UFFICI TRIVENETO DI PASTORALE DELLA SALUTE

"Nei malati servire Cristo, servire i malati in Cristo. La figura dell'operatore pastorale"

Assunta Steccanella

Zelarino, 24 ottobre 2026

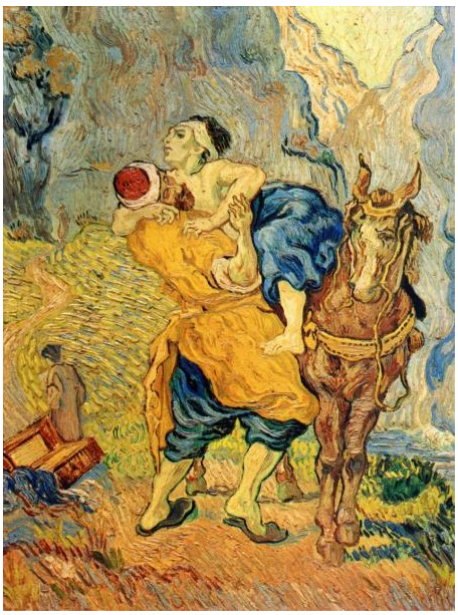
Il mio intervento si articola intorno a due icone, una biblica e una contemporanea, per offrire alcuni spunti sulle attitudini dell'assistente spirituale/religioso (Operatore di pastorale sanitaria OPS) e sulle difficoltà che può incontrare, per passare poi alle competenze richieste e alla dimensione formativa necessaria per acquisirle.

Il taglio della riflessione è specificamente cristiano: ma se il malato che incontro è induista, islamico, sikh, ateo?

Mi riallaccio qui a quanto ascoltato nella prima relazione: è molto importante saper attuare **un'assistenza di tipo spirituale**, che è necessaria a tutti, deve stare **alla base anche di ogni assistenza religiosa**, di ogni preghiera insieme, di ogni somministrazione di sacramenti. Infatti **la spiritualità è** «attesa dell'uomo di essere colto nella sua globalità e di avere la possibilità di manifestare il fondo della sua umanità». In una persona fragile, malata, anziana la spiritualità si mostra nel bisogno di una presenza, nell'esigenza di ascolto, è ricerca di gratuità, desiderio di confidenza, domanda di unità (anzitutto con se stessi), desiderio di composizione delle proprie relazioni, anelito di riconciliazione, sete di comunicazione[1].

Sono già anticipate qui alcune delle principali **attitudini** di un OPS, che avviciniamo a partire dall'immagine biblica.

1. L'immagine biblica



[1] Cf. E. BIANCHI – L. MANICARDI, *Accanto al malato*, Qiqajon, Magnano (Bi)2000, 20-21.

Conosciamo tutti la parabola evangelica del buon Samaritano (Lc 10,25-37), sappiamo che è usata continuamente in relazione alla pastorale della cura. Una sua bella lettura ci viene offerta dal pittore Vincent Van Gogh[2] che nel maggio del 1890, due mesi prima di morire, dipinge Il quadro che vedete. L'artista fissa sulla tela al centro della vicenda il momento in cui un uomo, gravemente ferito, viene soccorso da uno sconosciuto, che noi sappiamo essere straniero (dalla Samaria).

Due figure giganteggiano al centro della scena, il soccorritore e il ferito. Van Gogh rappresenta il samaritano con i tratti del suo stesso volto: sappiamo che il pittore è stato un uomo lacerato, che ha sofferto e **proprio per questo può farsi vicino** all'altro, al ferito. Un'allusione ulteriore è nel fatto che hanno entrambi i pantaloni di colore blu, un simbolo del sapersi mettere nei panni degli altri, di immedesimarsi, un segno di partecipazione, di empatia.

Il samaritano qui è coinvolto, ama 'con i muscoli', in modo concreto, agisce: prima si è chinato a terra per un primo soccorso come mostra la fascia bianca sulla testa del ferito, ora è evidente lo sforzo per proseguire: egli fa fatica, il corpo è teso, la schiena si inarca, punta il piede e spinge sul terreno per sollevare il ferito a peso morto, in un autentico corpo a corpo con il dolore.

Sappiamo bene che spostare una persona che non ha autonomia di movimento è molto difficile e richiede grande sforzo, soprattutto se capita di doverlo fare da soli. Il samaritano compie un grande investimento di energie nell'aiutare il ferito e portarlo in alto, sul cavallo: dà tutto di sé, è completamente impegnato. Per questo il pittore lo raffigura come visivamente imponente: in questa sua azione emerge la vera grandezza dell'essere umano (invece gli altri due, sacerdote e levita, sono rappresentati come molto piccoli, come degli *omuncoli*).

