ISTITUTO DI SCIENZE RELIGIOSE
"S. AGOSTINO"

CALTANISSETTA

LA DIGNITA' DEGLI ULTIMI GIORNI.

ASPETTI SOCIALI, GIURIDICI E PASTORALI

Relatore:
Sac. Prof. **Angelo SPILLA**

Candidato:
Giuseppe AVERNA

****

Anno Accademico 2002/2003

I N D I C E

Sigle e abbreviazioni pag. 4

Bibliografia pag. 5

Introduzione pag. 8

1. Atteggiamenti verso la morte e il morire

1.1 L'uomo e la morte nella cultura contemporanea pag. 11

1.2 Perché è difficile parlare della morte pag. 14

1.3 Fuggire la morte pag. 15

1.4 Il malato di fronte alla prospettiva della morte pag. 20

1.5 Il cammino psicologico del malato, coinvolgimento familiare pag. 24

2. Il significato della sofferenza cristiana: fondamenti biblici e insegnamento sociale della Chiesa

2.1 Interrogativi e risposte pag. 33

2.2 Il significato del male e della sofferenza nella Sacra Scrittura e nella dottrina sociale della Chiesa pag. 36

2.3 Il lento cammino verso Cristo: quale esperienza della sofferenza e della morte pag. 41

3. Per una dottrina sociale dei morenti: elementi per una catechesi

3.1 Il posto degli infermi nella catechesi della Parrocchia pag. 49

3.2 La missione degli infermi nella Parrocchia pag. 52

3.3 Il segno della sofferenza pag. 57

4. Il conferimento dell'unzione degli infermi nella legislazione canonica

4.1 Il Sacramento dell'unzione degli infermi pag. 62

4.2 La celebrazione del Sacramento e il ministro che può amministrarlo pag. 65

4.3 Il ministro dell'unzione degli infermi pag. 67

5. I malati terminali nella pastorale parrocchiale

5.1 Il concetto di malattia terminale pag. 70

5.2 Morire con dignità, un'assistenza completa pag. 72

5.3 L'attenzione socio-pastorale ai malati ricoverati pag. 77

5.4 Il posto dei malati terminali pag. 81

5.5 L'opera di sensibilizzazione e integrazione pag. 85

Considerazioni conclusive pag. 95

SIGLE E ABBREVIAZIONI

§	Paragrafo
Can.	Canone
C.E.I.	Conferenza Episcopale Italiana
CEI	Conferenza Episcopale Italiana
Cfr.	Confronta
Ed.	Edizione
es.	Esempio
fasc.	Fascicolo
IBIDEM	IBIDEM (sta per lo stesso autore e la stessa opera citati nella nota precedente)
IDEM	IDEM (sta per lo stesso autore citato nella nota precedente)
n.	Numero
nn.	Numeri
nt.	Nota
o.c.	Opera Citata
pag.	Pagina

B I B L I O G R A F I A

F O N T I

C.E.I., *Costituzione Apostolica Fides depositum. Catechismo della Chiesa cattolica,* Libreria Editrice Vaticana,Città del Vaticano 1992.

IDEM, *Direttorio di Pastorale Familiar, per la Chiesa Italiana. Annunciare, celebrare, servire il "Vangelo della famiglia"*, Editore Fondazione di Religione, Roma 1993.

IDEM, *Istruzioni su alcune questioni circa la collaborazione dei fedeli laici al ministero dei sacerdoti,* Ed. Paoline, Collana Magistero n. 270, Milano 1997.

IDEM, *La Pastorale della salute nella Chiesa Italiana*, in *Enchiridion CEI,* 4, Ed. Dehoniane, Bologna 1991.

CODEX IURIS CANONICI, auctoritate Ioannis Pauli PP.II promulgatus, *in Acta Apostolicae sedis, An. Et Vol. LXXV, Pars II, pp. Xxx, 317.*

CONCILIO VATICANO II, *Costituzione sulla sacra Liturgia "Sacrosanctum Concilium",* in: *Enchiridion Symbolorum definitionum et declarationum de rebus fidei et morum,* Ed. Dehoniane, Bologna 1995.

IDEM, *Costituzione Dogmatica sulla Chiesa "Lumen gentium",* in *Enchiridion Symbolorum definitionum et declarationum de rebus fidei et morum,* Ed. Dehoniane, Bologna 1995.

IDEM, *Costituzione pastorale sulla chiesa nel mondo contemporaneo "Gaudium et spes",* in *Enchiridion Symbolorum definitionum et declarationum de rebus fidei et morum,* Ed. Dehoniane, Bologna 1995.

IDEM, *Decreto. "Apostolicam actuositatem", sull'apostolato dei laici,* in *Enchiridion Symbolorum definitionum et declarationum de rebus fidei et morum,* Ed. Dehoniane, Bologna 1995.

CONGREGAZIONE PER LA DOTTRINA DELLA FEDE, "Dichiarazione sull'Eutanasia", in *Enchiridion Vaticanum,* 7, Ed. Dehoniane,, Bologna 1982.

GIOVANNI PAOLO II, *Esortazione apostolica. Christifideles laici,* in *Enchiridion Symbolorum definitionum et declarationum de rebus fidei et morum,* Ed. Dehoniane, Bologna 1995.

IDEM, Salvifici doloris, in *Enchiridion Vaticanum, 9,* Ed. Dehoniane, Bologna 1987.

IDEM, Dolentium hominum, in *Enchiridion Vaticanum,* 9, Ed. Dehoniane, Bologna, 1987.

IDEM, *Evangelium vitae*, Libreria Editrice Vaticana, Città del Vaticano 1997.

PAOLO VI, Evangeli Nuntiandi, in *Enchiridion Vaticanum,* 5, Ed. Dehoniane, Bologna, 1979.

PONTIFICIO CONSIGLIO DELLA PASTORALE PER GLI OPERATORI SANITARI, *Carta degli Operatori Sanitari,* Libreria Editrice Vaticana, Città del Vaticano 1994.

S T U D I

AA. VV. **,** *La vita e il suo oltre dialogo sulla morte,* Ed.Città Nuova Editrice , Roma 2001.

G. ANCONA, *La morte. Teologia e catechesi, Ed.* Paoline, Cinisello Balsamo 1993.

A. ALFIERO - F. DI GIANDOMENICO, I s*offerenti: profezia pastorale nella comunità cristiana,* Ed. Centro Volontario della Sofferenza, Roma 2002.

L. M. BUCCI, *Medicina ed etica. Il dovere di esseri umani,* Ed. Camilliane, Torino 2001.

R. BUCKMAN, *Cosa dire? Dialogo con il malato grave,* Ed. Camilliane, Torino 1990.

E. CAPPELLINI, *La normativa del nuovo codice,* Ed. Queriniana, Brescia 1985[2].

A. CARGNEL, *Quando in famiglia si soffre. L'assistenza e la cura al malato terminale,* Ed. San Paolo, Cinisello Balsamo(MI) 2001.

P. DESCOUVEMONT, *Le risposte della fede. Piccola enciclopedia apologetica,* Ed. Paoline, Cinisello Balsamo(MI) 1993[3].

G. DI MOLA, *Cure palliative,* Ed. Masson, Milano 1993.ù

G. FELICIANI, *Le basi del diritto canonico. Dopo il codice del 1983,* Ed. Queriniana, Bologna 1984.

B. FORTE, *I laici nella Chiesa e nella società civile. Comunione, carismi e ministeri,* Ed. Piemme, Casale Monferrato(AL) 2000.

E. FROMM, *Fuga dalla libertà,* Ed. Montadori, Milano 1982.

J. GEVAERT, *Il problema dell'uomo. Introduzione all'antropologia filosofica,* Ed. Elle Di Ci, Leumann(TO) 1992[8].

V. GRANDI, *Accanto ai malati della parrocchia. Linee di pastorale,* Ed. Camilliane, Torino 1992.

E. KUBLER-ROSS, *La morte e il morire,* Ed. Cittadella, Assisi 2000[11].

C. HERVE', *Dottrina sociale. Nuovo approccio all'insegnamento sociale della Chiesa,* Ed. San Paolo, CiniselloBalsamo(MI) 1993.

G. LA PLACA, *Eutanasia. Una questione tra filosofia, etica e Diritto,* Salvatore Sciascia Editore, Caltanissetta 1998.

S. LEONE, *Oltre il dolore. La qualità della vita alla luce di una rinnovata teologia della sofferenza,* Ed. OFTES, Paermo 1992.

S. LEONE – S. PRIVITERA, *Il significato della morte,* Ed. Armando, Roma 1995.

M. MORGANTE**,** *I Sacramenti nel Codice di Diritto Canonico. Commento giuridico pastorale, E*d. Paoline, Roma 1984.

A. OJAKAMINOR EFETURI**,** *Dottrina sociale della Chiesa. Manuale introduttivo, E*d. Esperienza, Fossano(CN) 1997.

A. PANGRAZZI, *Creatività al servizio del malato,* Ed. Camilliane, Torino 1986[2].

IDEM, *Sii un girasole accanto ai salici piangenti,* Ed. Camilliane, Torino 1999.

IDEM, *Perché proprio a me? ,* Ed. Paoline, Roma 1994.

P. ROSANNO - G. RAVASI - A. GHIRLANDA**,** *Nuovo dizionario di teologia biblica***,** Edizioni Paoline, Cinisello Balsamo 1988.

L. SANDRIN, *Come affrontare il dolore. Capire, accettare, interpretare la sofferenza,* Ed. Paoline, Milano 2002[3].

IDEM, *Che cosa ho fatto di male? Malattia e senso di colpa,* Ed. Camilliane, Torino 1999.

L. SANDRIN - F. CARETTA - M. PETRINI, *Anziani oggi. Una sfida per la medicina la società e la chiesa,* Ed. Camilliane, Torino 1995.

L. SANDRIN - A. BRUSCO - G. POLICANTE, *Capire e aiutare il malato,* Ed. Camilliane, Torino 1989.

S. SPINSANTI, *Etica bio-medica,* Ed. Paoline, Cinisello Balsamo(MI) 1992[3].

INTRODUZIONE

Niente nasce per caso: uno studio una ricerca nasce perché c'è una domanda a cui si sente l'esigenza di dare una risposta.

E così questo lavoro. Esso nasce dal desiderio di sviluppare la tematica sulla dinamica della malattia dei malati terminali andando, dopo un breve escursus sulla morte, ad evidenziare gli aspetti sociali, giuridici e pastorali della Chiesa.

Il tutto nasce da una riflessione personale di una esperienza diretta avuta con la scomparsa, prematura, di mia madre, all'età di 58 anni e di due amici, uno di 38 anni è l'altra di 48 anni, i quali ho assistito quotidianamente fino alla fine e dai quali ho tratto tanto tesoro per la mia vita.

Oggi siamo immersi nel vivere quotidiano e pensiamo che la morte non ci tocchi da vicino; eppure sempre più spesso il malato è l'inquilino della porta accanto. Una delle nuove povertà non consiste nel non avere ma nel non essere, nel non contare, non essere considerati e in questi ricade il malato terminale in maniera particolare.

Spesso egli vive in una situazione di abbandono: i medici imbarazzati nel dovergli annunziare una prognosi infausta; i familiari, incerti nelle risposte da dare; persino il mondo dell'impegno ecclesiale sembra dimenticarli, trovando spesso più gratificante dedicarsi ad altri poveri come i tossicodipendenti o gli extracomunitari. In tutto questo si innestano conflittualità e problemi di ordine etico e dottrinale, giuridico e pastorale della Chiesa. Prima tra tutte quelle delle soluzioni da dare a tali condizioni in risposta al legittimo e forte desiderio di non volere soffrire né veder soffrire. Accanto ai grandi e gravi problemi quali quello dell'eutanasia o

accanimento terapeutico vi è tutto un universo problematico relativo alle più quotidiane e ordinarie risposte assistenziali.

Sintonizzati su altre lunghezze d'onda ci sfugge a volte "la domanda che sgorga dal cuore dell'uomo nel confronto supremo con la sofferenza e la morte, specialmente quando è tentato di ripiegarsi nella disperazione e quasi di annientarsi in essa, quella domanda che è soprattutto – come ci ricorda Giovanni Paolo II nella sua enciclica Evangelium vitae - domanda di compagnia, di solidarietà e di sostegno nella prova". [1] È una domanda che ci interpella come singoli, ma soprattutto come comunità cristiana. È una domanda che chiede ospitalità dentro alla nostra vita personale e comunitaria. È una domanda che esige una risposta. Cristo ha incaricato la sua Chiesa, e quindi ognuno di noi (con vari ministeri e carismi), di continuare la sua opera di consolazione accanto a chi muore, di annunciare il suo vangelo in tutta la sua interezza. Evangelizzazione e testimonianza della carità, annuncio e servizio fanno parte di un unico mandato: anzi l'annuncio stesso passa attraverso i nostri gesti di cura e di amore che diventano, per chi li riceve, caldi segni di un qualcosa e di un Qualcuno che li trascende.

Accompagnare il malato che muore, rispondendo alla ricchezza e profondità delle sue domande, vuol dire trasformare l'annuncio di speranza in prassi di speranza: tutti quei gesti di cura e solidarietà nei quali la comunità cristiana, ospitando il malato terminale dentro la propria vita, "*rende ragione della speranza*" (1*Pt* 3,15) che vive, e che per questo proclama. È l'intera comunità cristiana, infatti, nelle sue articolazioni, professionali, ministeriali e carismatiche, che deve farsi carico della cura

[1] **GIOVANNI PAOLO II**, *Evangelium vitae*, Libreria Editrice Vaticana, Città del Vaticano 1997, 67.

pastorale del morente. Diventando una comunità ospitale per chi muore e per coloro che condividono con lui questi particolari momenti, la comunità cristiana – dove l'amore è espresso dalle persone e come respirato all' interno delle strutture – testimonia nella vita le sue convinzioni e diventa, come i primi cristiani, modello di un amore che diventa contagioso. Questo contributo vuole sensibilizzare a una più attenta e competente presenza accanto al malato che muore e ai suoi familiari con la consapevolezza di non poter esaurire la complessità di tale panoramica né dare una esauriente risposta a tutti i punti trattati. L'obiettivo è quello di proporre un percorso perché il globale trattamento del malato terminale sia quanto più possibile a misura d'uomo animati dalla Parola del Signore: "Ero malato e mi avete visitato" (*Mt* 25,36).

Di fronte alle complesse esigenze di chi muore la comunità cristiana ha come via maestra da percorrere: quella di chi è chiamato ad esprimere in forme di carità competente il comandamento dell'amore e le opere di misericordia che lo attuano.

1. Atteggiamenti verso la morte e il morire

In questa prima parte cercherò di applicare un metodo di sintesi che meglio favorisce il percorso tematico cercando di focalizzare alcuni aspetti che caratterizzano il rapporto uomo-morte.

1. 1 L'uomo e la morte nella cultura contemporanea

La società ha espulso la morte, in città tutto si svolge come se nessuno più morisse.[2] La cultura industriale teme di far pensare alla morte; in passato il tema della morte faceva parte di quegli argomenti che potevano essere pensati e sentiti; oggi morire costituisce un fatto scandaloso ed è diventato un soggetto tabù. Se in passato il morente era il protagonista della sua morte oggi invece si muore nel più totale isolamento, in passato attendere l'arrivo della morte costituiva un fatto normale, oggi difficilmente la morte ha un carattere pubblico e solenne. La società contemporanea, caratterizzata dal benessere e dall'efficentismo, sembra avere codificato tacitamente che i due eventi fondamentali per ogni uomo, la nascita e la morte, vanno posti in un luogo tipico di questa cultura, l'ospedale; nell'anonimato senza vicinanza umana e senza preparazione e contorno spirituale nel silenzio della solitudine. È dunque tempo che i cristiani si muovano a favore di un morire degno dell'uomo e degno del cristiano.

Il tema della morte è stato uno dei filoni più significativi del pensiero esistenzialista dove la morte non rappresenta un fatto casuale in cui l'uomo

[2] Focalizzerò le coordinate culturali che caratterizzano il rapporto uomo-morte nel mondo occidentale contemporaneo.

viene a imbattersi a un certo punto della vita, ma è in qualche modo, un atto del vivente stesso. La morte non è una realtà che si può sperimentare concretamente, è un fatto intrinseco alla stessa struttura ontologica dell'esistenza.

La morte nei mass-media comporta un senso di paura ma anche un senso di pietà; ma si tratta sempre della morte dell'altro, di una morte che non ci tocca da vicino che si dimentica non appena l'immagine scompare alla nostra vista. La morte-spettacolo fa parte di quei consumi collettivi che non aiutano a capire o a sentire in profondità l'importanza del problema, quindi possiamo affermare che è in linea con il processo culturale della rimozione della morte, tipico della nostra società occidentale, che comincia proprio là dove la coscienza non avverte più il senso del morire e quindi del vivere.

