

ASSISTENZA SPIRITUALE/RELIGIOSA NEL FINE VITA

PREMESSA

Il ministero della consolazione in ospedale, insieme all'attività di parroco in due comunità cristiane della mia Diocesi, riempiono le mie giornate di tante esperienze, partendo dai neonati che si sono appena affacciati alla vita, ai bimbi, ai fanciulli e ai ragazzi che frequentano il catechismo e l'oratorio interparrocchiale, alle coppie di fidanzati che accompagno cristianamente verso la benedizione nuziale, fino agli anziani e ai malati che seguo in quel particolare momento della loro vita a casa, nelle RSA e in ospedale.

In tutte le stagioni dell'esistenza troviamo passione e risurrezione, gioie e dolori. Cominciai a fare il cappellano ospedaliero vent'anni fa.

Incontrando i tanti pazienti che si avvicinavano nel ricovero decisi di strutturare una cappellania ospedaliera, condividendo con dei volontari formati questo servizio quotidiano di accompagnamento spirituale. Organizzai per questo un corso Diocesano in Pastorale della Salute, al quale invitai a partecipare in primo luogo i miei parrocchiani e poi chiunque volesse intraprendere questo tipo di servizio. Tanti relatori hanno portato la ricchezza di molti spunti di riflessione.

Successivamente furono proprio i volontari e gli operatori sanitari a chiedermi una formazione permanente, garantita attraverso l'AIPaS -Associazione Italiana di Pastorale Sanitaria- della quale sono socio sin dall'inizio del mio ministero, e ad alcune conferenze che come Direttore dell'Uff. Diocesano di Pastorale della salute organizzavo per i volontari e gli operatori sanitari invitando appunto validi specialisti.

Il Saper essere deve coniugarsi al saper fare, il farsi compagni di viaggio nel tempo della malattia e particolarmente di chi vive la fase terminale della propria vita o di quella di un congiunto, cogliendone i bisogni spirituali e religiosi. La mia vicinanza ai pazienti in stadio terminale e ai loro familiari si realizza particolarmente nel reparto Hospice dell'ospedale Beauregard, al quale io stesso, fui chiamato dall'ASL a concedere la benedizione il giorno della sua apertura 16 anni fa. Molti pazienti che incontravo in oncologia o in neurologia (malattie neurodegenerative) venivano ad un certo punto affidati, per le cure palliative, a medici, infermieri ed operatori altamente specializzati a lenire i sintomi dolorosi e sostenere nella paura e nell'incertezza di una salute che non trovava guarigione. In quei pochi giorni, settimane o mesi di degenza viene data tanta cura, un sollievo per queste persone.

Alcuni malati oncologici si fermano anche diversi mesi in reparto, prima di passare alle cure palliative. Si stabiliscono con il personale medico, infermieristico ed ausiliario relazioni di conoscenza, di amicizia, di familiarità. La cura spirituale inizia con la “compassione” in tutti i nostri contatti umani, ed in modo speciale nell'assistenza sanitaria, e si muove in qualunque direzione il bisogno richieda.

La maggior parte delle persone rispetto alla spiritualità si trova da qualche parte di uno spettro che va dal secolarismo razionale fino ad una religione intesa in modo fondamentalista. Molti si trovano contemporaneamente tra certezze religiose di un'epoca passata ed una lucida razionalità, hanno valori e credenze, ma non trovano facile dire esattamente la propria appartenenza.

I bisogni spirituali e religiosi del malato oncologico

Parlando dei bisogni di chi si incontra o si scontra con gli eventi della malattia grave e della morte, dobbiamo necessariamente distinguere i bisogni spirituali da quelli religiosi: Tengo a precisare che la realtà spirituale e quella religiosa sono compagne ma non sono sinonime. Mentre la religiosità è considerata come l'adesione personale a una dottrina o a un credo specifico basato su di un potere soprannaturale, la spiritualità è un concetto più ampio, coinvolge qualsiasi cosa appartenga alla sfera della trascendenza, non necessariamente di matrice cristiana e ricerca nelle cose immanenti, quelle del mondo, un significato profondo e superiore .