A terra rimangono gli oggetti, le cose, che, ora, diventano insignificanti: il valore e la grandezza di una persona non dipendono dal ruolo, dalla ricchezza, ma dalla sua capacità di guardare il volto dell'altro. Nel quadro di Van Gogh troviamo l'immagine dell'umanità, del nostro essere uomini e donne così come siamo stati pensati da Dio, esseri umani capaci di riconoscimento, ascolto, relazione.

Ma come continua la storia? Come agisce, dopo, il Samaritano?

Dal Vangelo sappiamo che egli conduce il ferito in una locanda, paga di persona per le sue cure e promette di tornare per sostenere le eventuali spese eccedenti. Non si limita a un gesto puntuale e spontaneo ma, dopo il primo moto del cuore, continua a stare accanto, persevera. Questo gli costa, non è un compito semplice e agevole, è qualcosa che **incide sulla sua vita**, sulle sue scelte, in qualche modo lo cambia[3].

2. Le attitudini di un OPS: l'immagine contemporanea

Per dare un volto contemporaneo a quanto abbiamo appena visto, scelgo di muovermi sulla traccia di un testimone con il quale sono abbastanza certa di non sbagliare. Riprendo infatti le coordinate

[2] Cf. L. VOLTOLIN (a cura), *Sulla fragilità dell'esistenza. Dialoghi*, Triveneto Theology Press, Padova 2023, https://www.fttr.it/sulla-fragilita-dellesistenza-dialoghi/

[3] Questa è una parabola molto scomoda. Papa Francesco la pone come un punto cruciale di decisione per chi vuol vivere la fraternità cristiana: rimando alla sua enciclica *Fratelli tutti*, al n. 64. Cf. A. STECCANELLA, *Spiritualità aperta*, con Aurelio Molé, Edizioni Francescane Italiane, Perugia 2022, 38-42.

di un intervento del 2015 di d. Massimo Angelelli[4] in cui egli parla del suo esordio come cappellano al Policlinico di Tor Vergata.

D. Massimo racconta che, da novello sacerdote, viene inviato al Policlinico come primo servizio, senza nessuna formazione previa, senza mai aver studiato nulla sulla sofferenza e il suo senso, ma anche senza aver avuto alcuna esperienza diretta né della malattia, né degli ambienti sanitari, né della pastorale adeguata.

Dal suo racconto scopriamo che, nell'impatto con questa realtà, i suoi primi sentimenti sono il disorientamento e la solitudine: si trova in un ambiente disinteressato alla sua persona (non cambia nulla, a livello sanitario, che ci sia l'operatore pastorale oppure no… la sensazione di invisibilità, o insignificanza, non è rara in questi ambienti), unico cappellano per 480 malati che vanno e vengono e quindi non rappresentano un 'popolo' di riferimento, capace di supportarti e accompagnarti.

In quel contesto nuovo e complesso scopre anche il limite delle proprie conoscenze: come parlare di sofferenza, malattia e morte, senza saperne nulla? **Il rischio è quello di rifugiarsi nelle frasi fatte, nella dottrina, risultando però poco credibili, o come dice lui "terribilmente falsi"**: non perché si dicano cose errate, ma perché si dicono cose **disincarnate**, che vengono solo dalla testa, non dalle profondità della persona. Credo sia capitato un po' a tutti qualche volta, davanti a una persona sofferente, di sentirsi di dover dire qualcosa, e dirlo, percependone però nello stesso tempo la debolezza, il vuoto, con il rischio di continuare ad accumulare parole, facendo sempre più fatica…

Dopo un po' di tempo, d. Massimo intraprende quindi una strada nuova: sceglie di fare appello alla propria esperienza, ossia all'esperienza del limite che tutti, in un modo o nell'altro, facciamo. **Cerca le proprie sofferenze**, le proprie ferite, le ripercorre, le rilegge, e a partire da questo atteggiamento si toglie i panni del ministro, di colui che crede di essere lì solo per **dare** qualcosa, e indossa i panni del maestro che è nello stesso tempo **un compagno ferito**.

2.1 Le attitudini fondamentali di un OPS

Ritroviamo qui le prime attitudini fondamentali per un OPS: l'apertura a riconoscere **l'altro come prezioso**, un bene in sé, nei confronti del quale, in questo momento, ho una particolare responsabilità. Insieme, emerge il desiderio profondo di farsi vicino, **essere presente**, con l'attenzione a fare in modo che l'incontro non rimanga un episodio superficiale, ma diventi l'occasione di una **relazione** autentica. Sono dimensioni che incidono profondamente non solo sull'azione pastorale e sulla persona sofferente che si incontra, ma, **più radicalmente**, **sulla persona stessa dell'assistente spirituale o religioso**, e che possiamo ricondurre all'idea di **compassione**.