L'uomo non sa più dire ciò che pensa e ciò che sente e diventa questo il modo di confrontarsi con la morte da parte dell'uomo contemporaneo. A questa istanza deve entrare in gioco necessariamente il fatto della fede che è un fatto fondamentale su un evento storico preciso; è l'evento Gesù Cristo il solo evento capace di offrire speranza per il futuro dell'uomo oltre la morte la quale viene così ad assumere un significato qualitativamente nuovo e diverso che giustifica la speranza nell'aldilà della storia. La morte diviene il primo atto pienamente personale dell'uomo, il momento pieno di libertà come culmine e pienezza del processo di personalizzazione dell'uomo[3].

Una teologia cristiana della morte non può giungere all'uomo se non attraverso autentici percorsi di annuncio e di servizio. Le preoccupazioni

[3] Cfr.**G. ANCONA**, La morte. Teologia e catechesi, Ed. Paoline, Cinisello Balsamo 1993, 12-19.

dell'insegnamento sociale della Chiesa diventa più urgente perché nei confronti della morte la cultura contemporanea cerca di rinnovarla e da questi non sono esclusi coloro che credono. Di qui l'esigenza di rimettere al centro il tema della speranza cristiana orientata al senso della vita della morte e dell'aldilà nella luce di Cristo risorto, speranza per l'uomo di ogni tempo per condurre i credenti alla piena maturità di fede. Dio come inizio e termine della speranza dell'uomo, non dimenticando che questa passa sempre per la via della croce e quindi per la via della preghiera, dell'obbedienza e dell'amore; tutta l'esperienza cristiana e del con-morire e del con-risorgere in Cristo. Allora la comunità cristiana è chiamata a offrire le ragioni della speranza sul piano della fattività con la consapevolezza di servire Dio e gli uomini per dare significato a questo momento estremamente importante dell'intera esistenza.

In concreto, il servizio della speranza della solidarietà significa che la comunità , deve valorizzare i carismi del singolo, deve sentire fortemente il dovere di farsi prossimo all'altro che soffre e che muore sull'esempio di Gesù buon samaritano. Paolo VI, in riferimento alla speranza cristiana affermava nel suo testamento:

"Fisso lo sguardo verso il mistero della morte, e di ciò che la segue, nel lume di Cristo, che solo la rischiara; e perciò con umile e serena fiducia avverto la verità, che per me si è sempre riflessa sulla vita presente da questo mistero, e benedico il vincitore della morte per averne fugate le tenebre e svelata la luce". [4]

[4]IBIDEM, 108.

1. 2 Perché è difficile parlare della morte

Viviamo in una società in cui il morire non fa parte del mistero di vivere, pensiamo alla morte come a qualcosa di estraneo, qualcosa che esula dai confini della vita quotidiana, qualcosa di innaturale. Epicuro affermava che la morte non è nulla per noi, perché quando ci siamo noi non c'è la morte, quando c'è la morte noi non siamo più.

La morte, in quanto minaccia permanente per la vita, produce angoscia, paura e sofferenza. "In faccia alla morte l'enigma della condizione umana diventa somma. L'uomo non solo si affligge al pensiero dell'avvicinarsi del dolore e della dissoluzione del corpo, ma anche, e anzi più ancora, per il timore che tutto finisca per sempre. Ma l'istinto del cuore lo fa giudicare rettamente, quando aborrisce e respinge l'idea di una totale rovina e di un annientamento definitivo della sua persona. Il germe dell'eternità che porta in sé, irriducibile com'è alla sola materia, insorge contro la morte. Tutti i tentativi della tecnica, per quanto ultimissimi, non riescono a colmare le ansietà dell'uomo."[5]

Quando una persona muore , i suoi amici e la famiglia non possono negare la realtà della morte. Se non si ha preventivamente riconosciuto l'esistenza non si può essere preparati ad affrontarla. Il negare la morte segna una barriera tra il morente e tutto il resto della società, infatti questi si isola, si separa dai suoi amici proprio nel momento in cui si ha più bisogno di sostegno.

Questo modo di vivere nella nostra civiltà rende molto difficile affrontare la morte equamente perché il morire è divenuto separato

[5] **CONCILIO VATICANO II°**, *Costituzione pastorale sulla chiesa nel mondo contemporaneo "Gaudium et spes",* in *Enchiridion Symbolorum definitionum et declarationum de rebus fidei et morum,* Ed. Dehoniane, Bologna 1995, 1415.

dalla vita quotidiana. In passato era usuale che si morisse in casa circondati dalla famiglia; per i bambini era un'occasione per venire a contatto con la morte e la vedevano come parte della vita di famiglia. Oggi la maggior parte degli adulti non hanno visto nessuno morire; ecco perché la morte appare qualcosa di estraneo e queste barriere sono state create da ciascuno di noi. Allora diventa ancora più importante parlare ad un malato, anche se più difficile quando si tratta di malato terminale. Sappiamo però che il parlare è di fatto il miglior modo di comunicazione di cui disponiamo; ne esistono altri come il bacio, il tocco, il riso, la mimica, ma anche il silenzio. Il parlare aiuta già di per sé, altre volte è di sollievo ascoltare, quindi un buon silenzio può avere effetti inaspettati.

Coloro che hanno la forza e l'amore di sedersi con un malato in fin di vita, nel silenzio che va oltre la parola, saprà che questo momento non è né spaventoso né penoso ma ci dà coscienza dell'unicità di ogni individuo e della breve durata della nostra vita. [6]

1. 3 Fuggire la morte

Una famosa leggenda racconta di un uomo che non voleva morire.

"Era un uomo di Isfahan. E una sera quest'uomo vide la Morte che lo aspettava seduta sulla soglia di casa. Cosa vuoi da me? Gridò l'uomo. E la Morte: Sono venuta a ……. L'uomo non le lasciò completare la frase, saltò su un cavallo veloce e a briglia sciolta fuggì in direzione di

[6] Cfr. **E. KUBLER-ROSS**, *La morte e il morire,* Ed. Cittadella, Assisi 2000[11], 9-18.

Samarcanda. Galoppò tre giorni e tre notti, senza fermarsi mai e all'alba del terzo giorno giunse a Samarcanda. Qui, sicuro che la Morte avesse perso le sue tracce, scese da cavallo, e si mise in cerca di un alloggio, ma quando entrò in camera trovò che la Morte lo aspettava seduta sul letto. La morte si alzò, gli andò incontro e gli disse: Sono felice che tu sia arrivato in tempo, temevo che ci perdessimo, che tu andassi da un'altra parte o che tu arrivassi in ritardo. A Isfahan non mi lasciasti parlare. Ero venuta a Isfahan per avvisarti che ti davo appuntamento all'alba del terzo giorno nella camera di questo albergo, qui a Samarcanda" [7].

Giovanni Ancona, che riporta questa leggenda nell'introduzione al suo libro sulla morte, così commenta:

"*Suggestione e realismo s'intrecciano nella leggenda di Samarcanda che rappresenta nell'essenza il paradigma di un incontro ineluttabile: l'uomo e la morte. Per quanto, infatti, ci sforziamo di non pensarla o fuggirla la morte è sempre lì ad attenderci*".[8]

È il meccanismo della rimozione (un tentativo più o meno cosciente di fuggire da ciò che ci crea disagio e ci fa soffrire) che segna il nostro rapporto attuale con la morte a livello personale, sociale e, di riflesso, anche ecclesiale. Il nostro inconscio non accetta l'idea di dover morire.

L'idea della morte mobilita un'insopportabile angoscia dalla quale individualmente, ma anche collettivamente, abbiamo imparato a difenderci.

[7] **G. ANCONA**, *La morte…*,o.c., 5-8.

[8] IBIDEM, 9.

La negazione è un importante meccanismo di difesa del nostro io che, disturbato dalla consapevolezza di una certa realtà, cerca inconsciamente di dimenticarla e di bloccare così la tensione emotiva (in modo particolare l'angoscia) che ne deriverebbe.

È il tentativo di non vedere, il rifiuto di accettare le cose come sono: è un fuggire a briglia sciolta, incapaci di controllare il cavallo delle nostre emozioni, da Isfahan verso Samarcanda, nel tentativo di far perdere le proprie tracce alla morte e poter riposare tranquilli nella stanza dell'albergo delle nostre illusioni. A volte nella malattia grave, strettamente collegata alla morte, il malato arriva a negare, in buona fede, le informazioni ricevute.

Ma questo fenomeno di negazione e di silenzio attorno alla morte interessa non solo il malato ma coinvolge anche i familiari, gli amici e i vari operatori sanitari. È la morte il personaggio che, attraverso tanti impacciati silenzi e varie negazioni, si cerca molto spesso di evitare. Nella malattia c'è un rapporto tra quattro parti: tre materialmente percepibili, *l'operatore sanitario, il malato, i familiari* ed una latente *(la morte)* sovente rimossa ma, dalle stanze nascoste del nostro inconscio, capace di influire sulle relazioni e di promuovere comportamenti spesso strani ed incomprensibili.

Non accorgersi del malato morente, renderlo come invisibile nel nostro contesto sociale, è un tentativo del nostro inconscio di negare la morte, chiudendo gli occhi su coloro che la richiamano, e di tenere a distanza una grande paura. Il tentativo di dimenticare la morte, ed il malato che ce la richiama, può riuscire più facilmente per chi non lavora accanto al malato, ma risulta impossibile per coloro che lavorano in ospedale a continuo contatto con la morte e con la paura. Essi sono immersi in una situazione profondamente conflittuale: come membri della società sono inconsciamente tentati di rifiutare la morte e di emarginarla dalla coscienza; come operatori sanitari sono però incaricati dalla società di guardare

continuamente in faccia la morte e di vincerla, è un conflitto difficile da gestire, specialmente quando la morte, anche in ospedale, come nella stanza d'albergo di Samarcanda, riconquista prepotentemente la scena. E chi muore in reparto mette in risonanza profonde angosce e determina, di conseguenza, condotte di fuga e di distacco di vario tipo: atteggiamenti che, se difendono in qualche modo gli operatori sanitari dall'angoscia, condannano il malato all'isolamento fisico e relazionale, anticipano la separazione e una dolce morte , una vera e propria eutanasia, sul piano relazionale e sociale. Ai molti silenzi e alla paralisi relazionale, e cioè al blocco delle comunicazioni che si instaura attorno al paziente destinato a morire, si sostituisce talvolta un attivismo di tipo tecnico, il cui scopo manifesto è quello di salvare il malato, ma la cui motivazione più profonda, ciò che non viene apertamente detto, è non poche volte quella di sedare l'ansia, il disagio e i sentimenti di impotenza e di colpa di chi si sente ed è visto e vissuto come guaritore onnipotente: colui che è incaricato dalla società di vincere la morte e di dominarla, ne esce invece perdente e sconfitto. A questo meccanismo psichico di negazione può essere riportata, almeno in certi casi, anche la domanda di eutanasia: una specie di fuga in avanti, un tentativo estremo di negare la sconfitta, un riprendersi in qualche modo il potere sulla morte, decidendo almeno di fissarne l'ora. Segno di una incapacità, di accettare umilmente il limite creaturale. Ma la domanda di eutanasia, a livello psicodinamico, può venire da altre strade, può essere una risposta disperata ad una sofferenza ritenuta insopportabile. Ma la sofferenza di chi? È il malato che giudica la sua sofferenza insopportabile o sono coloro che lo assistono, che vivono una sofferenza troppo lunga, pesante ed insopportabile? La sofferenza di medici, infermieri o familiari, non riconosciuta dagli interessati, può sfuggire di mano ed essere proiettata, come in uno schermo, nel malato stesso. È lui alla fin fine, che soffre

sempre troppo! La sofferenza del malato morente c'è - a vari livelli - e molto spesso è grande. Ma la sofferenza che con la morte del paziente deve finire è soprattutto la sofferenza di chi gli è accanto e, giorno dopo giorno , lo cura. È la sofferenza taciuta o negata che si interpone tra l'operatore sanitario ed il malato e spesso altera, anche in modo considerevole, la qualità degli scambi relazionali. Capire, accettare ed elaborare – da parte dell'operatore sanitario – la sua sofferenza accanto al malato che soffre e che muore, vuol dire impedire che essa prenda strade che fuggono di mano, è aprirsi invece alla possibilità di trovare adeguate risposte al dolore del malato sul piano terapeutico e relazionale. Molte delle richieste di morte per eutanasia da parte dei pazienti sono richieste di un minimo di comunicazione, di un contatto verbale ed extraverbale prima del definitivo commiato.

Bisogna essere capaci di sintonizzarsi col malato e decodificare i suoi messaggi, sono necessarie, a questo scopo, adeguate conoscenze ed una formazione che aiuta ad interessare col malato che soffre e che muore un rapporto significativo attraverso un'adeguata competenza relazionale.[9]

[9] Un ruolo importante ricopre la famiglia come ci sottolinea in maniera forte il Direttorio di Pastorale Familiare. Ma è la Chiesa che adopera la Dottrina Sociale per poter proporre le azioni del suo insegnamento, avverte così immediatamente che le questioni che ci stanno di fronte sono innanzi tutto morali, in maniera che la dignità dell'uomo sia debitamente rispettata e le sia lasciato lo spazio necessario.

1. 4 Il malato di fronte alla prospettiva della morte

Il primo problema che si pone nell'assistenza a un malato terminale riguarda la reazione psicologica di questi all'annunzio di una morte più o meno prossima. Qui si instaura una profonda conflittualità tra la verità stessa, cioè il fatto che egli abbia una malattia inguaribile e, per di più, giunta alla fase terminale della sua espressione, e il rifiuto di accettarla.

Questo atteggiamento attraversa alcune ben precise fasi che sono state analizzate dalla studiosa tedesca Elizabeth Kubler-Ross in una ricerca, divenuta ormai classica, effettuata proprio a contatto con malati terminali.

La conoscenza di queste fasi, la cui successione non si presenta sempre la stessa e la cui durata nel tempo varia ampiamente da un soggetto all'altro, è di grande importanza per chi assiste tali malati. La prima dimensione etica dell'approccio, infatti, consiste nel conoscere e comprendere quale fase sta attraversando il paziente, viceversa si rischia di offrirgli un aiuto di cui non ha bisogno oppure di esprimersi in termini assolutamente inopportuni. [10]

La **negazione** è la prima reazione, in genere comune a tutti i malati: il paziente rifiuta la verità. Non accetta che possa essere affetto da quella data malattia, e lo fa appigliandosi o, per meglio dire, interpretando a suo favore alcuni indizi che crede di individuare. Ad esempio il sentirsi bene, la banale e irrazionale considerazione di non aver mai sofferto di tale patologia, il non riscontrare casi analoghi in famiglia o, se ve ne sono, il constatare che le manifestazioni cliniche sono diverse, la possibilità che il medico si sia sbagliato. Spesso si consultano altri sanitari, si ripetono gli esami, si ascoltano i consigli di amici e parenti che hanno sempre un medico

[10]Cfr. **E.KUBLER-ROSS**, *La morte e il morire…*, o.c., 16-24.

bravissimo a cui il paziente viene invitato a rivolgersi. Spesso si cerca di supportare tale bisogno di una diversa verità con dati oggettivi, ci si documenta, si cercano articoli che parlino della malattia in oggetto, si consultano enciclopedie mediche, si analizza minuziosamente il proprio stato di salute o l'organo che dovrebbe essere interessato dalla patologia.

La **ribellione** si ha una volta accertata la natura della malattia, forse qua e là rettificata, magari con qualche sconto sui tempi di vita, il paziente è costretto ad ammettere la verità. Subentra allora una profonda ribellione a tale notizia che, in genere, assume due connotati, entrambi presenti. Il primo è quello della incomprensibilità, cioè del non poter assolutamente capire perché sia accaduto e perché proprio a lui; il secondo quello della volontà di capire, in cui, quasi con una proiezione a tavolino, si evidenzia la profonda ingiustizia di tutto questo. In tali fasi, cioè, si evidenzia un bisogno di razionalità che maschera la vera natura del dramma che è il rifiuto di voler morire. Quand'anche dovesse apparire una divinità a spiegare il perché di tale stato, il paziente non se ne andrebbe certo soddisfatto ed appagato!