“La dimensione spirituale dell'uomo esprime le sue relazioni ai valori ultimi e le conseguenti risposte alle domande sul senso della vita.

La dimensione religiosa indica il configurarsi del senso della sofferenza e della morte, secondo forme tipiche (credenze, principi, comportamenti...) di una determinata religione”.¹

Chi vive accanto ai malati gravi sa come la malattia ponga loro domande fondamentali sull'esistenza, quali quelle sul significato del vivere, quelle relative alla “vita oltre la vita”, quelle sul senso, o non-senso, della morte e del morire, quelle sui valori morali.

Da parte sua ogni operatore sanitario conosce i problemi che pongono al malato oncologico il dolore fisico, la sofferenza psichica, la paura dell'isolamento, la ricerca o meno della verità, la perdita di identità, il rimpianto di un passato non integrato, la ipersensibilità verso gli altri, l'ansia per le terapie da sostenere ed i loro effetti secondari, una fede o un credo religioso messi in crisi. Ed altri bisogni.²

Colui che vuole accompagnare con efficacia chi si avvicina al momento estremo e conclusivo dell'esistenza deve essere capace di saper cogliere suoi bisogni e rispondervi.

¹ BRUSCO A. in DI MOLA G. (A cura di), *Cure palliative – Approccio multidisciplinare alle malattie inguaribili*, Masson, Milano 1988, p. 275.

² DI TARANTO L., *L'infermiere e l'assistenza spirituale al morente*, in D'ALESSANDRO V. (a cura di), *L'infermiere e il malato grave*, Camilliane, Torino 1991 (esaurito).

Ne ricordo i principali:

* **Bisogno di accettazione come persona e come mistero** – Se l'essere considerati soggetti di diritti e di doveri è un bisogno che accompagna ogni persona nel corso della vita intera, lo stesso bisogno si acuisce nel momento della malattia grave. “La malattia grave, infatti, si presenta come una minaccia all'integrità fisica, psichica e spirituale del morente. Inoltre, certi tipi di terapie e di assistenza, cui egli è soggetto, possono aggravare tale minaccia. In tale situazione, il paziente può avvertire la sensazione di essere in balia di forze che lo schiacciano e di fronte alle quali si sente impotente. In effetti, la malattia e la morte costituiscono la più grande ferita al narcisismo umano, l'irruzione della realtà nell'immaginario che porta l'individuo a credersi invulnerabile e immortale. Questa esigenza si esprime in molteplici modi: la paura, l'incapacità di distaccarsi dalle persone e dalle cose, l'angoscia di fronte all'ignoto, il dubbio, il senso di impotenza e di abbandono, la richiesta di vicinanza e di un rapporto interpersonale caratterizzato da familiarità”.³ Non bisogna dimenticare, d'altra parte, che il malato ha risorse esterne (centri sanitari, familiari ed amici, appartenenza ad una comunità religiosa di riferimento, vicinanza di persone sensibili, possibilità economiche) e risorse interne che non vanno sottovalutate (filosofia di vita, doni o qualità personali, capacità di comunicazione con gli altri, soddisfazione verso il passato, fiducia nel futuro, qualità della propria fede e spiritualità, saper rendere il dolore una risorsa, pace e serenità interiore, preghiera...).⁴

Accettato come persona, il malato va considerato anche come mistero. “Nel mondo sanitario c'è la tendenza a dividere l'essere umano in scompartimenti e di affidare ognuno di tali scompartimenti a diversi specialisti. L'approccio olistico o globale del malato costituisce un tentativo per superare questa visione limitata del malato, invitando a considerare quest'ultimo nella totalità delle sue dimensioni. Tale approccio, però, non è completo. Resta un passo da compiere: quello che porta a vedere la persona come un *mistero*, una realtà che non può essere racchiusa completamente entro gli schemi della nostra comprensione. Proprio per il suo carattere misterico, la persona del malato, come ogni altra persona del resto, è portatrice di valori e di risorse che sfuggono alla nostra osservazione, è artefice di un progetto il cui svolgimento segue percorsi originali, condizionati da tanti fattori presenti e passati, radicati

³ BRUSCO A., *L'accompagnamento spirituale del morente*, in *Camillianum*, Rivista dell'Istituto Internazionale di Teologia Pastorale Sanitaria – CAMILLIANUM, Anno VII – primo semestre 1996 – n. 13, p.25-60.