D. Massimo Angelelli continua raccontando che la sua azione pastorale si è strutturata essenzialmente nell'impegno a farsi accanto, compagno di cammino. Non avendo tante parole da dire, ha **ascoltato** in silenzio, ha ascoltato il dolore e la sofferenza dell'altro «cercando di accoglierla un po' su modello del tipo di Cirene che ha accettato di **portare un peso** che non era il suo» (Angelelli). **L'ascolto** esprime la decisione di esserci, di stare con il malato nella sofferenza, di stare nonostante questo non sia facile né indolore, come Maria che 'stava' sotto la croce, impotente ma presente.

[4] Attuale Direttore dell'Ufficio Nazionale di Pastorale della Salute. La narrazione è tratta dal video del Convegno Nazionale di pastorale della salute dell'8-10 giugno 2015 https://www.youtube.com/watch?v=ObSPDW8lr6k (consultato 15 ottobre 2026).

Il tema **dell'attitudine all'ascolto** è cruciale per un assistente spirituale e religioso. Dicono gli studi di antropologia che ascoltare non è un'azione neutra, è qualcosa di diverso dal semplice sentire/udire. Non è un moto spontaneo ma è una decisione, è frutto della volontà, è all'origine del dialogo ed è **trasformativo** per tutti i coinvolti:

- chi è ascoltato, in un certo senso, in qualche forma un po' guarisce (pensiamo al valore terapeutico dell'essere ascoltati p. es. nella psicoterapia);
- colui che ascolta cambia: ascoltare chiede infatti di aprirsi, di abbassare le difese, consentendo a un altro di raggiungerci nel profondo. Dopo aver ascoltato, siamo diversi da prima.

Enzo Bianchi afferma che è essenziale ascoltare i racconti di coloro che soffrono[5], non solo perché così li si aiuta a esprimere la propria umanità, non solo perché si instaura una relazione: ascoltare i malati è una **scuola di umanità**. Chiede la disponibilità a far parte (in qualche modo farsi carico) di **un processo non facile** né scontato: il percorso dentro la malattia, la vecchiaia, la fragilità, è accidentato e difficile, passa attraverso momenti diversi, segnati anche dalla collera e dalla depressione, fatto di passi avanti nell'assunzione del reale e di regressioni, di rifiuti, di ribellioni e di momenti di pace, di sconforto e volontà di combattere…

A volte accade un evento che ha dello straordinario, **l'accettazione della propria condizione**: essa è frutto di un intreccio fecondo, nell'incontro tra

- la particolare umanità del malato,
- l'ambiente che lo circonda,
- le persone che si fanno accanto (familiari, ma anche OPS),
- l'influsso misterioso dello Spirito Santo che opera con chiunque, anche se non ne è consapevole.

Quando questo accade **a un cristiano**, «che ha cercato di integrare la propria *sequela Christi* nell'esperienza della sofferenza, [il suo raccontare] può anche essere una forma di trasmissione della fede, dunque un ministero ecclesiale fondamentale»[6]. **Il malato diventa così un ministro, un evangelizzatore,** e offre all'OPS un nutrimento per la propria fede.

Abbiamo incontrato fin qui di alcune attitudini fondamentali per un OPS, l'apertura a riconoscere l'altro – e l'altro nella sua fragilità – come prezioso, un bene in sé; un tratto di sensibilità umana che si fa carità concreta nella capacità di farsi vicino, e di 'stare'; l'atteggiamento di ascolto autentico; l'umiltà necessaria a riconoscere che non siamo solo persone che portano qualcosa ma che abbiamo, sempre, ancora tanto da imparare in molti ambiti, sia dal versante dei contenuti che nell'ascolto di coloro che sembrano i più inermi.

Sono attitudini, dicevamo, che sono certamente presenti in chi presta il proprio servizio di OPS, magari solo in forma interiore, germinale: d. Massimo Angelelli dice **di aver dovuto 'scoprire' quelle strade** che ha percorso, **scoprirle in sé**, perché non erano dimensioni di cui era consapevole. Vanno quindi cercate, coltivate. Vedremo poi come si intrecciano con le **competenze** necessarie a un OPS e quali le **dimensioni formative** principali.

[5] Cf. E. BIANCHI – L. MANICARDI, *Accanto al malato*, Qiqajon, Magnano (Bi) 2000.

[6] E. BIANCHI – L. MANICARDI, *Accanto al malato*, 13-14.

3. Alcune difficoltà strutturali

Vorrei prima dedicare uno spazio ad alcune difficoltà, di carattere strutturale, che si incontrano in questo servizio[7].

Inizio da una raccomandazione che apre il documento della CEI *Predicate il vangelo e curate i malati* (2006). Cito: "La Nota intende anche invitare la comunità cristiana nel suo complesso a sentirsi soggetto corresponsabile della pastorale della salute, integrandola in una pastorale d'insieme" (Presentazione). L'affermazione si basa sulla consapevolezza che "rispetto ai vasti e complessi problemi del mondo sanitario, risposte parziali e disarticolate si dimostrano insufficienti" (Pastorale della salute nella Chiesa italiana, 1989).