D'altra parte nei soggetti che sanno benissimo perché questo è avvenuto – si pensi ai pazienti HIV positivi – tale ribellione non è meno forte. Oggetto di tale rivolta sono le figure che a vario titolo circondano il malato: gli operatori sanitari, i familiari, Dio. È evidente che tale fase deve fare il suo decorso senza essere eccessivamente bloccata o costretta in considerazioni anche moralistiche che a volte vengono fatte.

Ad esempio senza colpevolizzare il malato perché si rivolge sgarbatamente ai familiari che stanno facendo di tutto per aiutarlo o perché impreca contro Dio. È una fase che va, piuttosto, orientata verso lo sbocco successivo.

Il **patteggiamento.** Superata la fase della accettazione e, forse senza aver compreso il perché, anche quella della successiva ribellione, il paziente

cerca di instaurare una sorta di compromesso sulla verità. È un po' come se nella lotta volesse chiedere qualcosa sull'avversario, pur sapendo che dovrà soccombere. Scende a patti con la sua malattia chiedendo una dilazione che gli permetta di poter realizzare alcuni obiettivi. È una fase importante, piena di reattività che deve essere valorizzata al massimo da parte di chi assiste il malato, che in questa fase fa appello a tutte le sue risorse ed energie. Tale patteggiamento assume in genere due diverse espressioni. La prima è relativa al paziente stesso e alla sua malattia. Lucidamente e senza quell'ansia di una diversa verità che aveva nella prima fase, questi cerca un ospedale più qualificato, un chirurgo più capace, una modalità assistenziale più efficace, spesso consapevole che tutto questo non lo porterà alla guarigione ma solo a una migliore qualità di vita. La seconda componente è rivolta a chi lo circonda e consiste in una serie di aggiustamenti e pianificazioni che il malato predispone pensando al futuro dei suoi: assetti economici, scolarità dei figli, eccetera.

La ***depressione*.** È la fase che prelude alla risoluzione finale. Il malato ha cercato una diversa verità e non l'ha trovata, ha cercato una spiegazione e nessuno gliel'ha data , è sceso a patti con la sua malattia ma questa continua ad avere il sopravvento. A questo punto, come un lottatore sfinito, egli si abbatte dinanzi alla verità e si abbandona alla depressione. Anche questa fase è bene che si esprima adeguatamente. Bisogna diffidare dei malati che appaiono eccessivamente forti e che in realtà possono covare reattività anomale che saranno poi di difficile trattamento. Certo questa fase non deve giungere alla più nera disperazione che, in particolari soggetti, potrebbe condurre anche al suicidio, per cui chi assiste il paziente da un lato non dovrà soffocarla, lasciandole libero sfogo, dall'altro dovrà far sentire al malato, con ancora più forza, tutta la sua vicinanza affettiva. Indubbiamente un sottofondo depressivo accompagna tutte le fasi della malattia anche

quelle più reattive che, spesso, proprio da tale depressione traggono la loro carica propulsiva. Tuttavia è in questo momento che tale atteggiamento psichico diventa prevalente non lasciando spazio ad altre espressioni, ed è in questo momento che la depressione rischia di divenire atteggiamento abituale del paziente.

L'**accettazione.** È la fase finale con cui si conclude questo itinerario psicologico: il paziente si riconcilia con la verità. L'aveva negata, le si era ribellato, aveva patteggiato con lei, era depresso di fronte alla sua ineluttabilità, adesso è in grado di guardarla in faccia. Questo non significa, ovviamente che si tratti di una riconciliazione pacifica o indolore. Il malato, infatti, può limitarsi ad accettare passivamente e in spirito di assoluta rassegnazione una realtà che non è riuscito a cancellare o modificare.

Oppure può affrontare con forza e coraggio la morte ormai imminente. Indubbiamente la prospettiva religiosa può contribuire fortemente a questa seconda evenienza, ma non bisogna credere che sia determinante. Da un lato, infatti, può esservi un credente che non riesce a farsi una ragione della sua morte, ad accettarla, a viverla nello spirito di una fede che ha sempre professato ma che arrivato a questo punto vacilla; dall'altro può esservi una persona che non ha mai professato o praticato una fede religiosa e che, tuttavia, si accosta a questo momento con grande dignità e serenità.[11]

[11] Cfr. IBIDEM, 63-128.

1. 5 Il cammino psicologico del malato, coinvolgimento familiare

Di fronte alla morte si possono notare, nel malato, un'insieme di emozioni e di reazioni comportamentali.

La maggior parte dei malati reagisce alla consapevolezza di avere una malattia mortale con espressioni di negazione e di rifiuto che, impedendo o frenando l'emergere dell'angoscia, permette loro di ritrovare il coraggio e mobilitare, con il tempo difese meno radicali. "Perché io?" è la domanda che spesso segue e che viene accompagnata da sentimenti di collera; è scaricata sui medici, infermieri, familiari, sul cappellano…..e anche su Dio.

A volte cercano di contrattare e venire a patti, con Dio innanzitutto, ma anche con gli operatori sanitari, nel tentativo di ottenere qualche vantaggio, magari per buona condotta: se non è possibile ottenere la guarigione aggiungere almeno un po' di tempo alla propria vita. C'è poi un momento di particolare sofferenza che il malato morente deve affrontare per prepararsi alla sua ultima separazione da questo mondo: è il momento della tristezza e della depressione per le perdite subite, ma anche per le perdite che stanno per accadere: una specie di lutto anticipato sulla propria vita.

Pian piano il malato, se ne ha avuto il tempo ed è stato accompagnato e aiutato nel suo cammino emotivo, mostra atteggiamenti di accettazione della realtà: non è tanto una fase felice, un essere contenti per ciò che accade, ma un prendere atto serenamente della realtà. Ciò che generalmente permane attraverso tutto questo cammino del morire è la speranza.[12] Il cammino del malato morente non segue, necessariamente, sempre questo

[12] Chiaramente bisogna sottolineare che l'insegnamento della Chiesa esiste e sa di essere inviata per portare la buona notizia che Dio ci ama .

cammino e questi passaggi. Ogni malato ha un suo modo di reagire di fronte alla morte, vari sono i bisogni, le emozioni, i meccanismi di difesa, che il morente si trova a vivere. Varie e personalizzate le sue reazioni psicologiche. Molto dipende anche dalla rete relazionale in cui è inserito. È la *paura* la principale emozione che il malato morente vive e dalla quale si difende: paura dell'ignoto, della solitudine e dell'abbandono; paura di perdere familiari ed amici, di perdere il proprio corpo e con esso la propria immagine, la propria integrità, la propria identità; paura di perdere l'autocontrollo e la coscienza, di essere in balia degli altri; paura del dolore; paura della condanna per colpe vere o vissute come tali; paura di non riuscire a dare un senso compiuto alla propria vita. Molte reazioni psicologiche nel malato in fase terminale rispondono a questo bisogno di difendersi da una serie di paure.

Descrivono però anche un cammino, più o meno lento e complicato, di presa di coscienza, di adattamento alla situazione e di accettazione della realtà: un cammino di distacco, e cioè di lutto dalla vita, che risente di molti fattori. La traiettoria psicologica del malato morente, il suo cammino, è frutto di emozioni e difese in cui sono importanti i modi personali di reagire, i significati personali dati alla situazione, le sue attese e conseguenti comportamenti. Dipende però anche – e non poco – dalle emozioni, dai significati culturali e sociali e dalle attese che operatori sanitari, familiari ed amici hanno sul malato e sulla situazione che il malato stesso sta vivendo. Le nostre attese sul comportamento del morente possono diventare delle vere e proprie profezie che noi stessi, con il nostro modo di porci in relazione con lui, collaboriamo a realizzare.[13]

[13] Cfr. **A. PANGRAZZI,** *Perché proprio a me?* , Ed. Paoline, Roma 1994, 131-138.

In una prospettiva relazionale, in una prospettiva cioè in cui sono importanti i legami e la loro rottura, si coglie meglio il significato psicologico della paura di morire e di meccanismi difensivi come la negazione di fronte alla morte. La morte è vissuta innanzitutto come separazione. Negare la morte significa difendersi dall'angoscia di quest'ultima separazione. Nella vita, fin da piccoli, noi viviamo tutta una serie di separazioni e ne portiamo dentro l'angoscia.

La persona umana ha bisogno di attaccarsi e legarsi affettivamente a qualcuno o a qualcosa per vivere. Nel caso dello sviluppo l'individuo intesse relazioni, allaccia dei legami, si attacca a qualcuno o a qualcosa, poi si separa per intessere nuovi legami e sperimentare nuovi attaccamenti.

Questo ciclo di attaccamento e di separazione è l'essenza stessa della vita e ne segna il cammino. Il processo del morire è innanzitutto per il malato, ma anche per gli altri protagonisti della relazione, un processo di lutto e di separazione: uno staccarsi più o meno improvviso e lacerante da tutto ciò di cui ci si è profondamente innamorati.

Negare la morte altro non è che un tentativo estremo di difendere i legami sui quali si è costruita e poggia la propria identità, di tenersi stretti gli oggetti d'amore, che fanno parte della propria individualità: un chiudere gli occhi di fronte ad una definitiva, e perciò particolarmente angosciosa, separazione. Le reazioni psicologiche che possiamo osservare nei malati morenti ci raccontano la storia di un travaglio di lutto particolarmente doloroso perché le relazioni affettive con le persone care non saranno possibili se non in un'altra dimensione.

Il momento del morire può diventare per il paziente anche una nuova opportunità, una nuova fase di sviluppo emozionale e spirituale fino ad allora al di là della sua portata. Tutto ciò dipende da lui, ma anche dal tipo di relazioni che siamo capaci di instaurare con lui, coscienti che il nostro

atteggiamento verso la morte e il morire, e le nostre emozioni e reazioni personali al riguardo, si rifletteranno sempre nelle nostre parole e nei nostri gesti ed influenzeranno, in vari modi, il vissuto e il comportamento del paziente. [14]

Nella comunicazione con il malato morente è indispensabile lasciare che sia lui a tenere il ritmo; essere attenti a non confondere i nostri bisogni, desideri e valori con i suoi; e saper decodificare la sua comunicazione simbolica e non verbale.

Il malato che sta morendo ha bisogno di sentirsi collegato, di trovare un senso alla sua vita anche nel momento del morire, di vedere un futuro, di sentirsi in una storia che continua e di trovare una risposta al suo desiderio di immortalità. La sua sofferenza più grande è quella di essere lasciato solo e abbandonato.

La paura della morte è soprattutto paura di ciò che succede nel morire.

È paura della dipendenza, dell'impotenza e del dolore che molto spesso accompagnano le malattie terminali. Il dolore del malato, specie del malato morente, è spesso un dolore totale, che tocca la persona non solo nel suo corpo, ma interessa le sue emozioni, le sue relazioni e le sue domande spirituali. Non sempre gli operatori sanitari sanno rispondere "terapeuticamente" alle varie (ma integrate) dimensioni del dolore. [15]

Il dolore nei suoi aspetti fisici, piuttosto frequente nel malato che muore, ha ormai perso la sua funzione di segnale. Interessa tutta la persona e ne mette in crisi il funzionamento a livello globale. Un dolore grave può

[14] Cfr. **E. KUBLER-ROSS**, *La morte e il morire...*, o.c.,176-201.

[15] Cfr. **CONGREGAZIONE PER LA DOTTRINA DELLA FEDE**, "Dichiarazione sull'Eutanasia", in *Enchiridion Vaticanum,* 7, Ed. Dehoniane, 9.

portare una persona a richiedere che venga rimosso a qualsiasi prezzo, fino al punto da richiedere la morte. Il dolore psicologico è legato all'insicurezza e a tutte quelle emozioni negative che nascono dalla vicinanza alla morte, dal perdere il controllo sulla propria vita, dalla delusione dei propri sogni. Esso è evidente nell'altalena di umori e nei forti sentimenti che spesso accompagnano le malattie terminali: angoscia, rabbia, disperazione ed altre forti emozioni che ne segnano il cammino.

Il dolore ha anche dimensioni sociali: è il dolore dell'isolamento, del dover dipendere da altri, del dover ridefinire le proprie relazioni, della perdita del proprio ruolo lavorativo e della propria identità sociale, della difficoltà o impossibilità ad esprimere i propri vissuti e a comunicare, proprio nel momento in cui si ha bisogno di ascolto e di compagnia, le proprie esperienze interiori. Il dolore è anche un dolore spirituale che nasce dalla difficoltà a trovare un significato nella propria vita, uno scopo ed una speranza in tutto ciò che si sta vivendo, e dal sentire lontano, indifferente o nemico, anche Dio. Esso esprime una domanda più o meno esplicita su Dio.

Ognuno ha bisogno di una ragione per vivere ed una ragione per morire e chi sta morendo cerca spesso un orizzonte di significati più ampi ed ha bisogno di sentirsi parte di una comunità che li condivide.

Gli aspetti fisici, psicologici, sociali e spirituali del dolore sono interconnessi e si influenzano reciprocamente. Se lo sforzo di gestire il dolore si focalizza su un aspetto dimenticando gli altri, il paziente può non sperimentare un vero sollievo. Le preghiere del malato che chiede la morte devono essere decodificate: esse non esprimono, il più delle volte un vero e proprio desiderio per l'eutanasia o per il suicidio assistito ma sono, piuttosto, angosciose preghiere per un efficace sollievo dal dolore, un grido di aiuto per una migliore cura medica ed esprimono contemporaneamente

un desiderio d'amore.[16]

Uno degli aspetti sui quali si pone ancora poca attenzione è l'impatto della malattia, specialmente di quella mortale, sul nucleo familiare del malato. La famiglia funziona infatti in maniera unitaria, come un organismo dotato di un proprio equilibrio e di una propria capacità di riequilibrarsi continuamente. Man mano che la malattia si cronicizza o entra in fase terminale , avvengono in essa una serie di cambiamenti legati alla perdita del ruolo indipendente del paziente ai cambiamenti di responsabilità all'interno del gruppo familiare, al concentrarsi delle energie psicologiche e di tempo sulla nuova realtà , alle relazioni spesso difficili e conflittuali con le strutture sanitarie e con gli operatori che vi operano, alle modificazioni di ritmi di vita e di lavoro, alle possibili difficoltà economiche, ecc. La famiglia vive tutta una serie di emozioni e presenta reazioni psicologiche simili a quelle del malato: shock, negazione – rifiuto, tentativi di rielaborazione, fino all'accettazione della realtà della malattia, fase in cui le difficoltà vengono affrontate progressivamente superate, e dove – tenuti presenti le conseguenze della malattia stessa – vengono raggiunti nuovi equilibri relazionali. A volte la famiglia non ce la fa ad adattarsi alla nuova situazione e mostra vari segni di disagio e può arrivare a disgregarsi.

È soprattutto la relazione di coppia che viene profondamente influenzata dalla malattia sia quando essa viene nascosta o negata, sia quando se ne parla: la comunicazione risente di continuo della presenza estranea del tumore o di un suo possibile ritorno. Altre volte le relazioni migliorano ed

[16] Cfr. **L. SANDRIN**, *Come affrontare il dolore. Capire, accettare, interpretare la sofferenza,* Ed. Paoline, Milano 2002[3], 89-116.

aumenta il calore affettivo tra i due. Molto dipende dalla possibilità di esprimere i propri sentimenti e condividere esperienze e difficoltà, oltre ai quattro modelli di interazione all'interno della famiglia analizzati in dettaglio. Qui solo aggiungiamo un punto nuovo e interessante che è dato dal rapporto tra il sostegno che il paziente fornisce al coniuge e l'adattamento della famiglia alla malattia. È stato infatti notato che il sostegno affettivo che il malato dà al coniuge sano alimenta il supporto che il coniuge stesso riuscirà poi a dare al congiunto malato, con una vera e propria interazione circolare. In realtà le reazioni psicologiche della famiglia alla malattia terminale non sono solo simili a quelle del malato, ma le influenzano e sono da queste influenzate in una vera e propria interazione circolare che può diventare un vero e proprio circolo vizioso. Pian piano la malattia diventa una malattia familiare: i ruoli, le relazioni ed il tipo di comunicazione diventano un vero e proprio sistema, e cioè una struttura più o meno rigida, per cui intervenire su una parte avrà conseguenze più o meno dirette e visibili, sull'equilibrio dell'insieme; i capitoli della storia del malato diventano pian piano i capitoli della storia familiare.[17]

Una maggiore attenzione andrebbe posta anche all'impatto che la malattia terminale di un genitore ha nei figli, tenuti troppo spesso fuori dell'informazione per paura che soffrano o nella convinzione che non capirebbero. Un'attenzione a parte merita l'impatto della malattia sulla famiglia del bambino che si ammala di tumore, in modo particolare sulla madre e sugli altri fratelli sani. È frequente, in queste situazioni, che il fratello sano passi da fasi di rabbia verso i genitori, (perché non più

[17] Cfr. IBIDEM, 200-212.

disponibili come prima, o verso il fratello malato, a momenti di depressione, con fasi di colpa per la rabbia provata, sentimenti di abbandono e solitudine, sentimenti di identificazione col fratello colpito da una malattia che fa pensare anche alla propria morte. Per tali motivi è possibile che i fratelli dei bambini ammalati sviluppino problemi di comportamento, atteggiamenti aggressivi, caduta dell'autostima, sentimenti di colpa e vergogna, difficoltà di adattamento.[18] Per quanto riguarda il bambino malato in fase terminale molta strada resta ancora da fare dal punto psicologico e relazionale.