⁴ PANGRAZZI A., *L'accompagnamento pastorale del morente*, in *DOLENTIUM HOMINUM CHIESA E SALUTE NEL MONDO*, n. 51, anno XVII, 2002, n. 3, pp. 26-28. – Nello stesso numero della rivista sarà utile leggere anche LEONE S., *L'umanizzazione della morte*, pp. 18-25.

nelle esperienze infantili o in quelle recenti, nell'incontro e scontro con tanti individui, nelle sue credenze e nella sua fede in Dio".⁵

* **Bisogno del "sacramento della presenza"** – Tra le diverse paure che affliggono il malato grave (paura dell'ignoto, della solitudine, dell'isolamento e dell'abbandono; paura di essere sommerso dall'angoscia finale; paura di perdere famiglia e amici, paura di perdere il proprio corpo e con esso la propria immagine, la propria integrità, il proprio Io, la propria identità; paura di perdere l'autocontrollo, di perdere la coscienza, di essere in balia degli altri; paura della colpa e della condanna, di non riuscire a dare un senso compiuto alla propria vita) ⁶, quella che maggiormente lo angoscia è la preoccupazione di essere lasciato solo, di non avere accanto qualcuno che gli tenga la mano e che sappia rispondere ai suoi bisogni più immediati o più autentici.

Le figure di Maria e del "discepolo che Gesù amava" sotto la croce e sul calvario ⁷ sono icone efficaci del volontario che vuole offrire il proprio sostegno al morente nella presenza, nel silenzio e nella partecipazione alla sua condizione difficile.

Non è facile restare fermi, magari senza fare nulla apparentemente. È forte la tentazione di scappare per un motivo più o meno plausibile, perché diventa insopportabile accettare la propria impotenza dinanzi all'evento drammatico del morire.⁸ La presenza di una persona accanto invia al morente messaggi di disponibilità, di comunione, di attenzione a qualsiasi necessità. È molto suggestivo e vero quanto affermava Montaigne: "Se per venire al mondo abbiamo bisogno di una donna saggia (= ostetrica), per uscirne abbiamo bisogno di un uomo ancor più saggio. Dovremmo procurarcelo a qualunque prezzo un uomo del genere, che fosse pure amico, affinché ci presti quel servizio in quell'occasione".⁹ La presenza del volontario risulterà utilissima anche ai familiari del malato grave sia per dare loro la possibilità di pause di riposo fisico e psicologico che per sostenere il peso di una situazione che diventa sempre più problematica man mano che si prolunga.

⁵ BRUSCO A., *Accompagnamento spirituale del morente*, o. c., p. 48.

⁶ SANDRIN L., *Compagni di viaggio – Il malato e chi lo cura*, Paoline, Milano 2000, pp. 117-128.

⁷ Esprime molto bene la situazione di presenza costante accanto di Maria al proprio Figlio Gesù il noto verso: "Stabat Mater dolorosa iuxta crucem lacrimosa dum pendebat Filius".

⁸ Cfr. SANDRIN L., *Compagni di viaggio*, o. c., p.118: "Alla paralisi comunicativa che si instaura attorno al paziente destinato a morire si sostituisce talvolta un attivismo di tipo tecnico, il cui scopo è spesso quello di sedare l'ansia, il disagio e i sentimenti di impotenza e di colpa di chi non sa accettare di non essere un 'guaritore onnipotente'".

⁹ MONTAIGNE, *Essais*, lib. III, cap. IX.