Comunità corresponsabili della pastorale della salute: cosa significa? Significa che il singolo non basta, che il più diretto e capillare servizio alle persone che soffrono dovrebbe iniziare nella ferialità della vita delle comunità cristiane: nel loro tessuto vitale va promosso «lo spirito della diaconia evangelica verso i sofferenti e l'impegno per la promozione della salute»[8]. Tutte le dimensioni della vita comunitaria chiedono di esserne innervate: la catechesi, l'azione dei volontari, la liturgia, sia con la valorizzazione dei sacramenti di guarigione che **formando adeguatamente** i ministri straordinari della Comunione, che sono spesso il primo volto della comunità che si fa vicina al malato. Credo che qui ci sia una prima, grande difficoltà per molti OPS, come abbiamo sentito anche dalla testimonianza di Angelelli. Ma è una difficoltà a cui possiamo impegnarci per far fronte, inserendo qualche piccola scelta pastorale nella vita delle comunità a cui apparteniamo.

Dal **versante culturale**, ognuno di noi oggi si scontra con il problema del **senso del dolore**, **della malattia** e più radicalmente con la **rimozione della morte**[9].

Il dolore e la malattia mettono in crisi il senso normale del vivere, sconvolgono le giornate, suscitano mille domande a cui non ci sono risposte facili. Scatta immediatamente la ricerca della **causa**, nel tentativo consapevole o inconscio di rimuoverla, per tornare alla condizione precedente. Non manca neppure l'idea sottile che il male sia un castigo ("cosa ho fatto di male per meritarmi questo?"). A volte la malattia è ancora motivo di **vergogna** quando rende visibili la fragilità, la dipendenza e la perdita di autonomia. Viviamo in una società che esalta efficienza, salute e soprattutto **prestazione**, e il malato (così come l'anziano, o il fragile) può percepirsi come "fuori norma", o sentirsi inutile, un peso per gli altri. Pensiamo a tutta la discussione sull'eutanasia e sul suicidio assistito e a come qualcosa si giochi anche sul pensiero dell'**inutilità della vita fragile** (cosa ci sto a fare qui? Sono solo un peso – cultura dello scarto di EG).

---

[7] Cf. CEI, Nota past. *Predicate il Vangelo e curate i malati. La comunità cristiana e la pastorale della salute*, 4 giugno 2006 (da ora CEI 2006); A. BRUSCO, *Preparazione alla morte, accompagnamento del morente*, «Studia Patavina» 61 (2014) 2, 338-339.

[8] CEI 2006, 65.

[9] Cf. A. TONIOLO, *Male*, Messaggero, Padova 2022, in part. 55-66.

Per la morte, poi, la **rimozione è radicale**. Dal versante pratico, la si allontana in tutti i modi dai luoghi della vita quotidiana, riservandola alle strutture sanitarie, RSA, ospedali, Hospice. Culturalmente scompare dai discorsi, si cercano le parafrasi (è mancato, è andato in cielo, e la più triste per un credente: non c'è più), se ne evita il pensiero. Di più, si è verificato un radicale **cambio di paradigma** nella concezione della morte: «il passaggio dalla "morte addomesticata" (cioè quella alla quale ci si preparava con tutta una serie di rituali che la rendevano meno terrificante) alla "morte selvaggia" (cioè quella che ci coglie del tutto impreparati perché ne rimuoviamo costantemente il pensiero dal nostro orizzonte)»[10]. Questo rilievo è interessante per noi: la 'morte addomesticata' (alla quale ci si preparava perché si basava sulla consapevolezza che ciascuno di noi è destinato ad attraversare quella soglia) prevedeva diversi passaggi, nei quali la dimensione religiosa era ben presente con i suoi riti, ma non esclusiva.

Il fatto è che questo processo «ha **sottratto la morte alla sfera del sacro**, trasferendola dal terreno del senso e del valore a quello dello sviluppo di mezzi tecnici sempre più potenti. **Non essendo più considerata come *mistero* bensì come *problema***, cioè come qualcosa di separato dalla persona – un ostacolo che sbarra il cammino – la morte e da rimuovere»[11]. Esempio eclatante la corsa alla longevità dei grandi multimiliardari che perseguono la possibilità offerta dalla tecnica di non morire più per vecchiaia (la *longevity economy* di Bezos, Thiel e altri o *Immortals* di Brian Johnson), chiaramente riservata a chi ha i mezzi ingentissimi per permetterselo.