Gli adulti tendono di solito a sottovalutare la capacità del bambino di comprendere questo tema forse perché vogliono conservare uno spazio infantile felice che li difenda dalla propria angoscia legata alla morte. In questa negazione sono aiutati dal bambino che, spesso, non esprime i suoi vissuti al riguardo. In realtà le idee che il bambino, di età compresa fra i 3 e i 6 anni, ha sulla morte sono molto più evolute di quanto in genere si sospetti[19].

Particolari emozioni e conseguenti meccanismi di difesa, possono interferire sulla consapevolezza che il bambino esprime riguardo la morte.

La consapevolezza della morte e la paura che ne consegue è spesso presente nel bambino gravemente malato, anche se non sempre ne parla, egli reagisce con gradi di angoscia molto più alti che non il bambino con malattia meno grave. La consapevolezza della morte è presente in lui molto più spesso di quello che i suoi familiari o gli operatori sanitari vogliono credere.

[18] Cfr. **L. SANDRIN - A. BRUSCO - G. POLICANTE**, *Capire e aiutare il malato,* Ed. Camilliane, Torino 1989, 132-137.

[19] Cfr. **P. DESCOUVEMONT,** *Le risposte della fede. Piccola enciclopedia apologetica,* Ed. Paoline, Cinisello Balsamo(MI) 1993[3], 84-88.

La morte del loro caro è un momento emotivamente difficile per il gruppo familiare. L'esperienza di lutto che ogni componente ne fa dipende dalle circostanze della morte, del tipo di relazione avuta con il defunto, dalla rete di supporto esterno e dalle risorse personali su cui può contare. [20]

Nel corso dell'aggravarsi della malattia e nella fase terminale c'è in realtà una specie di lutto "anticipatorio", un momento emotivamente importante in cui la famiglia si confronta con l'imminenza della perdita. Un sostegno psicologico in questa fase sarà di particolare aiuto ai familiari e "ciò potrà ripercuotersi sulla fase successiva alla morte, la fase di lutto propriamente detto, quando il dolore legato alla morte che si è realizzata diventa più intenso". [21]

Il lutto vero e proprio interessa l'intera vita delle persone che viene sconvolta ai vari livelli: emozionale, cognitivo, somatico, comportamentale e relazionale. Il lavoro del lutto, un processo che in genere copre un arco compreso tra gli otto e i dodici mesi, è caratterizzato da varie reazioni che dallo stordimento iniziale arrivano fino all'accettazione della situazione. A livello spirituale si diventa improvvisamente consapevoli della propria finitezza, crolla la propria illusione di immortalità, si mette in questione il ruolo di Dio e si rivedono i significati che dominano la propria vita.

[20] Cfr. **A. PANGRAZZI,** *Perché proprio a me?...*, o.c., 29-38.

[21] **L. M. BUCCI,** *Medicina ed etica. Il dovere di esseri umani*, Ed. Camilliane, Torino 2001, 104-109.

2. Il significato della sofferenza cristiana: fondamenti biblici e insegnamento sociale della Chiesa

2.1 Interrogativi e risposte

Chi ha pratica di assistenza ai malati, soprattutto se essi versano in condizioni gravi o sono prossimi alla morte, è frequentemente confrontato con reazioni, spesso drammatiche, che chiamano in causa Dio. Per situare correttamente la risposta biblico - dottrinale che viene offerta a questo grave problema esistenziale, possono riuscire utili le seguenti osservazioni:

- Nella Sacra Scrittura e nella riflessione dottrinale della Chiesa, la malattia, la sofferenza e la morte sono considerate come un mistero, cioè come qualcosa che fa parte dell'esperienza umana, una realtà quindi con la quale l'uomo è chiamato a riconciliarsi, integrandola alla propria esistenza e imprimendole un senso.

Illuminante a questo riguardo, è l'episodio della lotta tra Giacobbe e l'angelo, narrato nel capitolo 32 della Genesi. Di ritorno in Palestina, dopo una lunga assenza, Giacobbe attraversa il torrente Iabbok, un affluente del fiume Giordano. Fatta avanzare la carovana, egli rimane solo sulla riva del torrente. Verso la fine della notte egli intraprende la lotta con un misterioso personaggio. Quest'ultimo, non potendo vincerlo, colpisce Giacobbe al nervo sciatico, lasciandolo zoppo. Il misterioso personaggio, quando la notte sta per finire, chiede a Giacobbe di lasciarlo andare, ma egli non acconsente se prima non riceve la sua benedizione.[22]

[22] Cfr. **P.ROSANNO - G. RAVASI, A. - GHIRLANDA**, *Nuovo dizionario di teologia biblica*, Edizioni Paoline, Cinisello Balsamo 1988, 620-636.

Il simbolismo più evocativo di questo episodio è quello della lotta del popolo di Israele con il mistero di Dio, specialmente con il suo procedere nei confronti della sofferenza umana. Perché il dolore? Come conciliarlo con l'onnipotenza e la bontà del Signore? Questa lotta avviene nella piena notte del mistero e dura quanto dura la notte. Il dolore è messo in relazione con l'oscurità della notte, non considerata come valore negativo, bensì come mistero, del quale solo Dio conosce la risposta. La notte è il momento in cui Dio condensa in sommo grado la sua azione misteriosa.

L'atteggiamento dell'uomo biblico contrasta con quello che pervade gran parte della cultura, soprattutto contemporanea, dove le realtà negative della vita sono viste come un problema, cioè come qualcosa di completamente separato dalla persona, un ostacolo che impedisce di continuare liberamente il cammino dell'esistenza. In questo caso, la soluzione consiste nel togliere l'ostacolo, ignorando, negando o rimuovendo la sofferenza e la morte.

Tali atteggiamenti divergenti si ripercuotono sull'assistenza di coloro che soffrono e muoiono. Chi vede nella sofferenza e nella morte unicamente un problema sarà portato a tenere a distanza i malati e i morenti, a isolarli, a trattare la sofferenza in maniera puramente tecnica, senza sforzarsi di capirne il senso. Al contrario, quanti considerano tali realtà negative come un mistero saranno in grado di avvicinarsi più liberamente ai sofferenti e ai morenti, accogliendo il messaggio in codice, il grido che nasce dalla loro sofferenza.

- Le reazioni nei confronti di Dio, suscitate nell'uomo dall'esperienza della sofferenza – preannuncio della morte - vanno viste nel contesto dell'alleanza stabilita dal Signore con il suo popolo. Tutto quanto è compiuto da Dio è compiuto per la salvezza degli uomini.

Come dimenticare i numerosissimi testi dove Dio afferma di voler immensamente bene ai membri del suo popolo; è loro vicino, li aiuta, li ascolta, li disseta, li fa sua proprietà, li ammaestra, li giuda, li consola, li osserva con intensa commozione, li protegge, li considera sua sposa, cammina con loro, li ama di affetto eterno, stabilisce con essi un'alleanza di pace, e li ricolma di ogni bene.

Quindi, anche il dolore in tutte le sue espressioni – il cui senso misterioso sfugge alla comprensione dell'uomo – dev'essere considerato nell'ambito di questo rapporto di fedeltà e di amore stabilito dal Signore con il suo popolo. Del resto i libri veterotestamentari sono costellati di espressioni in cui l'uomo si rimette costantemente alla giustizia di Dio, alla sua fedeltà, per essere liberato dalle sue pene.

- In tutta la Sacra Scrittura un grande spazio è dato all'espressione dei sentimenti vissuti dalle persone colpite dalla sofferenza. L'uomo biblico si lamenta, piange, impreca. I Salmi di lamentazione, i libri dei profeti, il testo di Giobbe offrono un ventaglio ricchissimo di emozioni. Il Cristo stesso, confrontato con la sofferenza, lascia libero sfogo ai sentimenti. La condizione umana è rispettata e valorizzata anche in questi suoi aspetti così tipici e toccanti. Ciò che caratterizza queste manifestazioni emotive è il loro integrarsi nella preghiera. Pregando la propria esperienza dolorosa, l'uomo della Bibbia la presenta davanti a Dio, disponendosi a quel difficile itinerario di discernimento mirante a comprenderne il senso.
- Nella Sacra Scrittura, come pure nell'insegnamento sociale, il discorso sulla sofferenza e sulla morte non è mai disgiunto dall'atteggiamento misericordioso che il credente è chiamato ad assumere nei confronti di quanti vivono la difficile stagione del dolore. Esemplare si presenta, a questo riguardo, il comportamento di Gesù, alla cui riservatezza nello spiegare il mistero del male e della sofferenza fa riscontro una

vicinanza ai malati, sostanziata di grande compassione. Anche nella storia della Chiesa, la ricerca sul perché del dolore e della morte è sempre stata accompagnata da un'attività caritativa volta a lenire le ferite dei sofferenti.

Di notevole interesse è la metodologia seguita da Giovanni Paolo II nella redazione della Lettera Apostolica "*Salvifici doloris*". Alla riflessione biblico - teologica sul "dolore che salva" fa seguito una parte in cui presenta il modello del "buon samaritano", come risposta al grido che sale dall'esperienza di quanti vivono nel corpo e nello spirito le conseguenze della condizione finita dell'uomo.

2.2 Il significato del male e della sofferenza nella Sacra Scrittura e nella dottrina sociale della Chiesa

Il mondo della sofferenza è molto più vasto della stessa malattia e la sofferenza personale sempre quasi ineffabile e incomunicabile allo stesso tempo.

Il termine sofferenza abbraccia un orizzonte ambio quanto la storia umana. Ogni tipo di sofferenza è comunicazione di un'esperienza di limite, che invoca rispetto e solidarietà. C'è chi sperimenta la sofferenza mentale, chi psicologica, spirituale, fisica le cui molteplici espressioni portano il nome della dialisi, dell'Alzhimer, dell'AIDS, del cancro, di un infarto di un grave handicap per citarne alcuni. Qualsiasi forma di sofferenza esige comprensione e rispetto non facili giudizi. "*Il mondo dell'umana sofferenza invoca, per così dire, senza sosta un altro mondo: quello dell'amore umano*".[23]

[23] **GIOVANNI PAOLO II**, Salvifici doloris, in *Enchiridion Vaticanum, 9,* Ed Dehoniane, Bologna 1987, 657.

La prima cosa da fare è mettersi in ascolto della Parola di Dio e poi lasciarsi interrogare da realtà più grandi di noi alle quali vogliamo essere fedeli. Per l'ascolto ci può aiutare la parabola del Buon Samaritano e le precisazioni sulla stessa fatte nella Lettera Apostolica "Salvifici Doloris" che afferma: " *Buon Samaritano è ogni uomo che si ferma accanto alla sofferenza di un altro uomo, qualunque esso sia. Quel fermarsi non significa curiosità, ma disponibilità*". [24]

Il problema del male e della sofferenza ha posto interrogativi angoscianti a tutte le religioni e a tutte le filosofie. La Parola di Dio che leggiamo nella Bibbia, ci guida per mano a cogliere il profondo mistero dell'esistenza umana, segnata dal tormento del male e della sofferenza: non elimina il mistero del male, non rende la vita meno faticosa, ma apre alla speranza e scopre un Dio solidale che ascolta il grido del suo popolo. Già nell'Antico testamento il libro della Sapienza, lodando il "Dio amante della vita" afferma: "*Dio non ha creato la morte e non gode per la rovina dei viventi. Egli infatti ha creato tutto per l'esistenza; le creature del mondo sono sane, in esse non c'è veleno di morte, né gli inferi regnano sulla terra*" (Sapienza 1,13-14). La Rivelazione afferma con chiarezza che Dio non vuole il male, né la sofferenza per l'uomo. Il Profeta Ezechiele lo dice: "*Forse che io ho piacere della morte del malvagio, dice il Signore Dio, o non piuttosto che desista dalla sua condotta e viva?*" (Ezechiele 18,23).

Perché allora il male e la sofferenza?

Nella preghiera a volte drammatica dei salmi compare la sofferenza

[24]IBIDEM, 674.

del giusto, il male e la morte. Essi sono gli aspetti più assurdi della vita umana, da cui si invoca la liberazione. Solo in Dio può riposare la nostra vita, la maggior parte dei nostri giorni sono affanno e dolore. Anzi, nell'Antico Testamento, non si fa distinzione tra sofferenza e il peccato, quasi fossero due volti della medesima realtà che aggredisce l'uomo, anticipandone la morte. Il salmista si rivolge sempre a Colui che unico può liberare l'uomo; ecco, allora, la serena fiducia del Salmo 121: " *Alzo gli occhi verso i monti: da dove mi verrà l'aiuto? Il mio aiuto viene dal Signore, che ha fatto cielo e terra….. Il Signore ti proteggerà da ogni male, egli proteggerà la tua vita*". Trapela l'affermazione che Dio trae anche dal male il bene dell'uomo e utilizza ogni sua sofferenza per educarlo, per condurlo a sé, per farlo passare dalla morte alla vita.

La Bibbia non offre una spiegazione del male, che rimane un mistero e un'assurdità, come per Giobbe. E l'uomo mai si rassegna al male e alla sofferenza, mai si arrende in maniera passiva al dolore. Cerca sempre di trovarvi un senso, pur nel pianto e nella sconfitta. Il credente riesce ad ammettere che Dio concepisce progetti di salvezza anche attraverso il buio del dolore: " *Io conosco i progetti che ho fatto a vostro riguardo* – dice il Signore – *progetti di pace e non di sventura, per concedervi un futuro pieno di speranza*" (Geremia 29,11). Così la lotta termina sempre nell'abbandono in Dio padre: "*Solo in Dio riposa l'anima mia, da lui la mia speranza. Lui solo è mia rupe e mia salvezza…. Non potrò vacillare*" (Salmo 62).

Dio è solidale con la sofferenza umana, nella Rivelazione è costante la presenza di Dio, sotto diverse forme, accanto ai poveri, stranieri, vedove, categorie per eccellenza di sofferenti. Dio è là per difendere il suo popolo.

La sua Parola nella Legge, la consolazione dei profeti durante l'esilio, il grido dei saggi offrono nuove motivazioni al piccolo resto d'Israele e testimoniano la fedeltà di Dio che, nonostante tutto, non abbandona il suo

popolo. Si china su di lui, come un padre tenerissimo ed è la figura del, servo di Jahwè" che la misericordia di Dio si manifesta: Israele è il servo di Jahwè, il messia è il servo di Jahwè ed entrambi assumono la sofferenza per la salvezza della moltitudine. La sua sofferenza non è mai valutata positivamente, tuttavia diventa, nelle mani di Dio, fonte e mezzo di salvezza. Con il Servo anche i Maccabei accettano il loro dolore davanti a Dio, elevando come grido di supplica perché Dio trasforma la sofferenza in servizio reso alla salvezza degli altri. Non esiste nell'Antico Testamento la sofferenza ascetica, cioè il dolore accettato o provocato per dimostrare a Dio qualcosa o per dominare i propri istinti, come non esiste un soffrire senza senso. Ogni sofferenza e persino ogni male è assunto da Dio misteriosamente, per strade a volte oscure, e ricreato per realizzare il suo progetto, il cui scopo è la vita e la felicità dell'uomo. Nessun male, né peccato, né la sofferenza, né la morte, si sottrae alla Signoria di Dio. "*Tutto concorre al bene di coloro che amano Dio*" (Romani 8,28).

Il primo documento del Magistero che tratti in modo tematico il problema della sofferenza è la "Salvifici Doloris", Lettera Apostolica che fù pubblicata l'11 febbraio 1984, nella significativa ricorrenza liturgica della Madonna di Lourdes.

Il disegno generale della lettera è rintracciabile in un Modello di circolarità ermeneutica per il quale, partendo dal modello della sofferenza umana, ogni acquisizione rimanda a una successiva per tornare in fine al livello iniziale. Alcuni aspetti che vengono messi in luce nella Lettera Apostolica vanno evidenziati:

- Il valore salvifico della sofferenza che sembra appartenere alla trascendenza dell'uomo che esige di essere affrontata in modo particolare perché la redenzione si è compiuta mediante la

Croce di Cristo. Ecco perché la sofferenza esige compassione e rispetto dal più profondo bisogno del cuore e dalla fede.