*** *Bisogno di eliminazione del dolore fisico e di attenzione alla sofferenza spirituale*** – Il dolore è una delle preoccupazioni più immediate di colui che è colpito da una patologia grave e terminale (pensiamo ad alcuni tipi di tumori che comportano sofferenze inaudite). La letteratura del settore parla di dolore totale e continuo, che non abbandona mai il paziente, che lo tortura notte e giorno e fa desiderare la fine o l'anticipazione di essa. La medicina negli ultimi decenni ha fatto significativi passi in avanti attraverso l'istituzione delle cure palliative, ma, nonostante una legislazione che ne permette con più facilità l'accesso, l'uso degli oppiacei trova ancora una certa resistenza. Nuove prospettive si stanno aprendo lentamente sul territorio nazionale con la nascita degli *hospices* nelle singole regioni. Da alcuni anni il Ministero della salute ha istituito la *Giornata del sollievo* da celebrarsi ogni anno l'ultima domenica di maggio: essa ha l'obiettivo di sensibilizzare la gente, le istituzioni sanitarie e in genere tutta la comunità civile ed anche ecclesiale, ad una maggiore attenzione al sollievo della sofferenza totale.

Anche la Chiesa si va facendo più attenta e più favorevole all'intervento positivo per alleviare il dolore dei malati e contemporaneamente la teologia e la pastorale hanno superato il discorso di una spiritualità fondata sul dolorismo.

Giustamente ha affermato il dr. Giovanni Zaninetta, uno dei primi ad interessarsi ed a praticare le cure palliative negli *hospices*: "Io credo che dobbiamo anche affermare con forza che la terapia del dolore fisico è la condizione necessaria, ma assolutamente non sufficiente, per curare dei malati nella fase terminale della vita. Perché da una parte c'è il rischio un po' spiritualistico di ricondurre il tutto all'accompagnamento spirituale, dall'altra c'è il rischio biologistico di ridurre il tutto ad una cura dei sintomi.

Chi si occupa di queste cose dal punto di vista professionale, in maniera minimamente seria, sa bene che le due cose non possono essere distinte. Anzi, dirò di più, il paradosso è che la terapia del dolore fisico rischia di essere pericolosa se svincolata da quella spirituale, perché se noi, davanti ad un paziente che ha un dolore angosciante, interveniamo tecnicamente in maniera corretta e gli togliamo il dolore, ma non sappiamo offrire altro, in realtà gli togliamo una difesa potente alle sue angosce: perché un dolore fisico importante annichilisce, ed il paziente ha meno modo di fermarsi a pensare.

Nel momento, invece, in cui gli togliamo il dolore fisico, gli lasciamo tutto il tempo di riflettere sulla sua condizione esistenziale e se non siamo pronti a dargli una mano – se non delle risposte almeno un ascolto – rischiamo di fare

peggio che non curare il dolore fisico. Per concludere: accompagnare questi malati non può mai essere solo una questione di carità e non può mai essere una questione tecnica, ma è una questione che riguarda la persona malata e la comunità che gli vive intorno”.¹⁰

Per questo si fa più urgente il problema della preparazione degli operatori sanitari e pastorali impegnati nell’assistenza ai morenti. “Le carenze che si notano in questo settore riguardano in modo particolare la capacità di muoversi in un contesto interdisciplinare, il passaggio da un’attività basata sui sacramenti a una maggiormente centrata nella persona, con la preoccupazione di accompagnarla in un cammino di crescita”.¹¹

*** *Bisogno di rispettare le tappe psicologiche e spirituali del cammino del malato*** – Sono notissime le 7 tappe che vive il morente indicate dagli studi della Elisabeth Kubler-Ross: l’incredulità o il rifiuto, la collera o la ribellione, la consolazione, la depressione, il patteggiamento, l’accettazione o integrazione e la collaborazione.¹² Poco noto o del tutto sconosciuto, invece, è l’itinerario psicologico e spirituale del malato di fronte alla sofferenza che Giovanni Paolo II descrive nella lettera apostolica *Salvifici doloris*.¹³ Le indicazioni sia della psicologia che della pastorale convergono nella indicazione pratica che gli operatori sanitari e pastorali ed i volontari sono chiamati a rispettare il cammino interiore del malato grave: il malato ha il diritto di indicare il proprio ritmo e gli operatori vi si devono adeguare. Ogni persona vive una storia spirituale e religiosa originalissima; chi vuole aiutare a viverla sino in fondo non può dimenticare la libertà e la responsabilità di ciascuno.