Sono tratti della tendenza a rispondere al dolore, alla malattia, approfondendone tutte le **dimensioni biologiche**, trascurandone spesso le coordinate profonde di stampo **antropologico** e infine confidando **molto poco in Dio**. Quando la risposta medico-scientifica mostra tutti i suoi limiti e fragilità, come è accaduto con il COVID, ritorna la ricerca di una prospettiva altra, spirituale, che però ancora una volta difficilmente è anche religiosa: Dio non è chiamato in causa, nel bene e nel male[12].

3.1 Alcuni rischi

Le implicazioni per un OPS sono importanti: la presenza cristiana accanto ai malati patisce non solo la diminuzione del clero e dei religiosi, ma anche la «caduta esponenziale della richiesta dei sacramenti, la crescente resistenza delle famiglie alla presenza dell'operatore pastorale accanto al congiunto in fase terminale, il pluralismo religioso»[13]. Questo può spingere a **ripiegarsi totalmente sull'accompagnamento spirituale genericamente inteso**, simile a quello che si sta diffondendo anche nelle equipe mediche, che entra nei programmi terapeutici e che risulta strutturato quasi del tutto sull'attenzione agli aspetti antropologici. È un'azione **molto buona**, **necessaria** come abbiamo detto, ma **non è tutto**, come **dall'altra parte** non è sufficiente ritirarsi nelle 'proprie cose', disincarnarsi riducendo l'accompagnamento alla somministrazione dei sacramenti a chi li chiede.

[10] S. MANNA, *Malattia, dolore, cura: quale pastorale?*, «Studi ecumenici» 3-4 (2020), 619.
[11] A. BRUSCO, *Preparazione alla morte, accompagnamento del morente*, «Studia Patavina» 61 (2014) 2, 332.
[12] Cf. TONIOLO, 9.
[13] BRUSCO, 339.

È l'integrazione tra le due prospettive a essere indispensabile, come spiegava in facoltà teologica una psicologa che si occupa di questi temi e che, dalla sua prospettiva di non credente, diceva: "Chiedo a voi teologi e teologhe di venire in ospedale. Noi psicologi infatti possiamo accompagnare i malati e le loro famiglie fino alla soglia della morte, davanti a una porta che segna una fine, e accompagnare ad accettarla. Voi siete capaci di dischiudere quella porta sulla speranza, sulla possibilità di una vita altra". Possiamo aiutare chiunque, malati, famiglie, anche i curanti, credenti e non credenti, a introdurre un **'forse'** nella loro prospettiva.

Abbiamo una possibilità straordinaria, **tenere aperta la porta della speranza** nei luoghi del dolore. E' necessario curare questa consapevolezza.

4. Competenze

La Nota Cei del 2006 indicava la necessità, per gli OPS, di sviluppare competenze a tre livelli: sapere, saper essere, saper fare (n. 67)[14]. Sviluppare competenze: è un percorso, un processo dinamico, che non riguarda mai solo il singolo OPS, ma chiede di essere svolto entro il quadro articolato che comprende (ancora una volta) l'equipe degli operatori, le comunità, gli uffici diocesani, la considerazione di chi sono i sofferenti[15].

Sapere - conoscenze: si tratta della necessità di acquisire "le conoscenze di base, il background culturale, le informazioni e i dati utili a leggere e comprendere il contesto nel quale si agisce; progettare, organizzare e verificare le attività; valutare i bisogni formativi degli altri soggetti pastorali e rispondervi con proprietà"[16]

- **Saper essere - motivazioni**: rimanda alla "**consapevolezza** di sé, del proprio ruolo e delle proprie capacità relazionali ed empatiche, il senso di responsabilità, l'equilibrio/saggezza e tutte le capacità che concorrono ad integrare armonicamente il sapere (concettuale) e il saper fare (pratico-esperienziale)"[17].
- **Saper fare - comportamenti**: sono le abilità e gli apprendimenti specifici, maturati nella pratica e nell'esperienza, per svolgere particolari compiti e raggiungere obiettivi definiti"[18]

Per portare le cose sul pratico, ritorno alla testimonianza di Angelelli nella quale possiamo ritrovare tutte e tre queste dimensioni.

"Ho cominciato ad abitare quei luoghi, ho passato ore nei luoghi, in mezzo alle persone, ho cercato di esserci, ho superato il timore di disturbare un malato nella stanza, mi sono fatto conoscere, ho

[14] La distinzione tra sapere, saper fare e saper essere, diffusasi soprattutto nell'ambito della formazione professionale e delle scienze dell'educazione francofone a partire dalla seconda metà del Novecento, identifica tre dimensioni della competenza: conoscitiva, operativa e comportamentale. La successiva riflessione di Guy Le Boterf ha criticato una concezione della competenza intesa come semplice somma di tali componenti, proponendone una comprensione dinamica come capacità di mobilitare e combinare risorse nell'azione: cf. G. le BORTEUF, *De la compétence: Essai sur un attracteur étrange*, Édition d'Organisation, Paris 1995.