- L'uomo soffre in modi diversi dovendo distinguere tra la sofferenza fisica e morale, potendo affermare che l'uomo soffre allorquando sperimenta un qualsiasi male. Infatti nell'Antico Testamento il rapporto sofferenza e male si pone in evidenza come identità.
- La ricerca della risposta all'interrogativo sul senso della sofferenza, è una domanda difficile e capita che nei rapporti dell'uomo con Dio si giunga a una negazione stessa di Dio. Il punto di riferimento in questo caso è la dottrina della speranza tradizionale.
- In Gesù Cristo la sofferenza viene vinta dall'amore, questa è la dimensione della Redenzione. In conseguenza l'opera salvifica di Cristo fa sì che l'uomo viva sulla terra con la speranza della vita e della santità eterna.

Da quanto detto si evince che la sofferenza appartiene al mistero dell'uomo e il mistero della redenzione del mondo è in modo sorprendente radicato nella sofferenza.[25]

Nella sfera sociale la Chiesa ha sempre voluto assicurare una duplice funzione: illuminare gli spiriti per aiutarli a scoprire la verità e a scegliere la via da seguire in mezzo alle differente dottrine da cui il cristiano è sollecitato, entrando nell'azione di diffondere le energie del vangelo.

La famiglia in tal senso ha un grande compito in questi contesti di sofferenza e di dolore con prospettive di grande carità, affetto, dolcezza e

[25] Cfr. IBIDEM, 676.

maturità umana. La presenza della sofferenza nella famiglia sa sprigionare risorse inaspettate di condivisione, di prossimità, di scoperta del senso più genuino della vita. La sofferenza può diventare, così, avvicinamento più vero, e forse a volte ritrovato, al mistero di Dio, come pure avvicinamento al mistero dell'uomo, nella riscoperta di avere bisogno degli altri. [26]Non si può dimenticare che a loro volta i familiari hanno bisogno di sostegno, di grande aiuto con la vicinanza premurosa e fattiva di amici e di quanti vogliono rendersi presenti.

2.3 Il lento cammino verso Cristo: quale esperienza della sofferenza e della morte.

Se la parola definitiva sulla sofferenza e sulla morte viene pronunciata da Gesù Cristo, lungo i secoli essa è preceduta da una lunga serie d'interpretazioni incomplete del dolore umano e della morte, registrate fedelmente nell'Antico Testamento. Alcune di esse si mostrano decisamente inadeguate. Basti pensare all'attribuzione a forze demoniache delle infermità del corpo e dello spirito; alla relazione puntuale tra il peccato e le singole sofferenze; alla concezione del dolore come castigo per il male da Dio, senza tener conto della causalità intermedia e dei fattori ambientali e personali…. In queste interpretazioni, spesso vengono rivolti al Signore attributi che ne sfigurano il volto, come quando si parla di un Dio

[26] Cfr. **C.E.I.,** *Direttorio di Pastorale Familiare, per la Chiesa Italiana. Annunciare, celebrare, servire il "Vangelo della famiglia"*, Editore Fondazione di Religione, Roma 1993, 112-113.

vendicatore, quasi crudele. Per quanto possa apparire sorprendere, tali interpretazioni non sono scomparse del tutto. Neppure la venuta di Cristo ha potuto liberarne completamente l'uomo. L'esperienza con i sofferenti consente di identificare tanti residui immaturi dal punto di vista della fede.

Tali prese di posizione limitate non devono, però far dimenticare il processo di crescita che, sotto l'ispirazione divina, permette all'uomo di avanzare nella comprensione di se stesso e di Dio in relazione alla sofferenza. Ne sono chiara testimonianza numerosi testi, tra cui il libro di Giobbe, i salmi di lamentazione, i canti del "Servo di Jahvè".

Nella figura di Giobbe si riconoscono facilmente tutti coloro che sono colpiti da sofferenze che superano ogni orizzonte di comprensione. Il pensiero va immediatamente ai casi di grave ingiustizia e violenza, provocate da strutture inique, a certe morti improvvise di persone giovani, di bambini, a determinate forme di disfacimento cui è soggetto l'essere umano a causa della malattia o del processo del morire. Come ignorare il dolore tragico che afferra l'uomo quando è coscientemente messo dinanzi alla morte: la morte che è prima di tutto annullamento, azzeramento, rottura di tutta l'esistenza e dei valori in essa attuati.

Nel caso di Giobbe è il dolore di chi si sente innocente che prende rilievo. Come Giacobbe, egli lotta con Dio, di cui non riesce a comprendere il comportamento. Giusto e fedele servitore del Signore, Giobbe è colpito da sventure che distruggono non solo i suoi beni e i suoi familiari, ma anche la sua stessa persona. La sua protesta raggiunge vertici drammatici. Perché i malvagi prosperano, mentre egli che non ha compiuto alcun male, è colpito da tanta sofferenza?

Il grido di Giobbe si ripete continuamente nei luoghi dove l'uomo soffre. Gli amici che visitano Giobbe per accompagnarlo nella sua terribile prova rappresentano la mentalità religiosa del tempo, secondo la quale Dio

premia i buoni e castiga i cattivi. Se egli soffre, ciò significa che egli in qualche modo ha peccato, altrimenti la sua sofferenza non sarebbe spiegabile.

Si tratta di una mentalità ancora molto presente nella gente, come lo testimoniano le affermazioni di numerose persone colpite dalla malattia e dalla sofferenza. Giobbe rifiuta le ragioni addotte dagli amici e sceglie di battersi direttamente con Dio. La sua pretesa di penetrare il mistero di Dio viene quindi superata una volta che egli si rende conto dei limiti umani. Se non riusciamo a captare le realtà profonde dell'universo, se non riusciamo a scoprire le profondità del cuore umano, come possiamo pretendere di comprendere il mistero di Dio? Il drammatico dibattito vissuto da Giobbe nella sua lotta con il Signore non è senza risultati positivi. Egli giunge a fare esperienza di Dio: "*Prima ti conoscevo solo per sentito dire, ora ti vedo con i miei occhi*" (Giobbe 42,5). E ad abbandonarsi a lui, al suo mistero, senza pretendere una risposta immediata, affidandosi all'irrazionale razionalità della sua sapienza. Pur sfuggendo a una interpretazione che soddisfi la ragione, il dolore viene visto come una prova attraverso cui il Signore aiuta l'uomo a maturare la sua fede.

È facile questo abbandono alla volontà del Signore, che sfugge alle prese della nostra ragione? L'esperienza di chi soffre ci parla di lunghi e intensi dibattiti interiori, in cui si evidenziano atteggiamenti di forte resistenza.

Il valore pedagogico e purificatore della sofferenza – presente nel libro di Giobbe e che trova ampio riscontro anche nei profeti e nei libri sapienziali – non è però il punto più alto raggiunto dall'uomo biblico, prima della venuta di Cristo. È nei Canti del Servo di Jahvè (Isaia 52,13-53,12) dove è possibile vedere un preannuncio del mistero pasquale di Cristo. Un innocente, costituito servo del Signore fin dal seno materno, viene

sottoposto ad aspre sofferenze, che misteriosamente entrano a far parte della realizzazione del progetto divino di salvezza degli uomini. La sofferenza diventa veicolo di amore redentivo: "*Dalle sue piaghe siamo stati salvati*"(Isaia. 53,5).

Gesù non si è limitato ad avvicinare i sofferenti, ma ha fatto egli stesso esperienza del dolore. Il suo atteggiamento nei confronti dei malati e dei sofferenti è riassunto nella parabola del Buon Samaritano. Gesù si ferma davanti ai malati e, mosso da compassione, si avvicina loro per soccorrerli.

Se l'immagine di un Dio compassionevole attraversa i due Testamenti – il popolo d'Israele lo chiama in continuazione "*Dio di tenerezza e di compassione*" (Esodo 34,5-6) - il pathos divino trova la sua espressione culminante di amore nell'incarnazione e redenzione del Cristo, Gesù si presenta come la compassione incarnata. Dio alla ricerca dell'uomo diventa uomo lui stesso, gettando un ponte tra la trascendenza divina e l'esperienza umana. In Gesù Cristo, Dio partecipa in maniera profonda della condizione umana. S. Paolo descrive meravigliosamente questo processo nella lettera ai Filippesi:

"*Pur essendo di natura divina, non considerò un tesoro geloso la sua uguaglianza con Dio, ma spogliò se stesso facendosi obbediente fino alla morte e alla morte di croce*" (Filippesi 2, 6-11).

Questo testo ci permette di cogliere il cuore stesso della compassione divina e i coinvolgimenti che essa postula.

Dio non è venuto tra noi per dirci: io sono forte e voi siete deboli. Voglio curarvi, guarirvi e prendere su di me i vostri problemi. Non è qui la novità. La novità è che egli non è venuto per toglierci le nostre pene, ma per condividerle, per entrare in esse. Ecco la buona novella: Dio è venuto a condividere la nostra condizione umana, risentirla in se stesso, soffrirla, e morirne.

Questa partecipazione profonda di Dio al destino umano non è neutra, ma carica di una forte intensità affettiva. Nel vangelo, il verbo greco "splanchnizomai" è utilizzato dodici volte per indicare l'attitudine di Cristo.

Il significato è il risentire qualche cosa nelle proprie viscere. Nei suoi contatti con le persone che soffrivano e si trovavano nel bisogno, Gesù reagisce emotivamente: risente vivamente la loro sofferenza fino ad esserne scosso in tutta la persona e piangerne, come gli è capitato davanti alla vedova di Naim e alla tomba di Lazzaro. L'emozione di Gesù, che si esprime in simpatia e compassione, è già sorgente di guarigione. Gesù ha risentito profondamente il dolore, ha tremato così profondamente, che da questo stesso suo tremare gli uomini sono passati a una vita nuova. Si è commosso e da questa commozione divina è derivato per noi un nuovo tipo di salute; ci è stato offerto un cambiamento, una guarigione.

È sulla base di questa partecipazione profonda alla natura umana che l'insegnamento e i gesti di guarigione acquistano in Gesù significato ed efficacia. L'invito ad imitare la compassione del Padre, le parabole del Padre Misericordioso e del buon samaritano, come tutti i miracoli compiuti per liberare i malati dalle loro infermità, sono alimentati da questa dimensione di essere con gli uomini, dei quali condivide la condizione.

L'essere accanto all'uomo che soffre si manifesta soprattutto nella sua passione e morte. Tutto quanto l'uomo dell'Antico Testamento ha esperimentato nei confronti della sofferenza è presente nell'esperienza dolorosa del Cristo. Nel Gethsemani e sul Golgotha.

Se la passione e la morte avvicinano in maniera straordinaria Gesù all'uomo che soffre e che muore, esse però acquistano fecondità grazie alla risurrezione. È la vittoria sulla morte – come risposta del Padre all'obbedienza del Figlio – che trasforma le piaghe di Cristo in fonte di guarigione. Chi soffre e chi muore ha, quindi, il diritto di avere Dio dalla

sua parte: il titolo di credito sta affisso sulla croce di Gesù. In Cristo, Parola di Dio, che soffre e che muore, il malato e il morente possono provare un senso alla loro esperienza sofferente che, prima, sembrava insensata. Tale senso, l'uomo non può produrlo da sé, ma solo riceverlo da un altro, da Dio stesso.

Non vi sono dubbi, la sofferenza resta sofferenza, la morte resta morte. Bisogna combatterle con i mezzi umani a disposizione. Tuttavia, "rapportandoci fiduciosamente alla sofferenza, alla morte e alla nuova vita di Gesù, già nel presente possiamo accettare come sensato un simile stato di cose, fondandoci sulla certezza della speranza che il senso riposto si manifesti nel compimento finale. Per quanto sconsolata, insensata e disperata possa essere una situazione, anche là Dio è presente. Non solo nella luce e nella gioia, ma anche nelle tenebre e nel lutto, nel dolore, nella malinconia io posso incontrarlo. Anche il soffrire trova posto in Dio, anche la sofferenza, malgrado l'apparente abbandono da parte di Dio, può diventare luogo di incontro con Dio. Il credente non conosce una via per aggirare la sofferenza, ma conosce una via che l'attraversa e la supera, guardando quell'Uomo sofferente, accordando con fede piena fiducia a colui che anche e proprio nella sofferenza resta nascostamente presente e che sostiene e sorregge anche in situazioni di estrema minaccia, assurdità, nullità, desolazione, solitudine e vacuità: un Dio che si affianca, coinvolto, all'uomo, un Dio solidale con gli uomini. Nessuna croce del mondo può contraddire l'offerta di un senso proveniente dalla croce, del resuscitato alla Vita".[27]

[27] **A. ALFIERO - F. DI GIANDOMENICO,** I s*offerenti: profezia pastorale nella comunità cristiana*, Ed. Centro Volontario della Sofferenza, Roma 2002, 74.

Come è possibile all'uomo aprirsi a tale senso proveniente dalla croce, del resuscitato alla vita? Nelle lettere di S. Paolo la risposta a tale interrogativo trova una mirabile elaborazione. Attraverso il battesimo, la vita del credente è interamente inserita in quella di Cristo. "*Non sono più io che vivo ma è Cristo che vive in me*"(Galati 2,20), afferma l'Apostolo.

L'essere - con - Cristo fa sì che tutta l'esperienza del credente sia vissuta in Lui, sia la gioia come la sofferenza, la malattia, i lutti, sia i successi come i fallimenti, sia la vita che la morte. Infatti come per il credente il vivere è un vivere - con – Cristo, così il morire è un morire - con - Cristo. Il credente, quindi è reso capace di trovare all'interno della propria persona la forza guaritrice di Dio nel momento stesso in cui fa esperienza della propria debolezza. Egli prende coscienza che le sue sofferenze sono strettamente connesse con la sofferenza stessa di Dio, e mantiene viva tale connessione.

In altre parole, ciò che noi soffriamo, leggero o grave che sia, nella fede è un'esperienza che, lungi dal rimanere isolata, si relaziona con la sofferenza stessa di Dio. Gesù sana i nostri dolori togliendoli dal nostro ambito egocentrico, individualista e privato e connettendoli con il dolore di tutta l'umanità, da Lui assunto. Sullo scenario drammatico dell'umano soffrire e morire si stende, così, il calore della speranza cristiana. Da una parte essa invita a guardare alla fine dei tempi, quando sorgeranno "*cieli nuovi e terra nuova*" (2 Pietro 3,13) e non vi sarà più né morte, né dolore né lutto; dall'altra ricorda che la salvezza definitiva si sta già realizzando nel presente attraverso una progressiva assimilazione al Cristo, ottenuta con la lotta al peccato in tutte le sue forme distruttive, e con la solidarietà verso quanti sono vittime della sofferenza e della morte. Il passaggio dalla mentalità dell'Antico Testamento a quella del Nuovo, nei confronti della sofferenza e della morte, non è scontato.

Per il processo interiore che implica la preparazione all'esperienza del dolore e della morte, è facile trovare in coloro che soffrono e muoiono residui d'immaturità che indicano il bisogno di evangelizzazione. Non mancano, però, esempi meravigliosi in cui si può constatare l'effetto trasformante della fede.

Come non ricordare il Cantico delle creature di Francesco d'Assisi? "Laudato sii, mi Signore, per nostra sora morte corporale".

E, infine, toccante è la preghiera di Teilhard de Chardin:

"Quando sul mio corpo (e più ancora nel mio spirito) comincerà a lasciare i segni l'usura dell'età, quando s'abbatterà su di me dal di fuori, o nascerà in me dal di dentro, il male che diminuisce o porta via con sé, nel momento doloroso nel quale prenderò coscienza – di colpo – che sono ammalato o che divento vecchio, soprattutto in quell'ultimo momento, quando sentirò che sto sfuggendo a me stesso, assolutamente passivo nelle mani delle grandi forze sconosciute che m'hanno formato, in tutte queste ore buie, fammi capire, o Signore, che sei tu (a condizione che la mia fede sia abbastanza grande), a scostare dolosamente le fibre del mio essere, per penetrare fino al midollo della mia sostanza e portami a te".[28]

[28] **A. PANGRAZZI,** *Sii un girasole accanto ai salici piangenti*, Ed. Camilliane, Torino 1999, 92.