Molto semplice e profonda si presenta la seguente poesia anonima, che esprime quanto si attende il malato da chi gli si avvicina:

“Non venire a me con l’intera verità:/non portarmi l’oceano/se sono assetato/né il cielo/se chiedo luce;/ma donami/ un raggio di sole, un suggerimento, un po’ di rugiada. / Come l’uccello, / porto via solo una goccia d’acqua, /e come il vento, /solo un granello di sabbia”.

¹⁰ ZANINETTA G., in CONSULTA DIOCESANA PASTORALE DELLA SALUTE – BRESCIA, *Al tramonto ancora vivere...*, o. c., pp. 24-25.

¹¹ BRUSCO A., *L’accompagnamento spirituale del morente*, o. c., p. 43

¹² KUBLER-ROSS E., *La morte e il morire*, Cittadella, Assisi 1982.

¹³ GIOVANNI PAOLO II, *Salvifici doloris. Lettera apostolica sul significato cristiano della sofferenza umana*, 11 febbraio 1984. Leggere soprattutto il n. 26. Cfr. DI TARANTO L., *Assistere i malati oggi - <Mi sono fatto debole con i deboli>*, Camilliane, Torino 1994, pp. 89-105.

“La tentazione è quella di voler andare troppo in fretta. Ci si affretta a rispondere, a giudicare, a consigliare, a rassicurare, o, talvolta, a condannare, a classificare (un ‘caso’ in mezzo ad altri), a interrogare ansiosamente per sapere, ecc. Tutto questo prima ancora che l’interlocutore abbia anche solo potuto esprimersi”.¹⁴

*** *Bisogno di verità e di dialogo*** – Per quanto riguarda la verità ed il dialogo con il morente oggi si scontrano due culture: la prima, dominante nel mondo anglo-americano, sostiene che al malato va comunicata la verità dello stato della sua patologia nella sua nudità e crudezza senza alcuna tergiversazione; la seconda, prevalente nel mondo latino-italiano, è convinta che il silenzio totale e la bugia sino all’ultimo respiro siano indispensabili per gestire bene l’ultima fase della malattia. Ambedue si stanno rivelando insufficienti e dannose: dire tutta la verità può provocare uno shock nella persona interessata che si trasforma in smarrimento, solitudine e disperazione; la congiura del silenzio dall’altra parte crea rapporti di ambiguità e di falsità tra i due protagonisti (malato e famiglia, malato e operatore sanitario) che non giova a nessuno oppure aumenta la sofferenza, blocca qualsiasi dialogo e produce un disagio crescente che impedisce di vivere la morte nell’autenticità e nella comunicazione profonda.

Su questa tematica la Chiesa italiana saggiamente ha indicata una terza via: essa è consapevole che “la comunicazione della verità al malato grave o morente pone problemi difficili a quanti lo assistono, dai familiari agli operatori sanitari e pastorali. Se non vi sono dubbi sull’inderogabilità del diritto del malato a sapere, le modalità di risposta a tale diritto devono però tenere in considerazione numerose variabili, tra cui le esigenze emotive, spirituali e morali dell’infermo”. La stessa non ha dubbi nell’affermare che “inadeguate, quindi, si rivelano sia la ‘falsificazione sistematica della verità’, sia il ‘dire la verità ad ogni costo’”. Perciò suggerisce la propria proposta: “Solo una relazione amorevole e attenta può permettere al malato di poter esprimere liberamente le proprie domande e a coloro che lo assistono di rispondervi appropriatamente, garantendo un accompagnamento adeguato. L’esperienza e la ricerca testimoniano che una comunicazione ‘personalizzata’ della verità è

¹⁴ CATALAN J. F., *Esperienza spirituale...*, citato in BRUSCO A., *Accompagnamento spirituale dei morenti*, o. c., p. 54.

fonte di notevoli vantaggi sia per i malati che per coloro che li assistono, liberando una comunicazione da incresciose reticenze e menzogne”.¹⁵

* **Bisogno di lettura globale della vita** – Il malato, al momento della conclusione della sua vita, è portato a guardare indietro per fare una verifica e tirare le somme del suo progetto iniziale. È importante che da parte dell’operatore sanitario o volontario ci sia questa disponibilità ad aiutarlo a fare il bilancio esistenziale con serenità, verità e fiducia.