[15] Cf CEI 2006, cap. III.

[16] CEI – UFFICIO NAZIONALE PER LA PASTORALE DELLA SANITÀ, *"Predicate il Vangelo e curate i malati": dal testo al contesto, dal documento al comportamento. Linee guida per l'applicazione della nota*, Roma 12 giugno 2011, 3 (da ora Vademecum 2011).

[17] Ivi.

[18] Ivi.

girato, ascoltando in un primo momento i sanitari, stanchi eroi di una battaglia che vale sempre la pena di essere combattuta. Ho imparato quando parlare e quando stare zitto (**Saper essere, motivazioni**). Una volta entrato nel gruppo di lavoro, è sorta la domanda: **io che dico? Che devo fare?** È venuta la necessità di una **preparazione specifica, tecnica e professionale**. Il linguaggio medico è incomprensibile per i non addetti ai lavori. Il mondo scientifico è molto settoriale e il rischio è la non relazione tra i diversi competenti. Il cappellano può entrare nella dinamica relazionale legando le diverse figure del contesto. Il cappellano deve essere preparato, uno che capisce anche di medicina, un po'. Non ero preparato **e ho dovuto studiare di giorno e di notte**. Ho acquisito conoscenze e linguaggi nuovi per cercare di relazionarmi (**Sapere, conoscenze)**. Ci sono tre macro aree con linguaggi e pastorali diverse: il malato, i familiari e coloro che gli stanno a fianco (mondo affettivo), gli operatori sanitari. Questi **tre mondi** chiedono **tre modi** di relazionarsi, ho cercato di viverli fino in fondo e mi sono fatto male, perché la sofferenza è pericolosa. Ho dovuto imparare a gestire questa esposizione ma non per volermi ritrarre, ma solo per imparare a gestire la mia vita in confronto ai contesti degli altri, imparare a gestire i rischi che si andranno a vivere (**saper fare, comportamenti**)"[19].

Le brevi indicazioni che vi ho offerto sono tratte dal Vademecum CEI del 2011, redatto per tradurre in chiave operativa gli orientamenti della Nota PVCM del 2006. Lo raccomando come testo ancora prezioso, pur nella complessità del quadro che delinea.

Inoltre, nonostante tutti i nostri sforzi, il mistero del male e del suo senso rimane. Lo troviamo nel libro dei Salmi (Cf. Sal. 87(88), vv. 4-9 cita?) o in Giobbe: "perché il buon Dio mi fa soffrire?" domandano molti malati. L'imprevedibilità di quello che accade, e la nostra ignoranza in merito, ci accompagnano e mostrano tuto il limite di quello che noi crediamo di sapere. Eppure non possiamo smettere di cercare un senso, di affannarci intorno a questo tema, di svolgere il nostro compito anche riflessivo, sapendo bene che questo compito chiede di essere svolto nella pratica: «nella compassione attiva per i sofferenti e i moribondi»[20].

Ciascuno, insieme alla propria equipe di lavoro, potrà quindi **prendere quello che qui e ora è possibile acquisire** (sassolino nell'ingranaggio), iniziando un processo di crescita personale e di gruppo che sarà senz'altro fecondo.

---

[19] Cf. anche BRUSCO, 339-340: Cresce «un gruppo, sempre più consistente, di operatori che stanno sposando prospettive nuove per rendere significativa la presenza e l'azione della chiesa presso i malati morenti. Pur avendo come obiettivo finale la salvezza di quanti visitano, questi scelgono una modalità di percorso che consenta loro di incontrare il paziente la dove si trova, identificandone i bisogni spirituali e la domanda di accompagnamento, offrendo, senza imporle, le risorse spirituali (la Parola, la preghiera, i sacramenti), aiutandolo a prendere decisioni di tipo morale e a dire addio. Capaci di dialogo con gli operatori delle altre professioni, essi sanno non solo apprendere dalle conquiste delle scienze umane del comportamento, ma anche offrire un importante contributo, stimolando un approfondimento spirituale dei progetti elaborati da altri organismi. Non demonizzando l'affermarsi di una spiritualità che prescinde dalla religione, giungono a considerarla come una piattaforma sulla quale tutti – credenti e non – possono incontrarsi, lasciando poi che lo Spirito spinga le vele verso mete che trascendono l'orizzonte terreno. Accanto al dialogo essi esercitano anche il confronto. Consapevoli che, se viene meno il dialogo, la chiesa corre il rischio di trasformarsi in una presenza giustapposta – intervenendo quando i progetti dell'accompagnamento dei morenti sono già stati realizzati – non ignorano che il trascurare il confronto porta a rinunciare ai valori evangelici e a optare per un orizzontalismo che snatura la missione della chiesa. L'armonizzazione di dialogo e confronto rende la comunità ecclesiale aperta a progettare con quanti sono impegnati nell'accompagnamento del morente, con umiltà e spirito di servizio, forte della convinzione che la fede è essenziale alla riuscita dei progetti degli uomini».