3. Per una dottrina sociale dei morenti: elementi per una catechesi

3.1 Il posto degli infermi nella catechesi della Parrocchia

Ciò che costituisce fondamentalmente la comunità cristiana è vivere, in comunione di fede, la carità e la missione di Cristo. Tanto più perfetta è una comunità cristiana quanto più vive insieme questi compiti senza escludere nessun fedele, poiché ognuno fa parte della comunità non per quello che vale o fa, ma per quello che è in Cristo.

Della comunità parrocchiale entrano a far parte anche i malati che vivono dentro i limiti della parrocchia e in particolare i malati terminali. Vi entrano a pieno diritto, anzi con particolare diritto.

Essi sono membri dolenti della comunità che continuano nella loro persona la passione di Cristo. Il papa nella sua lettere enciclica sul dolore fa presente come il dolore cristiano va strettamente congiunto con quello di Cristo affermando che *"Operando la redenzione mediante la sofferenza, Cristo ha elevato insieme la sofferenza umana a valore di redenzione. Quindi ogni uomo nella sofferenza diventa partecipe della sofferenza redentiva di Cristo"*,[29] e completa - dice san Paolo - nel suo corpo la sofferenza con la quale Cristo ha redento il mondo per il bene della Chiesa (Colossesi 1,24).

Nella sofferenza e per la sofferenza emerge "una dignità propria" per gli

[29] **GIOVANNI PAOLO II**, Salvifici doloris…, o.c., 692.

infermi e “una missione propria”, che li qualificano come membri privilegiati e degni di venerazione.

La loro sofferenza, più di ogni altra cosa umana, fa presente nella storia della comunità parrocchiale la forza della redenzione e costituisce un particolare appoggio alle forze del bene per aprire il cammino della grazia che trasforma gli spiriti.

La sofferenza dei malati mette in atto il sacrificio della croce e “*serve, come la sofferenza di Cristo, per la salvezza dei fratelli e delle sorelle. Essa adempie un servizio insostituibile ed è mediatrice e autrice di beni indispensabili per la salvezza del mondo*” [30]. Veramente “attraverso la viva partecipazione al mistero pasquale di Cristo il cristiano infermo può trasformare la sua condizione di sofferente in un momento di grazia per sé e per gli altri “[31].

Di conseguenza gli ammalati rivestono un valore speciale nella Chiesa e per la Chiesa, dinanzi ai quali essa si china con venerazione e con tutta la profondità della sua fede nella redenzione. La Chiesa, come dice il Papa, che nasce dal mistero della redenzione nella croce di Cristo, è tenuta a cercare l’incontro con l’uomo in modo particolare sulla via della sofferenza.

In tale incontro l’uomo sofferente diventa “la via della Chiesa” ed è questa una delle vie più importanti. Vi è di più. Gli ammalati sono nella comunità il sacramento di Cristo, segno specifico della sua presenza: “*Ero infermo e mi avete visitato*” (Matteo 25,40). Essi mostrano e rappresentano il volto più originale di Cristo, quello di un

[30]IBIDEM, 675.

[31] **C.E.I.,** *La Pastorale della salute nella Chiesa Italiana*, in *Enchiridion CEI*, 4, Ed Dehoniane, Bologna 1991, 1517.

Dio che soffre condividendo fino in fondo il dolore umano, e per mezzo di esso opera la salvezza.

È doveroso onorare e prestare culto a Cristo che si immola in chiesa nell'Eucaristia domenicale ed è presente nel tabernacolo, ma non si deve dimenticare che è specificatamente presente anche negli infermi della comunità, vere "icone di Dio".

Anzi la presenza nella comunità parrocchiale di queste "icone di Dio", quali sono gli infermi, è provvidenziale, dice il Papa: "*Seguendo la parabola del buon samaritano, si potrebbe dire che la sofferenza presente sotto tante forme diverse sia presente nella comunità per sprigionare nell'uomo l'amore, proprio quel dono disinteressato del proprio io in favore degli uomini sofferenti*". [32]

Infatti la presenza dei malati e sofferenti in parrocchia può veramente destare nei cuori sentimenti di solidarietà e di amore disinteressato e invoca inoltre la presenza di buoni samaritani. Grazie agli infermi e a quanti soffrono nel territorio parrocchiale, può aver luogo in esso l'azione di attenzione, di servizio e di amore dei fedeli, poiché in virtù della fede non possono disinteressarsi della sofferenza altrui, ma "*devono sentirsi chiamati in prima persona a testimoniare l'amore nella sofferenza*"[33].

Pertanto nella comunità "i sofferenti restano degli esseri umani nella pienezza della loro dignità e dei loro diritti, degni di considerazione, il termine dell'amore e dei servizio della Chiesa"[34]. L'importanza e il posto privilegiato che i sofferenti occupano nella comunità cristiana sono stati

[32] **GIOVANNI PAOLO II**, Salvifici doloris…,o.c.,679.

[33] IBIDEM, 651.

[34] **C.E.I.,** *La Pastorale della salute nella Chiesa Italiana*…, o.c.,. 1524.

riconosciuti anticamente nella Chiesa. Lo dimostra il fatto della "riserva eucaristica". Il motivo di conservare le ostie consacrate, all'origine, fu la preoccupazione di portare l'Eucaristia agli infermi e deboli che non potevano partecipare alle celebrazioni liturgiche della comunità.

Questa prassi antica rivela che nella comunità locale non c'era il rigetto né l'emarginazione dei malati, anzi essi erano nel centro e nel cuore stesso della comunità, poiché, celebrata l'Eucaristia, si aveva premura di riservare parte di ostie consacrate per portarle nelle loro case ed esprimere così la loro reale partecipazione e stretta unione alla comunità. In base a queste prospettive di fede, alle proposizioni del magistero della Chiesa e alla prassi stessa di essa, è necessario ridare ai malati della parrocchia il posto che loro spetta nella vita della comunità.

3.2 La missione degli infermi nella Parrocchia

È facile pensare che i malati siano persone che solamente ricevono dagli altri e dalla comunità: non danno né possono dare o apportare alcunché alla comunità cristiana e sociale. Questa idea è il risultato della mentalità di efficienza, di produttività e di consumo che impera nella società moderna.

La cosa è ben diversa. Il Papa afferma con chiarezza: "*anche i malati sono mandati come operai nella vigna del Signore... perché Dio li chiama a vivere la loro vocazione umana e cristiana e a partecipare alla crescita del regno di Dio in modalità nuove, anche più preziose*" [35]. Inoltre il Papa

[35] **GIOVANNI PAOLO II**, *Esortazione apostolica. Christifideles laici*, in *Enchiridion Symbolorum definitionum et declarationum de rebus fidei et morum*, Ed. Dehoniane, Bologna 1995, 1294.

qualifica l'anziano inabile un "dono" per la Chiesa e per la società, il dono dell'anziano potrebbe qualificarsi come quello di essere nella Chiesa e nella società il testimone della tradizione di fede, il maestro della vita e l'operatore di carità. Veramente gli infermi e anziani possono realmente offrire alla comunità un apporto valido e ricco.

Sono considerati poveri e bisognosi di tutto, perché privi di salute, incapaci di attività e di autosufficienza. Però, proprio partendo dal loro stato di povertà e di apparente inutilità, possono offrire, comunicare e trasmettere grandi valori umani e cristiani che costituiscono una ricchezza per la comunità sociale e religiosa.

San Paolo disse di Gesù che "*si fece povero per voi, al fine di fare voi ricchi con la sua povertà*" (2 Cor. 8,9). Si può dire altrettanto degli infermi e disabili che si trovano in uno stato di bisogno fisico, morale e sociale; nonostante ciò possono arricchire noi sani. E ciò, svolgendo nella comunità e per la comunità un ruolo specifico, o meglio una missione.

Si tratta di una missione di salvezza e di evangelizzazione. Dice il Papa: "*L'uomo sofferente è soggetto attivo e responsabile dell'opera di evangelizzazione e di salvezza*" [36]. Ecco delineata la vocazione e la missione dei malati e dei sofferenti, il loro specifico carisma, che il Papa riconosce.

Anzitutto essi sono soggetti attivi e responsabili dell'opera di salvezza. Sono chiamati a partecipare all'infinito amore di Dio per l'umanità e a cooperare alla salvezza dei fratelli in modo intrinseco, ossia con la

[36]IBIDEM, 1298.

partecipazione al mistero pasquale di Cristo. Il loro soffrire, unito alla sofferenza salvifica di Cristo, diventa una forza di santificazione e di edificazione della Chiesa. [37]

Per questo il Papa chiama "*tutti coloro che soffrono... perché idealmente convengano sotto la Croce del Calvario, affinché l'offerta delle loro sofferenze affretti il compimento della preghiera dello stesso Salvatore per l'unità di tutti... Proprio a voi, che siete deboli, chiediamo che diventiate una sorgente di forza per la Chiesa e per l'umanità. Nel terribile combattimento tra le forze del bene e del male vinca la vostra sofferenza in unione con la Croce di Cristo*".[38] Questo compito o missione, se compresa e attuata, rende i malati e i sofferenti della parrocchia i protagonisti nascosti, silenziosi, ma efficienti della sua vitalità religiosa, della sua crescita spirituale, della vittoria dei bene sul male e dell'apertura alla grazia che trasforma le anime umane. Poi c'è, per gli ammalati, in parrocchia la missione di evangelizzazione. Evangelizzare è suscitare interrogativi, annunziare verità e valori e realizzare una catechesi. Tutto questo lo possono fare gli infermi e disabili nella comunità parrocchiale. "*È una missione - dice il Papa - apostolica e missionaria, non solo possibile e doverosa, ma dalla loro situazione resa in qualche modo specifica e originale*".[39] A livello puramente umano essi possono testimoniare, offrire e trasmettere veri valori. Infatti, studiando attentamente la " Salvifici doloris", emergono alcuni punti fondamentali da cui si evince l'insegnamento sociale della Chiesa sulle necessità da rendere ai malati :

[37] Cfr. IBIDEM, 1847.

[38] **GIOVANNI PAOLO II**, Salvifici doloris…, o.c., 685.

[39] **GIOVANNI PAOLO II**, *Esortazione apostolica. Christifideles laici*…, o.c., 1296.

- Ricordano la realtà totale della vita umana, soggetta a limiti e a infermità, costretta spesso a dipendere in tutto dagli altri. Gli infermi che vivono l'esperienza del limite umano, infrangono i miti e le illusioni che creano il benessere, l'efficienza, l'ambizione e il potere. I criteri della società consumistica sono posti in questione e relativizzati dal realismo doloroso dell'infermità cronica e dell'anzianità.

- Insegnano e invitano a ridare significato a determinati valori oggi in crisi, quali: l'umiltà per l'innata fragilità umana; la pazienza nell'affrontare difficoltà e momenti dolorosi; l'apprezzamento e il rispetto della salute e della vita; la solidarietà e l'attenzione ai bisogni altrui, vincendo l'egoismo proprio.

- Allargano gli orizzonti altrui mediante il loro patrimonio di esperienze di vita e di valori umani, ossia: illuminano nel dubbio di scelte importanti; ammoniscono nelle situazioni di incauti comportamenti; confortano nell'ora dell'insuccesso o della disavventura; aiutano a valorizzare e impegnare le proprie doti e possibilità; incitano a perseverare nell'asprezza e monotonia del dovere personale.

- Offrono il dono di una tradizione con le caratteristiche proprie del passato. Senza tradizione ogni età perde le sue radici e si chiude sterilmente in se stessa: senza antenati e senza posteri. In maniera specifica gli anziani trasmettono alle generazioni più giovani la vitalità del passato come un dono, vissuto da essi nel presente della loro esistenza e pronto ad essere trasmesso al futuro.

A livello di fede gli anziani e propriamente gli infermi:

- Richiamano la trascendenza della vita umana e del regno di Dio. L'uno e l'altra si realizzano completamente nell'aldilà. L'infermità e l'anzianità sono un segno del nostro camminare e del nostro esodo verso la patria eterna; siamo cittadini provvisori in questo mondo e pellegrini che

camminano verso il traguardo del cielo.

- Aiutano ad affrontare la realtà della morte. La cultura e la civiltà attuali cercano di allontanare e nascondere il fenomeno della morte, suscitando la resistenza a riconoscere e accettarne l'evento. I malati e anziani sono una specie di messaggeri della morte; ricordano la nostra condizione mortale e ci fanno il favore antropologico di riconciliarci con la prospettiva della morte.

- Testimoniano che la croce e il dolore non mancano nella vita e possono avere una loro fecondità alla luce della sofferenza redentrice di Cristo. Per mezzo della sofferenza egli ha redento il mondo, per mezzo del dolore gli ammalati collaborano alla sua opera redentrice.

- Ridestano sentimenti di speranza cristiana. La partecipazione, in forza del battesimo, al mistero pasquale della risurrezione di Gesù che sta per realizzarsi in loro e l'attesa della "risurrezione e vita" infondono in essi serenità e fiduciosa pace, perché sanno che la morte recherà "*un guadagno più grande*" (Filippesi 2,21), che il più bello ha da venire, poiché "*distrutta questa nostra tenda terrena, ne viene preparata un'altra indistruttibile nei cieli*" (2 Corinzi 5,1).

Questa serenità e questa pace nel crepuscolo della sera terrena e il desiderio dell'alba del mattino eterno sono per tutti la migliore e credibile testimonianza della speranza che non delude.

Gli infermi sono un simbolo della comunità peregrinante verso Dio. Essi precedono la comunità. Per questo sono i profeti e indicatori della sua storia, gli araldi del suo cammino verso l'avvenire e i testimoni dei valori umani e religiosi che servono a costruire la famiglia parrocchiale.

È dovere della comunità valorizzare la loro presenza e scoprire questa missione e la ricchezza di valori che essi testimoniano, offrono e trasmettono.

Si può riferire a loro quanto afferma la Costituzione pastorale del Concilio: "*Il futuro dell'umanità (e della comunità) è riposto nelle mani di coloro che sono capaci di trasmettere alle generazioni di domani ragioni di vita e di speranza*". [40]

Ci si rende conto, comunque, che non è facile impostare e attuare nella parrocchia una pastorale per i malati terminali realmente comunitaria, efficacemente evangelizzante e concretamente adeguata ai bisogni di tutti i membri della comunità.

3.3 Il segno della sofferenza

In genere per "pastorale" si è inteso, fino a poco tempo fa, l'attività dei pastori della Chiesa per edificare il regno di Dio. Con il Concilio Vaticano II, in particolare, il concetto di pastorale abbraccia tutta l'attività del popolo di Dio, quindi anche quella dei laici, ai fini dell'evangelizzazione e dell'animazione dell'ordine temporale.

L'ambito della pastorale non è più ristretto all'attività spirituale di annunciare il messaggio di salvezza di Cristo e rendere gli uomini partecipi della redenzione. Per merito del Concilio tale ambito si estende anche alla testimonianza della Parola di Dio, alla integrale salvezza e liberazione dell'uomo da tutto ciò che l'opprime. [41]

La salvezza operata da Gesù abbraccia l'uomo nel suo essere concreto e

[40]**CONCILIO VATICANO II**, Costituzione pastorale sulla chiesa nel mondo contemporaneo *"Gaudium et spes"*…, o.c., 1417.

[41]Cfr. **PAOLO VI**, Evangeli Nuntiandi, in *Enchiridion Vaticanum,* 5, Ed. Dehonaine, Bologna, 1979, 1596.

in tutte le dimensioni e "*anche il rinnovamento di tutto l'ordine temporale*".[42]

Perciò la pastorale è attenzione e cura dei fratelli con la finalità di portare una salvezza integrale dell'anima e del corpo, eterna e temporale, da realizzarsi nella storia di ciascuna creatura umana. La pastorale degli infermi non può essere limitata all'annunzio della Parola di Dio e all'amministrazione dei sacramenti, anche se l'evangelizzazione e la celebrazione dei sacramenti rimangono gli obiettivi prioritari e i cardini fondamentali della pastorale sanitaria.

Deve entrare tra le funzioni specifiche di questa pastorale tutto ciò che concerne la promozione umana, sanitaria e sociale dei malati, il rispetto dei valori della vita e della salute e l'orientamento delle trasformazioni in atto nel mondo sanitario al rispetto della dignità dell'uomo.

In realtà essa è chiamata a rivolgersi a tutta la problematica relativa al benessere psico-fisico e spirituale dell'uomo e a tutto il complesso di strutture e di programmi sanitari e di problemi etici che riguardano il malato e il sofferente "per rendere un contributo essenziale alla salvezza dell'uomo".[43]

In particolare sono funzioni specifiche della pastorale dei malati terminali in parrocchia:

Essere per gli infermi un aiuto a vivere la propria condizione. Il loro stato di sofferenza, di solitudine, di decrepitezza personale con conseguente emarginazione costituisce un terreno singolare per una azione pastorale di evangelizzazione, ossia:

[42] **CONCILIO VATICANO II**, *Decreto. "Apostolicam actuositatem", sull'apostolato dei laici,* in *Enchiridion Symbolorum definitionum et declarationum de rebus fidei et morum,* Ed. Devoniane, Bologna 1995, 917.