Ne potrà scaturire o un rimpianto per quanto non realizzato che potrà essere superato dalla possibilità di vivere bene il momento del trapasso o una gioia per quanto realizzato e, se credente, una gratitudine al Signore della vita. Uno degli ostacoli che spesso possono presentarsi in questa fase è certamente il senso di colpa per gli errori commessi durante l’arco lungo o breve della sua esistenza. E’ un compito delicato e importante che gli operatori potranno svolgere con competenza e delicatezza: sarà il momento fondamentale di chiarificazione dei nodi che opprimono la sua coscienza, di riallacciamento dei rapporti con persone familiari o amiche, di recupero di una serenità profonda che scaturisce dalla pacificazione dello spirito.¹⁶

* **Bisogno di recuperare il volto misericordioso di Dio: preghiera e sacramenti** – Sono frequenti i casi in cui la persona morente esprima la necessità di recuperare una fede trascurata o dimenticata, di cui sono rimaste flebili tracce di educazione religiosa ricevuta nell’infanzia: con l’aiuto di persone qualificate sarà utile sgombrare il campo da fantasmi che hanno origini lontane, magari dall’infanzia, e presentare l’immagine di un Dio come padre misericordioso con riferimenti alla Bibbia e al Vangelo, col ricordo della persona di Gesù come pastore buono. Spesso nella mente e nello spirito del malato può prevalere il volto severo del Dio giudice che attende al varco le sue creature: proprio in quel momento sarà positivo e fecondo rivelare i contenuti della tenerezza divina verso i suoi figli che ama di profondo ed unico amore.

Nel contesto del discorso su Dio si colloca la proposta della preghiera e dei sacramenti. Nella malattia grave o il malato in prima persona o i suoi familiari e parenti credenti esprimono il bisogno della preghiera e dei sacramenti. È saggio anzitutto che si accerti che sia un vero bisogno della persona interessata e non una “violenza” nei confronti della persona inferma in stato di debolezza estrema. Inoltre la preghiera sia consona alle circostanze, al luogo, allo stato

¹⁵ CONSULTA NAZIONALE DELLA CEI PER LA PASTORALE DELLA SANITÀ, *La pastorale della salute nella chiesa italiana*, 1989, n. 30.

¹⁶ Cfr. SANDRIN L. (A cura di), *“Che cosa ho fatto di male?” – Malattia e senso di colpa*, Camilliane, Torino 1999.

fisico e psicologico del paziente e tenga presente della sua vita passata e della sua esperienza religiosa; non si può pretendere di imporre preghiere lunghe e, magari, noiose ad uno che non prega da decenni. In questi casi s'impone quella preghiera personalizzata e "umanizzata" che sappia trasformare il respiro ed i sospiri dell'anima sofferente in abbandono fiducioso in Dio. I sacramenti più necessari nel tempo della malattia e della morte sono certamente quelli della Riconciliazione, dell'Eucaristia e dell'Unzione degli infermi. Tutti hanno una valenza terapeutica che la Chiesa nella sua storia ha sempre sottolineato, ma ciascuno corrisponde ad un bisogno specifico dello spirito.

La *Riconciliazione* permette di riconoscere gli errori e le fragilità sperimentate nel corso della propria esistenza; aiuta a ritrovare l'unità e l'identità dell'individuo che ha conosciuto la frammentazione del proprio io nella molteplicità delle esperienze negative. Soprattutto il sacramento del perdono divino fa gustare i frutti della salvezza operata da Cristo nell'abbraccio dolcissimo di un figlio che torna alla propria casa. Il sacramento del perdono di Dio aiuta il malato a riconciliarsi con se stesso e con la famiglia, a guarire le ferite interiori, a fare luce in zone d'ombra del suo mondo spirituale, a ricucire strappi di antica data. Quante volte il perdono sacramentale porta sollievo e liberazione, che si evidenziano anche a livello somatico e comportamentale!