[20] D. MIETH, *La fine della vita: una prospettiva biblico-teologica*, «Concilium» 5/2021, vi, 48.

5. Una formazione integrale

Questo naturalmente chiede **formazione**, di cui sottolineerei prima di tutto due 'tempi' fondamentali:

- una formazione previa – *preparazione* – teorica e pratica,
- la *formazione continua* che aiuti ad affrontare le sempre nuove sfide che si presentano e a sostenere le motivazioni dell'OPS.

Non mi dilungo a specificare le aree in cui questa formazione deve svilupparsi (scientifica, relazionale, pastorale, etica, organizzativa, spirituale). Ricordo solo che una particolare cura va dedicata, in entrambi questi 'tempi' formativi, alla *formazione delle coscienze*, per conoscere la verità che è Cristo e nello stesso tempo i principi morali che orientano l'agire cristiano[21].

Ma cosa significa formazione[22]?

Abbiamo visto che essa è necessaria per sviluppare il sapere, il saper essere e il saper fare, e già da questo comprendiamo che la formazione è una realtà articolata.

Il Documento finale del Sinodo sui giovani – un documento che riserva un grande spazio alla formazione – sollecita l'acquisizione di uno sguardo integrato e globale, auspicando l'assunzione di **un nuovo *approccio formativo*** (cito) «che punti all'integrazione delle prospettive, renda capaci di cogliere l'intreccio dei problemi e sappia unificare le diverse dimensioni della persona. Questo approccio è in profonda sintonia con la visione cristiana che contempla nell'incarnazione del Figlio l'incontro inseparabile del divino e dell'umano, della terra e del cielo» (DF n. 157).
Una tale **formazione integrale** abbracia quindi tutte le dimensioni della persona:

1. la **dimensione razionale**, l'intelletto, le conoscenze,
2. la **dimensione pratica**, la capacità di agire sul campo,
3. la **dimensione affettiva/spirituale**, il proprio saper essere che per un cristiano è strettamente intrecciato con la relazione con Dio.

Una tale formazione non è semplicemente una conoscenza teorica, ma **un'esperienza** e, per un OPS, **un'esperienza *cristiana***.
L'esperienza cristiana si specifica, secondo Moioli, in base ad almeno quattro «linee strutturali»[23]:
1. il riferimento alla **rivelazione,** che si precisa come riferimento a **Gesù di Nazareth**;
2. la mediazione **biblica e sacramentale** che lo veicola;
3. il modo di viverlo, come **«memoria»** che rende contemporaneo l'evento cristiano;
4. la dimensione **ecclesiale** che ne costituisce l'ambito di sviluppo.

[21] PONTIFICIO CONSIGLIO PER GLI OPERATORI SANITARI, *Nuova Carta degli Operatori Sanitari*, LEV, Roma 2016, nn. 5-6.
[22] Cf. L. M. GILARDI, *La formazione della persona adulta. I contributi della pedagogia contemporanea*, «Rassegna di teologia» 60 (2019) 457-468.
[23] Cf. G. MOIOLI, voce «Esperienza cristiana», in S. DE FIORES – T. GOFFI (edd.), *Nuovo Dizionario di Spiritualità*, Edizioni Paoline, Roma, 1979, pp. **536-542.**

La dimensione fondamentale, implicata nell'esperienza *cristiana* tutta, è infatti **l'apertura all'azione di Dio nella propria storia**.
Come si configura, come accade?

6. Servire i malati in Cristo - Nei malati servire Cristo

Ritorno, in chiusura, alla parabola con cui ho aperto, che è molto citata in pastorale della salute e non solo[24]; tra l'altro è l'immagine che dà il titolo a un testo fondamentale in quest'ambito, la *Samaritanus Bonus* (Congregazione Dottrina della Fede, 2020). Proprio in apertura di quel testo si legge: «il Buon Samaritano che lascia il suo cammino per soccorrere l'uomo ammalato (cfr. *Lc* 10, 30-37) è l'immagine di Gesù Cristo che incontra l'uomo bisognoso di salvezza e si prende cura delle sue ferite e del suo dolore con "l'olio della consolazione e il vino della speranza"» (Introduzione).

Il Samaritano è l'immagine di Gesù Cristo. E' **in Lui** che troviamo il modello ma **soprattutto la fonte** del servizio al prossimo e al prossimo fragile in particolare. Infatti «la compassione e la misericordia verso il bisognoso non si riducono a un mero sforzo individuale, ma si realizzano **nella relazione**: con il fratello bisognoso, con quanti se ne prendono cura e, alla base, con Dio che ci dona il suo amore»[25].