[43] **C.E.I.,** *La Pastorale della salute nella Chiesa Italiana…*, o.c., 1528.

- guidarli alla comprensione della realtà e del senso del dolore alla luce di Cristo crocifisso e del Vangelo;
- far scoprire loro che Dio è compagno della loro vita sofferente e apparentemente inutile;
- aiutarli ad accettare la dolorosa situazione in cui versano;
- condurli a riconoscere il significato umano e religioso della malattia;
- valorizzare il loro contributo di valori spirituali, morali e religiosi a bene della comunità;
- accompagnarli con la forza della preghiera e con la grazia dei sacramenti.
- Svolgere un‘opera di educazione sanitaria e morale nella prospettiva del valore inestimabile e sacro della vita per promuovere e costruire nel territorio “una cultura della vita” dalla nascita alla morte.
- Promuovere la conoscenza dei diritti degli infermi e costituirsi promotori di questi diritti affinché siano riconosciuti e rispettati.
- Attuare la testimonianza di solidarietà e di servizio ai malati con gesti concreti di assistenza spirituale, economica e materiale per sollevarli moralmente e aiutarli a superare le situazioni disagevoli.
- Favorire il ricupero da parte di coloro che si trovano in condizione di disabilità e di handicap del senso della vita anche in stato di minorazione, scoprendo il valore dell’“essere” rispetto a quello del “fare”.
- Contribuire con tutti i mezzi e umanizzare le strutture, le istituzioni e i servizi socio-sanitari del territorio per orientarli al concreto bene integrale dei sofferenti, allo sviluppo di rapporti interpersonali sinceri e all’aiuto e sostegno delle famiglie provate dalla malattia e disabilità di qualche loro caro.
- Impegnarsi in un ‘azione di liberazione degli infermi dalle situazioni negative della vita (infermità, peccato, povertà...), come segno e

momento del processo di salvezza e liberazione totale, operata dal Salvatore, anche se la sua piena realizzazione sarà nel regno definitivo di Dio. Cristo stesso ha indicato questo campo della pastorale degli infermi quando, prima e dopo l'annunzio della buona Notizia, "*curava gli infermi da ogni male*" (Matteo 9,35). "*La Chiesa*-dice Giovanni Paolo II - *ha sentito sempre che il servizio a coloro che soffrono e agli infermi è una parte integrante della sua missione. In questo non ha fatto altro che seguire l'esempio eloquente del suo fondatore e maestro*".[44]

Promuovere e migliorare le strutture, le istituzioni e le prestazioni sanitarie ai malati in famiglia. Quest'azione abbraccia:

- la difesa dei loro diritti umani;
- l'eliminazione delle situazioni d'ingiustizia verso di loro;
- la contestazione e il superamento del sistema di abbandono ed emarginazione nei loro confronti;
- la promozione e sostegno di tutte le iniziative che sorgono in loro favore nel campo sociale, medico e psicologico.

Rendere più umana la vita degli infermi è veramente un campo della pastorale degli infermi, che rivela la ricchezza della salvezza operata da Cristo e l'irraggiamento della carità di Dio nel mondo.

È necessario superare la contrapposizione tra pastorale e promozione umana come se fossero incompatibili o in rapporto indiretto. L'attività socio-caritativa in quanto azione umana o naturale non si oppone all'attività pastorale per il fatto che questa è di ordine morale o religioso.

Non vi può essere opposizione tra il naturale e il soprannaturale, come non può esserci separazione tra Dio creatore e Cristo salvatore. Tutto ciò

[44]**GiOVANNI PAOLO II**, Dolentium hominum, in *Enchiridion Vaticanum,* 9, Ed. Devoniane, Bologna, 1987, 1410-1418.

che l’attività umana realizza per la salvezza e liberazione dell’uomo - dalla tecnica più avanzata all’azione più spontanea e semplice di aiuto - è una partecipazione all’opera creatrice e salvifica di Dio, è la promozione di un “habitat” umano per gli infermi, fatto di amore, di luce, di speranza che permette di crescere e fiorire in frutti di fede.

Sotto questo aspetto la promozione umana è parte costitutiva della pastorale degli infermi e una dimensione essenziale dell’impegno di evangelizzazione.

La comunità parrocchiale per realizzare una pastorale della salute a misura di uomo, oltre che preoccuparsi di dare i sacramenti agli ammalati e di favorire atti di culto o devozione, deve prestare loro un’assistenza e delle prestazioni che li aiutino ad affrontare, superare e valorizzare la loro condizione di infermità o inabilità.

4. Il conferimento dell'unzione degli infermi nella legislazione canonica

4.1 Il Sacramento dell'unzione degli infermi

L'unzione degli infermi, con la quale la Chiesa raccomanda al Signore sofferente e glorificato i fedeli gravemente infermi affinché li sollevi e li salvi, viene conferita ungendoli con il sacro olio e pronunciando le parole prescritte nei libri liturgici.

Il Can. 998 così recita: *L'unzione degli infermi, con la quale la Chiesa raccomanda al Signore sofferente e glorificato i fedeli gravemente infermi affinché li sollevi e li salvi, viene conferita ungendoli con olio e pronunciando le parole stabilite nei libri liturgici.*

Il problema del dolore, della malattia e della morte, e uno dei più angosciosi problemi dell'umanità, che l'uomo di oggi si pone con rinnovata acutezza, alla ricerca di una risposta sul loro significato.

Solo la fede può dare una risposta definitiva: in Cristo il dolore e la morte sono stati vinti dall'amore. [45]

Per Cristo e in Cristo, afferma il Concilio, riceve luce quell'enigma del dolore e della morte, che al di fuori del suo vangelo ci opprime. Con la morte Egli ha distrutto la morte, con la sua risurrezione a noi ha fatto dono della vita, perché anche noi diventando figli col Figlio possiamo pregare esclamando nello Spirito. Abba, Padre. [46]

[45] Cfr. **GIOVANNI PAOLO II**, Salvifici doloris…, o.c., 703.

[46] Cfr. **CONCILIO VATICANO II**, *Costituzione pastorale sulla chiesa nel mondo contemporaneo…*, o.c., 1525.

Il cristiano, dice ancora il Concilio, certamente è assillato dalla necessità e dal dovere di combattere contro il male attraverso molte tribolazioni, e di subire la morte; ma associato al mistero pasquale, come si assimila alla morte di Cristo, così andrà pure incontro alla risurrezione confortato dalla speranza. E ciò non vale solamente per i cristiani, ma anche per tutti gli uomini di buona volontà, nel cui cuore lavora invisibilmente la grazia.[47]

Parlando dell'unzione degli infermi, la LG ha inteso sviluppare esattamente l'idea dell'associazione della passione e alla glorificazione di Cristo: "*Con la sacra unzione degli infermi e la preghiera dei sacerdoti, tutta la Chiesa raccomanda gli ammalati al Signore sofferente e glorificato, perché alleggerisca le loro pene e li salvi* (Gc. 5,14-16), *anzi li esorta ad unirsi spontaneamente alla passione e morte di Cristo* (Rm 8,17), *per contribuire così al bene del popolo di Dio*"[48].

Il fondamento biblico di questo sacramento è costitutivo principalmente dalla citata lettera di san Giacomo: " *Chi tra voi è nel dolore, preghi; chi è nella gioia salmeggi. Chi è malato, chiami a sé i presbiteri della Chiesa e preghino su di lui, dopo averlo unto con olio, nel nome del Signore. E la preghiera fatta con fede salverà il malato: il Signore lo rialzerà e se ha commesso peccati, gli saranno perdonati. Confessate perciò i vostri peccati gli uni agli altri e pregate gli uni per gli altri per essere guariti. Molto vale la preghiera del giusto fatta con insistenza*" (Gc 5, 13-16).

[47] Cfr. IBIDEM, 1581.

[48] **CONCILIO VATICANO II**, *Costituzione Dogmatica sulla Chiesa "Lumen gentium"*, in *Enchiridion Symbolorum definitionum et declarationum de rebus fidei et morum,* Ed. Dehoniane, Bologna 1995, 1703.

Il testo peraltro, per essere inteso nel senso del sacramento dell'unzione, deve essere letto alla luce della tradizione vitale della Chiesa, e non solo esegeticamente. La tradizione sia liturgica che magisteriale e teologica, conferma il dato biblico, pur orientandosi in due diverse direzioni sulla identificazione stessa del sacramento, che si possono così riassumere: secondo una corrente di pensiero del IX secolo fino al Vaticano II, l'unzione è intesa come "Estrema unzione", come sacramento dei moribondi, il cui compito specifico consiste nel disporre alla morte e alla gloria del cielo; secondo un'altra corrente di pensiero anteriore al IX secolo, vicino al pensiero orientale e accolta dal Vaticano II e dal post-concilio, l'unzione viene interpretata come "Unzione degli infermi", il cui compito specifico consiste nell'offrire ai malati gravi il conforto di Cristo e della Chiesa.

Il Vaticano II, disponendo la revisione del rito, affermava in proposito che l'**Estrema unzione** può essere chiamata anche, e meglio, "**Unzione degli infermi**", non è il sacramento di coloro soltanto che sono in fin di vita. Perciò il tempo opportuno per riceverlo ha certamente già inizio quando il fedele, per malattia o per vecchiaia, incomincia ad essere in pericolo di morte. Il mutamento dell'uomo quindi non è una questione puramente verbale ed è sintomatico che la costituzione apostolica dal titolo "Sacram unctionem infirmorum" del 30 novembre 1972, approva il nuovo rito dal titolo "Ordo Unctionis infirmorum eorumque pastoralis curae".

Riguardo a questo rito si può osservare , dal punto di vista della teologia liturgica, che vien dato un posto centrale al mistero pasquale di Cristo, si riscopre il valore pneumatologico del sacramento, e si mette in evidenza l'aspetto ecclesiale e comunitario. Dal punto di vista antropologico , il novo rito fa attenzione a tutto l'uomo, nella sua sintesi spirituale e corporale.

Il nostro canone nella nuova legislazione canonica, assume dunque il nome nuovo, indica la finalità del sacramento e precisa il modo del suo conferimento, specificatamente la materia e cioè l'unzione con l'olio, e la forma e le parole cioè stabilite nei libri liturgici.

4.2 La celebrazione del Sacramento e il ministro che può amministrarlo

Can. 999: " *Oltre al vescovo possono benedire l'olio da usare nell'unzione degli infermi:*

1. *coloro che per diritto sono equiparati al vescovo diocesano;*
2. *in caso di necessità, qualunque presbitero, però nella stessa celebrazione del Sacramento*".

La materia adatta per la celebrazione del sacramento è l'olio d'oliva o, secondo l'opportunità, un altro olio vegetale. L'olio deve essere appositamente benedetto, normalmente dal vescovo diocesano durante la messa crismale del giovedì santo.

Can. 1000: " *§ 1. Le unzioni siano compiute accuratamente con le parole, l'ordine e stabiliti nei libri liturgici; tuttavia in caso di necessità è sufficiente un'unca unzione sulla fronte, o anche altra parte del corpo, pronunciando integralmente la formula.*

§ 2. Il ministro compia le unzioni con la propria mano, salvo che una grave ragione non suggerisca l'uso di uno strumento".

A norma della costituzione apostolica "Sacram Unctionem infirmorum", nel rito latino si deve osservare quanto segue: il sacramento

dell'unzione degli infermi si conferisce a quelli che sono ammalati con serio pericolo, ungendoli sulla fronte e sulle mani con olio d'oliva, o, secondo l'opportunità con altro olio vegetale, debitamente benedetto e pronunciando, per una volta soltanto, queste parole: *Per questa santa unzione e per la sua misericordia pietosa il Signore ti aiuti con la grazia dello Spirito santo e liberato dai peccati ti salvi e ti guarisca*.

Gli effetti del sacramento sono cinque, in connessione a tre realtà e cioè alla malattia, al peccato e alla morte. Il legame con la malattia determina due importanti effetti: il conforto spirituale e la guarigione corporale; il legame con il peccato fonda altri due effetti: l'abolizione dei resti del peccato ed eventualmente il perdono dei peccati stessi; il legame con la morte stabilisce l'effetto della disposizione alla morte e alla gloria.

Can. 1001: *" I pastori d'anime e i parenti degli infermi provvederanno che a tempo opportuno gli infermi siano alleviati mediante questo sacramento"*.

Uno dei doveri dei pastori è la catechesi su questo sacramento, sia pubblica che familiare. Si abbia cura di educare i fedeli a chiedere essi stessi l'unzione e appena verrà il momento, a riceverla con fede e devozione grande. Nei casi concreti la responsabilità ricade sia sui pastori di anime sia sui parenti degli infermi. I pastori poi hanno il compito e il dovere, con la cooperazione di religiosi e laici di preparare i malati e coloro che li assistono.

Can. 1002: *" La celebrazione comune dell'unzione degli infermi, per più infermi simultaneamente, i quali siano adeguatamente preparati e ben disposti, può essere compiuta secondo le disposizioni del vescovo diocesano"*.

Le celebrazioni comuni per più infermi simultaneamente, provenienti per esempio da varie parrocchie o da ospedali diversi, sono regolate da

disposizioni date dal vescovo diocesano. Il canone avverte che gli infermi devono essere adeguatamente preparati e ben disposti.

Can. 1003: *§ 1. Amministra validamente l'unzione degli infemi ogni sacerdote e soltanto il sacerdote.*

§ 2. Hanno il dovere e il diritto di amministrare l'unzionedegli infermi tutti i sacerdoti ai quali è demandata la cura delle anime, ai fedeli affidati al loro ufficio pastorale; per una ragionevole causa, qualunque sacerdote può amministrare questo sacramento con il consenso almeno presunto del sacerdote di cui sopra.

§ 3. A qualunque sacerdote è lecito portar con sé l'olio benedetto, perché sia in grado di amministrare, in caso di necessità, il sacramento dell'unzione degli infermi".

Il ministro competente per la valida amministrazione del sacramento, è ogni sacerdote e solo il sacerdote. I teologi si domandano se in futuro tale potere possa essere accordato ai diaconi, ma il § 2 penso che non lasci dubbi e che questa possibilità è da scartare.

4.3 A chi va conferita l'unzione degli infermi

Can. 1004: *" § 1. L'unzione degli infermi può essere ammistrata al fedele che, raggiunto l'uso di ragione, per malattia o vecchiaia comincia a trovarsi in pericolo.*

§ 2. Questo sacramento può essere ripetuto se l'infermo, dopo essersi ristabilito, sia ricaduto nuovamente in una grave malattia o se nel decorso della medesima, il pericolo sia divenuto più grave."

Il soggetto del sacramento è uno dei punti nevralgici, assieme a quelli relativi agli effetti del sacramento stesso. Il canone comunque indica il fedele che ha raggiunto l'uso della ragione e che per malattia o vecchiaia comincia a trovarsi in pericolo. Allo stesso modo il concilio aveva precisato che il sacramento non era soltanto per coloro che si trovano in pericolo di morte,[49] ma si può dare anche prima di un'operazione importante, nonché ai malati cronici, i tubercolosi, i poliomielitici gli incurabili di ogni categoria.

Il sacramento si può ripetere soltanto in due casi: quando l'infermo, dopo il ristabilimento in salute, cade di nuovo in una grave malattia, e quando nel decorso della medesima malattia, il pericolo si aggrava.

Alcuni casi speciali come fa riferimento il Can. 1005: " *nel dubbio se l'infermo abbia già raggiunto l'uso di ragione, se sia gravemente ammalato e se sia morto, questo sacramento sia amministrato*".

Il dubbio può vertere su un triplice fatto: sul raggiungimento dell'uso di ragione, sulla gravità della malattia e sulla morte effettiva o meno. In tutti e tre i casi, il sacramento deve essere amministrato, senza lasciare al sacerdote la facoltà di amministrarlo oppure no. La ragione adottata dai codificatori e che altrimenti nel dubbio quegli infermi potrebbero essere privati del sacramento. Se il sacerdote viene chiamato quando l'infermo è già morto e non sussistono dubbi, egli raccomandi il defunto al Signore,

[49] Cfr. **CONCILIO VATICANO II**, *Costituzione sulla sacra Liturgia "Sacrosanctum Concilium"*, in *Enchiridion Symbolorum definitionum et declarationum de rebus fidei et morum*, Ed. Dehoniane, Bologna 1995, 467.

perché gli conceda il perdono dei peccati e lo accolga nel suo regno, ma non gli dia l'unzione.