L'*Eucaristia*, offerta sia come comunione sacramentale sia come celebrazione liturgica, raggiunge due scopi nel malato grave: unirsi intimamente al suo Signore morto e risorto e sentire vicina una comunità che si stringe attorno ad un membro malato del corpo mistico di Cristo. Questo sacramento assume il significato di viatico quando lo si riceve per l'ultima volta. Recentemente si sta tentando di approfondire l'aspetto teologico importante di esso, perché permette di valorizzare una tradizione molto antica della Chiesa, che è andata in disuso da alcuni decenni. L'Eucaristia permette al morente e alla sua famiglia di inserire la loro sofferenza nel mistero redentivo di Cristo e di trasformarla in accettazione e offerta. Diventa anche un momento privilegiato di comunione fraterna e un'esperienza profonda di fede, soprattutto se preparata con cura nei suoi vari elementi e vissuta in un clima sereno.

L'*Olio degli infermi*, un sacramento che ha bisogno ancora di percorrere tanta strada per essere purificato da innumerevoli pregiudizi e compreso nel suo contenuto sanante e salvifico, può definirsi "il sacramento della forza nel tempo della debolezza". Dopo la riforma liturgica del Concilio Vaticano II di questo sacramento, che ha riguardato sia il nome che la semplificazione e la ricchezza delle preghiere e dei riti, la comunità ecclesiale è impegnata alla

valorizzazione e all'offerta sapiente di esso. Nonostante gli sforzi dei teologi, dei liturgisti e dei pastoralisti, questo sacramento non è ancora né richiesto né accettato con serenità, anzi... Di più, si assiste ad abusi nella sua ricezione, quale la sua offerta indiscriminata a tutti coloro che lo desiderano, che rischiano di far perdere la specificità e il significato particolare di questo dono sacramentale.¹⁷

*** *Bisogno di separazione e di partenza*** – Il malato nel suo cammino psicologico e spirituale matura ad un determinato momento della sua malattia grave la consapevolezza del compimento della sua esistenza e per questo avverte il bisogno di prepararsi per la partenza verso l'eternità. È indispensabile che i parenti, l'operatore sanitario o pastorale, il volontario sappiano aiutare il malato e se stessi ad elaborare la separazione attraverso la parola, i gesti, la ritualità, le consegne.

La vita di ogni persona è segnata da tanti distacchi che opportunamente integrati la fanno crescere ed avanzare in maturità. Certamente l'ultimo distacco può risultare particolarmente difficile, soprattutto se il cammino del malato e quello dei familiari non risultano univoci: saper dire "addio" alla vita e alla persona cara può diventare un momento celebrativo ricco per tutti.

Dopo anni passati ad ascoltare persone morenti, Christine Longaker ha potuto coglierne vissuti e bisogni, che descrive in una specie di lettera, di cui riporto un brano in cui ha espresso molto bene questa necessità del distacco da parte del morente:

"Dire addio è così difficile per ognuno di noi. Ma se non lo facciamo, e se tu ti ribelli alla mia morte mentre io ho iniziato il mio processo del morire, sarà ancora più difficile per me andarmene. Vorrei vivere più a lungo, ma proprio non posso continuare a lottare contro. Ti prego, non metterti contro di me o non spingermi a lottare quando tutte le forze se ne sono andate. Ho bisogno della tua benedizione ora, che tu accetti me e tutto quello che mi sta succedendo. Dimmi che mi lasci andare".¹⁸

Per accompagnare un malato oncologico

¹⁷ Cfr. DI TARANTO L., *Assistere i malati oggi...*, o. c., pp.215-223.

¹⁸ SANDRIN L., *Compagni di viaggio* ..., o. c., p.126.