Compassione non è quindi solo *con*-patire con il malato, ma *con*-patire insieme a Cristo, poiché l'«agire ecclesiale in campo sanitario costituisce una partecipazione **misteriosa ma reale** all'azione di Gesù Cristo morto e risorto, sorgente di vita e di salvezza per ciascuno»[26].
Questo è un dato. Che ne siamo consapevoli o no è qualcosa che accade. In modo misterioso e straordinario, ogni gesto di accompagnamento, cura, sostegno, fatica, per un cristiano è immersione nella vita di Cristo.

Ma come **servire i malati in Cristo** mi aiuta a svolgere il mio servizio?

Se si trattasse solo di imitazione, saremmo davvero in difficoltà: chi di noi può mai essere in grado di imitare Cristo? In realtà è in gioco qualcosa di molto più radicale. Lo scopriamo alla scuola dell'altra pagina evangelica che rappresenta l'icona del servizio, il racconto giovanneo dell'ultima Cena. Dopo aver lavato i piedi ai discepoli, Gesù dà loro un comandamento nuovo: «Che vi amiate gli uni gli altri come io vi ho amati» (Gv 15,12). La versione italiana non ci aiuta a comprendere in pieno il significato del comando: in greco la parola 'come' si traduce in modi diversi. Qui è Kathòs, che non ha significato semplicemente imitativo, ma fontale: «Come il Padre ha amato me, così io ho amato voi (15,9), amatevi gli uni gli altri (15,12 e 17)»: legati alla fonte del Dio che è amore (1Gv 4,8) attraverso Cristo, riceviamo l'amore necessario da dare al prossimo. Come si rimane in Cristo: attraverso la vita sacramentale e di preghiera. Il sacramento è una sorta di 'rifornimento', il luogo in cui fare il pieno di quell'amore di cui sentiamo così tanto il bisogno (e non a caso, il sacramento culmine e fonte di tutta la vita cristiana si svolge 'mangiando Dio', facendo il pieno di Lui per essere Lui nella storia).

Un'ultima parola sulla dimensione corrispettiva a quella appena toccata: **nei malati servire Cristo**. Esplicitare questa dimensione è **una delle strade** possibili per **contrastare la sfida culturale e pastorale** di cui abbiamo già parlato e a cui siamo chiamati a far fronte: restituire dignità alla

[24] E non solo: cf. *Fratelli tutti*, cap. II che ne fa un punto nodale e discriminante: con chi ti identifichi? n. 64.
[25] LEONE XIV, Mess. per la Giornata Internazionale del Malato *La compassione del Samaritano*, 11 febbraio 2026.
[26] CEI 2006, 3.

vulnerabilità, riconoscendola come una dimensione costitutiva dell'esistenza umana, capace di far emergere e coalizzare intorno a sé le energie più buone degli uomini e delle donne di oggi (l'empatia e la compassione, la responsabilità, la dimensione di cura etc.).

Che nelle persone malate, fragili, vulnerabili, Cristo si faccia presente è detto chiaramente nel Vangelo. Stando al grande affresco di Mt 25,31-46 è nel povero, nel prigioniero, nell'ammalato, nel carcerato, nell'ignudo… che noi aiutiamo, visitiamo, vestiamo Cristo stesso, perché «Tutto quello che avete fatto a uno di questi miei fratelli più piccoli lo avete fatto a me» (25,40). «Il Signore si fa carne che ha fame, che ha sete, che è malata, carcerata», Leone XIV, *Dilexi te* n. 110. Quale dignità maggiore?

Dal versante sacramentale, infine, c'è ancora qualcosa da sottolineare: è importante ricordare che "corpo di Cristo" non indica esclusivamente il pane eucaristico, ma – come insegnano i padri della Chiesa – "corpo di Cristo" sono anche i fratelli e le sorelle, specialmente i più fragili. Anche qui, il servizio ai malati diventa servizio al corpo di Cristo tutto, il meraviglioso effetto collaterale del culto eucaristico.

CEI - COMMISSIONE EPISCOPALE PER IL SERVIZIO DELLA CARITÀ E LA SALUTE, Nota pastorale *«Predicate il Vangelo e curate i malati». La comunità cristiana e la pastorale della salute*, 4 giugno 2006. Cf. anche ID., Vademecum, https://salute.chiesacattolica.it/category/area-istituzionale/documenti/note-pastorali/

PONTIFICIO CONSIGLIO PER GLI OPERATORI SANITARI (PER LA PASTORALE DELLA SALUTE), *Nuova carta degli Operatori Sanitari*, LEV, Città del Vaticano 2016. https://www.humandevelopment.va/it/risorse/documenti/nuova-carta-degli-operatori-sanitari.html