Cultura, Verona, 2010.

Benedetto XVI, *Spe salvi. Lettera enciclica*, 2007.

Bressanin E., *Unzione degli infermi*, in Cinà G.-Locci E.-Rocchetta C.-Sandrin L. (a cura di), *Dizionario di Teologia Pastorale Sanitaria*, Torino, Edizioni Camilliane, 1997, 1341-1349.

Catechismo della Chiesa cattolica, Città del Vaticano, Libreria Editrice Vaticana, 1992.

Colombo G., *Unzione degli Infermi*, in Sartore D.-Triacca A.M., in *Nuovo dizionario di Liturgia*, Roma, Ep, 1983, 1539-1552.

Conferenza Episcopale Italiana, *"Rigenerati per una speranza viva" (1 Pt 1,3): Testimoni del grande "sì" di Dio all'uomo. Nota pastorale dell'Episcopato italiano dopo il 4° Convegno Ecclesiale Nazionale*, Roma, 2007.

Crispo C., *Comunicare la speranza. Accompagnamento e sostegno nella malattia*, in *Asprenas*, 2009,56,3, 133-138 .

Davanzo G., *Sofferente/malato*, in De Fiores S.-Goffi T. (a cura), *Nuovo dizionario di Spiritualità*, Roma, EP, 1978, 1494-1504.

D'Angelo A., *Accogliere il Vangelo nella fragilità*. Il Catechismo di Giacomo Gaglione, Trapani, Pozzo di Giacobbe, 2010.

De Sandre I., *Medicina-salute*, in Acquaviva S. (direttore) - Pace. (a cura), *Dizionario di Sociologia e antropologia culturale*, Assisi, Cittadella, 1984, 308-312.

Di Nola A., *Malattia e guarigione*, in *Enciclopedia delle religioni*, v. IV, Vallecchi, Firenze, 1972, coll. 2-15.

Gevaert J., *Male e sofferenza interrogano: atteggiamenti cristiani di fronte alla sofferenza*, Torino, Ldc, 2000.

Guzzi M., *Darsi pace. Un manuale di liberazione interiore*, Milano, Paoline, 2004.

Guzzi M., *Yoga e preghiera cristiana. Percorsi di liberazione interiore*, Milano, Paoline, 2009.

Il dolore e la morte, in *CredereOggi*, 1985,29,5.

Grün A., *Guarigione come riconciliazione. Riconciliarsi per guarire*, in *CredereOggi*, 2005,145, 1, 85-94.

Imoda F., *Sviluppo umano, psicologia e mistero*, Casale Monferrato, Piemme, 1993.

Kübler-Ross E., *La morte e il morire*, Assisi, Cittadella, 1976 [13^a ed.: 2005].

Lipari D., *Apprendimento e "comunità di pratica"*, in Meddi L. (a cura di)-Associazione Italiana Catecheti, *Formazione e comunità cristiana. Un contributo al futuro itinerario*, Roma, Urbaniana University Press, 2006, 199-207.

Lodi E., *Unzione degli infermi*, in Bo V.-Bonicelli C.-Castellani I.-Peradotto F. (a cura), *Dizionario di pastorale della comunità cristiana*, Assisi, Cittadella Editrice, 1980, 606-608.

Lodi E., *Liturgia della chiesa. Guida allo studio della liturgia nelle sue fonti antiche e recenti*, Bologna, Edb, 1981, 900-902.

Meddi L., *Catechesi. Proposta e formazione della vita cristiana*, Padova, Emp, 2004.

Noye I., *Maladie*, in Dictionnaire de Spiritualité Ascétique et Mystique. Doctrine et Histoire. Tome X, Paris, Beauchesne, 1980, coll. 137-152.

Pacot S., *L'Évangélisation des Profondeurs, 2 voll.*, Paris, Editions du Cerf, 2001.

Paganelli R., *Malato, mi hai visitato*, Bologna, Edb, 2010.

S. Alfonso Maria de Liguori, *Apparecchio alla morte*, in <http://www.intratext.com/IXT/ITASA0000/IDX006.HTM>, visitato nel marzo 2010.

Terrin A.N., *Unzione degli infermi*, in Barbaglio G.-Bof. G-Dianich S. (a cura di), *Teologia*, Cinisello Balsamo, San Paolo, 2002, 1810-1828.

Thévenot X.-Manicardi L.-Varasi D., *Ha senso la sofferenza?*, Magnago-Bose, Qiqajon, 2009.

Triacca A.M., *Unzione degli infermi*, in Gevaert J. (a cura di), in *Dizionario di Catechetica*, Torino, Ldc, 1986, 655-657.

Zuppa P., *Raccontarsi. Narrazione e autobiografia come formazione: tra andragogia e mistagogia*, in Calabrese S. (a cura di), *Catechesi e formazione. Verso quale formazione a servizio della fede?*, Torino, Ldc, 2004, 139-148.

Luciano Meddi
Ordinario di Catechetica Missionaria
nella Pontificia Università Urbaniana