Oggi chi vuol svolgere un servizio professionale o di volontariato ha bisogno di essere preparato in modo adeguato a “fare bene il bene”. Non si può essere generici nei compiti assunti, ma la consapevolezza di essere chiamati a compiti specifici e qualificati porta l’operatore sanitario o pastorale ad acquisire requisiti indispensabili ed assicurarsi una formazione seria.¹⁹

Soprattutto chi sceglie di compiere il proprio servizio nell’ambito dell’assistenza dei malati oncologici, deve avere la consapevolezza di entrare in un settore a rischio, in un campo minato, in cui è necessario camminare in punta di piedi. La realtà drammatica della morte va affrontata con serietà e delicatezza, direi con pudore e timore.

I *requisiti* di chi è chiamato a stare accanto a chi muore possono identificarsi in determinate risorse personali. Ne ricordo le più importanti:²⁰

- *Una maturità umana*, che si esprime in una buona conoscenza di se stessi, dei punti forti della propria personalità e dei propri limiti; in un equilibrio psicologico e morale che si rivela nella serenità e nella saggezza; in una calda umanità che permette di accogliere e manifestare i sentimenti propri ed altrui per gestirli in modo ottimale;
- *il possesso di attitudini particolari* (accoglienza, ascolto, autenticità, confronto, ...), che permettono un accompagnamento umano e spirituale dei malati;
- *la capacità di stabilire relazioni significative* con chi soffre, con i suoi familiari nella comunità sanitaria attraverso una preparazione di *counseling*;
- *l'accettazione della propria vulnerabilità* per poter essere e diventare “guaritori feriti” e soprattutto la capacità di integrare positivamente l’immagine della propria morte;
- *la capacità di gestire situazioni talvolta stressanti* e di integrare sufficientemente le proprie ferite per trasformarle in genuina compassione; lo spirito di sacrificio che aiuti a “spendersi per gli altri” e si manifesti nell’assunzione di responsabilità;

¹⁹ La Chiesa italiana ha dedicato la Giornata mondiale del malato del 1996 a questo tema e la Consulta nazionale CEI per la pastorale della Sanità ha preparato un sussidio interessante dal titolo “*Orientamenti per il volontariato pastorale nel mondo della salute*”, Camilliane, Torino 1995. Già scorrendo l’indice si può prendere visione degli aspetti sviluppati: Radici storiche del volontariato cristiano, Il volontariato oggi, Il volontariato pastorale, Percorsi formativi, Ambiti di testimonianza pastorale, Orientamenti pratici.

²⁰ Cfr. SUSSIDIO DELLA CONSULTA NAZIONALE CEI PER LA PASTORALE DELLA SANITÀ, *Orientamenti per il volontariato pastorale nel mondo della salute, sussidio per la IV Giornata mondiale del malato*, Edizioni Camilliane, Torino 1995, n. 29; *PSCI*, o. c., n. 40.

- *la disponibilità a praticare una valida collaborazione e una seria progettualità* sia con gli operatori sanitari che con gli altri operatori pastorali;
- *la volontà di tornare a riflettere sulle esperienze quotidiane* per leggerle sia a livello sociale che alla luce della fede per trovarvi un messaggio teologico;
- *una preparazione minima in bioetica* per saper affrontare le problematiche etiche connesse al morire;²¹
- *la pratica di una vita spirituale e religiosa*, a livello personale e comunitario; è un presupposto indispensabile per i cristiani sia per avere una fonte a cui attingere per rinnovare le proprie motivazioni di donazione agli altri sia per avere un punto di riferimento costante di confronto e di sostegno;
- *una formazione di autodifesa di fronte al pericolo del “burnout”*, pericolo reale e diffuso nelle professioni di aiuto.²²

²¹ Cfr. PONTIFICIO CONSIGLIO DELLA PASTORALE PER GLI OPERATORI SANITARI, *Carta degli operatori sanitari*, Città del Vaticano 1999 (particolarmente le pagg. 85-111, che comprendono la terza sezione riguardante “il morire”).

²² Cfr. SANDRIN L., *Aiutare senza bruciarsi – Come superare il burnout nelle professioni di aiuto*, Paoline, Milano 2004. Il libro è molto documentato, di scorrevole lettura e ricco di consigli pratici indicati dagli esperti per gestire bene i momenti di stanchezza della propria professione e dell’azione di volontariato.