Si conferisce il sacramento a quegli infermi che, mentre erano in possesso delle proprie facoltà mentali, lo abbiano chiesto almeno implicitamente, perché il sacramento produca i suoi effetti è necessaria la intenzione di riceverlo da parte del soggetto, e tale intenzione si deve sempre presumere in un cattolico.

Non si conferisca l'unzione degli infermi a coloro che perseverano ostinatamente in un peccato grave manifesto, non si tratta di penalizzare, ma semplicemente dalla mancanza di un minimo delle disposizioni richieste per ricevere il sacramento.

5. I malati terminali nella pastorale parrocchiale

5.1 Il concetto di malattia terminale

L'espressione malattia terminale è del tutto insoddisfacente non solo sul piano linguistico ma anche su quello concettuale. Con più proprietà di linguaggio si dovrebbe parlare di malattia "in fase terminale" anche se questo lascerebbe in ogni caso quell'insoddisfacente aggettivo terminale divenuto oggi quasi un marchio con cui bollare i pazienti prossimi alla morte per di più aggravato dalle connotazioni psicologiche dell'idea di termine, cioè fine, evento ultimo, irrimediabile e ineluttabile.[50]

Nonostante tutto, però, tale aggettivo, appare meno sgradevole di quello più immediato che dovrebbe essere "malato morente" o "prossimo alla morte".

Il tabù linguistico che censura la morte e tutto quanto abbia a che vedere con essa ha invaso anche quest'ambito per cui tutti, a partire dagli operatori sanitari, trovano meno problematico continuare ad usare la dizione malato terminale per quanto imprecisa possa apparire.

Per fase terminale o malattia terminale s'intende una condizione patologica la cui presenza induce nella mente del medico, della famiglia e dello stesso paziente, una aspettativa di morte (a breve scadenza) come diretta conseguenza della malattia. Per paziente terminale si intende una

[50] Cfr. **S. LEONE – S. PRIVITERA**, Il significato della morte, Ed. Armando, Roma 1995, 87-104.

persona che, a breve scadenza, con molta probabilità morirà. Forse questa definizione potrà apparire aleatoria, probabilistica, poco rigorosa, in effetti l'incertezza del quadro patologico che comporta l'evoluzione di una malattia in fase terminale giustifica pienamente tale indeterminatezza.

D'altra parte tutti sanno come, alcune quantificazioni di prognosi, di fatto non si realizzano o per una insospettata reattività del paziente o, al contrario, perché la situazione precipita in rapporto a eventi imprevedibili.

Tuttavia il punto centrale di questa, o di altre definizioni, è che la malattia terminale o, per meglio dire, la fase terminale di una malattia, costituisce un periodo del tutto particolare nello spazio evolutivo di una patologia le cui principali caratteristiche, sono:

1) l'accertata inguaribilità della malattia;
2) la gravità della stessa;
3) la prospettiva di una morte più o meno imminente.

Queste caratteristiche fanno sì che si venga a realizzare una particolare condizione nel paziente, tanto da farne quasi una identità a se stante, che chiamiamo malato terminale. Tale tipologia è dominata essenzialmente da due fattori: la morte annunziata che si pone quindi come evento fisso, ineluttabile a cui ogni giorno che passa si avvicina e il progressivo decadere delle condizioni fisiche con la possibile insorgenza di varie e serie complicanze. Tutto questo comporta specifici problemi di ordine assistenziale, psicologico ed etico.

Il tipo di malattia, con cui più frequentemente ci si confronta, parlando di malati terminali, è costituito naturalmente dai tumori. Tuttavia vi sono altre patologie non meno gravi che comportano anch'esse una più o meno lunga fase terminale. Basti pensare all'AIDS, alla demenza di Alzheimer, alle ultime fasi degli ictus cerebrali, alle distrofie muscolari. Tra i problemi assistenziali che tutte, più o meno, comportano ricordiamo la necessità della

somministrazione di farmaci, la possibile insorgenza delle piaghe, le infezioni, il dolore (particolarmente acuto in alcuni casi). Quanto alle più specifiche manifestazioni patologiche, queste sono strettamente correlate al tipo di malattia da cui il paziente è affetto per cui non è possibile farne un elenco dettagliato rimandando per questo a pubblicazioni specifiche.[51]

5.2 Morire con dignità, un'assistenza completa

Il diritto alla vita si precisa nel malato terminale come diritto a morire in tutta serenità, con dignità umana e cristiana. Ancora, consapevole di non essere né il Signore della vita né il conquistatore della morte l'operatore sanitario, nella valutazione dei mezzi, deve fare le opportune scelte, cioè rapportarsi al paziente e lasciarsi determinare dalle sue reali condizioni. [52]

Comprendere che viene il momento nel quale un paziente non può più essere salvato dalla scienza medica, significa rispettare i limiti della sua realtà fisica, ma, allo stesso tempo, permettere alla persona di esprimere i suoi valori spirituali sulla vita e sulla morte e di perseguire pienamente la sua realizzazione.

È così che la cura del morente dà intervento di cura utilitaristico e meccanicistico può diventare preoccupazione globale della persona. Si può quindi affermare che la dignità della morte nasce da tre elementi: una

[51] Cfr. **R. BUCKMAN,** *Cosa dire? Dialogo con il malato grave,* Ed. Camilliane, Torino 1990, 27-39.

[52] Cfr. **PONTIFICIO CONSIGLIO DELLA PASTORALE PER GLI OPERATORI SANITARI**, *Carta degli Operatori Sanitari,* Libreria Editrice Vaticana, Città del Vaticano 1994, 14-21.

relazione emotivamente significativa con i familiari, gli amici, gli operatori professionali; un contesto nel quale il morente e le persone a lui care possono comunicare apertamente; un sistema di valori che permette al malato di dare un significato autentico alla sua situazione. Proprio per cercare di delineare le condizioni di una tale assistenza, si è elaborata una *Carta dei diritti del morente*, che prevede appunto il rispetto di esigenze fondamentali:

- Ho il diritto di essere trattato come un uomo vivente finché non sia morto;
- Ho diritto di conservare un senso di speranza qualunque cosa accada;
- Ho diritto di essere curato da coloro che possono conservare un senso di speranza qualunque cosa accada;
- Ho il diritto di esprimere a mio modo i miei sentimenti e le mie emozioni per l'avvicinarsi della mia morte;
- Ho il diritto di partecipare alle decisioni riguardanti la mia assistenza;
- Ho il diritto di attendermi continue attenzioni mediche ed infermieristiche finché l'obiettivo terapeutico non debba essere mutato nell'obiettivo del conforto;
- Ho il diritto di non morire da solo;
- Ho il diritto a risposte oneste alle mie domande;
- Ho il diritto a non essere ingannato;
- Ho il diritto di avere aiuto dalla e per la mia famiglia affinché sia accettata la mia morte;
- Ho il diritto di morire in pace e con dignità;

- Ho il diritto di conservare la mia identità e di non essere giudicato per le mie decisioni, anche se contrarie alle opinioni altrui;
- Ho il diritto di discutere ed approfondire le mie esperienze religiose e/o spirituali, indipendentemente da ciò che possono significare per gli altri;
- Ho il diritto al sacro rispetto del mio cadavere;
- Ho il diritto di essere preso in cura da persone sensibili, affettuose ed esperte, che siano disponibili a comprendere i miei bisogni e che traggano soddisfazione nell'aiutarmi di fronte alla morte.

Questa dignità del morire è allora il vero obiettivo terapeutico nell'ambito dell'assistenza al malato nella fase terminale della malattia, una fase che vedrà un progressivo e inarrestabile declino delle normali funzioni fisiologiche.[53]

L'attuale preparazione professionale del medico e degli operatori sanitari sembra dedicare esclusiva attenzione proprio a queste funzioni fisiologiche. È questa preparazione che può far assolutizzare l'espressione si diagnostica per guarire, si cura per guarire, si assiste per guarire, rischiando così di vedere la persona che non può guarire al di fuori dell'obiettivo terapeutico professionale. Di qui la necessità di chiarire il concetto di guarigione.

Infatti se guarire significa il totale recupero delle forze fisiche, è evidente che in questa prospettiva non si può allora parlare di guarigione

[53] Cfr. IBIDEM, 27-31.

per le persone anziane, per quelle affette da malattie croniche o a prognosi infausta, per quelle alle quali la guarigione impone mutilazioni.

Occorre porsi di fronte alla guarigione in una prospettiva più ampia di quella biofisica. Così per guarigione non si deve intendere solo il recupero fisico, ma quando non è più possibile, per guarigione si deve intendere anche la pacificazione psicologica , la forza interiore, il coraggio, la forza morale e spirituale, la capacità di non andare alla deriva anche se il corpo si sgretola.

Anche per il malato nella fase terminale della malattia, allora, si può parlare, almeno in senso lato, di guarigione. Sarà "guarito" se riuscirà ad affrontare con coraggio e con dignità l'ultimo atto della sua vita terrena. Lo sarà, se l'assistenza, nel senso più ampio della parola, lo avrà curato nel suo morire. Anche se non sempre questo obiettivo potrà essere integralmente perseguito – si può morire anche nella disperazione - , questa guarigione può costituire un obiettivo terapeutico sempre presente in tutte le situazioni assistenziali.

Nella ***Carta degli operatori sanitari*** si legge:

"*Quando le condizioni di salute si deteriorano in modo irreversibile e letale, l'uomo entra nello stadio terminale dell'esistenza terrena. Per lui il vivere si fa particolarmente e progressivamente precario e penoso. Al male e alla sofferenza fisica sopraggiunge il dramma psicologico e spirituale del distacco che il morire significa e comporta*".[54]

In questa fase di vita, quindi un'assistenza dignitosa della persona

[54]IBIDEM, 36.

umana che è alla fine della sua vita, è l'obiettivo fondamentale da perseguire. Questa assistenza richiede compassione, competenza professionale in uno staff di cura psicologicamente ed emotivamente competente. Questo è il compito primario che la parrocchia assume nei loro confronti.

Parlare degli aspetti sociali di questa assistenza significa primariamente evocare tre principi:

1. Il primo che il paziente nella fase terminale della malattia è una persona che deve essere aiutata ad affrontare un momento drammatico della sua vita, nella convinzione che la vita umana conserva integralmente il suo valore anche quando le condizioni fisiche tendono a deteriorarsi.

2. Il secondo principio è la formazione professionale degli operatori sanitari. Le facoltà mediche e i corsi di laurea in scienze infermieristiche (ma questo vale anche per le altre scuole per operatori professionali destinati ad operare in ambito sanitario) danno ancora oggi limitata importanza alla necessità di preparare i loro studenti ad un lavoro assistenziale a contatto quotidiano con la sofferenza umana e la morte.

3. Il terzo principio è che le stesse cure assistenziali e terapeutiche possono presentare degli aspetti ambivalenti. Ma, occorre ricordare, che già la domanda della scienza medica di fronte alla morte rimane segnata anch'essa dal limite.[55]

Il momento della morte ontologica sfugge alla scienza medica. Il medico può constatare – ma constatare post eventum – la morte attraverso dei parametri indiretti, anche quando gli strumenti sono dotati di estrema precisione e anche quando questi vanno a rilevare la cessazione del battito

[55] Cfr. IBIDEM, 40-41

cardiaco o l'assenza di onde elettroencefalografiche. La medicina è chiamata a rispettare la morte, oltre che ha constatarla, astenendosi da atti anticipativi o da accanimento ingiustificato, proprio perché la morte è momento solenne e profondo della persona, che compie la sua esperienza terrena e si rivolge ormai al momento intramontabile della trascendenza e dell'eternità.

5.3 L'attenzione socio-pastorale ai malati ricoverati

La pastorale della salute non si limita ai malati che vivono in parrocchia, ma abbraccia anche quelli che si trovano nell'ospedale o in una casa di riposo.

Mantenere il collegamento tra la comunità parrocchiale e il malato terminale degente in istituzioni sanitarie è una maniera molto significativa per manifestare la comunione ecclesiale, la carità e l'interesse della famiglia parrocchiale verso un membro che, per forza maggiore, si trova strappato e separato dal suo ambiente affinché non si senta emarginato, bensì ancora unito e oggetto della fraternità e cura pastorale dei fratelli di fede. Inoltre se nell'ambito della parrocchia esiste una istituzione di salute (ospedale, casa di riposo, ecc.), la comunità non la consideri un'isola né si disinteressi dei fratelli che vi sono ospiti. E' doveroso farsi presente come comunità cristiana, attenta ai bisogni di tutti i fratelli che si trovano nel suo territorio, cercando di concretare e coordinare una presenza e azione pastorale tra il centro e la parrocchia.

Questa presenza e azione pastorale della parrocchia, attraverso i suoi

agenti di pastorale degli infermi, nell'ospedale o centro di salute, non deve costituire un servizio pastorale di delega o di sostituzione dell'attività propria dei responsabili o agenti pastorali che esistono e operano nella stessa istituzione, ma un servizio al loro fianco con spirito di collaborazione e in vista di una fruttuosa pastorale d'insieme.

Occorre perciò studiare e formulare con il responsabile pastorale della istituzione (cappellano) o con il consiglio pastorale di essa le modalità di presenza e di collaborazione e le iniziative opportune. Favoriscono questa presenza e collaborazione pastorale della parrocchia nell'istituzione sanitaria, l'inserimento e la partecipazione del cappellano o di un responsabile agente pastorale nel consiglio pastorale della parrocchia o nella pastorale degli infermi di questa.[56]

È vero che possono sorgere difficoltà varie, specialmente da parte della organizzazione sanitaria, che non permette a volte l'accesso a persone che non siano i familiari del ricoverato o fuori dei tempi di visita. Le difficoltà possono essere superate mediante ricerca di contatti con i dirigenti, con la presentazione delle finalità degli agenti di pastorale, con l'adozione di carnets specifici, ecc., e soprattutto con l'esercizio rispettoso, discreto e generoso della cura pastorale nell'ambiente sanitario.

Innumerevoli sono i servizi che la comunità può svolgere sia verso le persone della parrocchia che si trovano in una istituzione sanitaria sia verso gli ospiti degenti in un centro di sanità dentro i confini parrocchiali.

- *Servizi nel campo liturgico - religioso*

- la preparazione immediata del degente o dei malati alla recezione

[56] Cfr.**V. GRANDI,** *Accanto ai malati della parrocchia. Linee di pastorale,* Ed. Camilliane, Torino 1992, 61-84.

dei vari sacramenti;

- la collaborazione offerta al sacerdote nell'amministrazione dei sacramenti, come ministri particolari, ecc.;
- la catechesi spicciola per illuminare, orientare e accompagnare i sofferenti nelle loro angustie;

.

- disporre e animare le celebrazioni liturgiche.

- *Servizi nel campo umano-sociale* possono essere:

- la visita fraterna e cordiale;
- offrire compagnia, ascolto e sollievo ai depressi;
- dedicare la propria opera nello svolgimento di pratiche burocratiche, nella soluzione di problemi, nella corrispondenza, ecc.;
- l'organizzazione di attività di passatempo e divertimento.

- *Servizi nel campo assistenziale* possono essere, a loro volta:

- aiutare a levarsi dal letto e provvedere alla pulizia personale;
- dare da mangiare nell'ora dei pasti;
- prestare assistenza nei casi concreti di necessità;
- accompagnare alle differenti unità o luoghi di esami, cure, ecc...,
- venire incontro alle necessità sanitarie con medicine, aiuti economici.

- *Servizio di supplenza* alla famiglia è spesso quello di sostituire i familiari impossibilitati:

- nella veglia notturna al malato grave;
- nell'ora dei pasti;
- nell'assistenza in momenti particolari.

Tutti questi servizi, spesso modesti eppure vitali, non invadono in genere il campo di competenze tecniche e professionali del personale della istituzione. Sono servizi che il personale sanitario spesso non può prestare per mancanza di tempo, per la burocrazia e per problemi di priorità. Tali servizi completano il lavoro tecnico-sanitario e sono preziosi per il benessere fisico, mentale e spirituale dei degenti.

Naturalmente la presenza e la prestazione di servizi nella istituzione sanitaria devono essere accompagnate da specifici atteggiamenti verso l'istituzione:

- mantenere una corretta relazione con le persone responsabili del reparto o che lavorano in esso;
- evitare ogni invadenza nell'attività professionale;
- consultare il responsabile del reparto e avvertirlo per qualsiasi difficoltà o problema che si presenti;
- offrire la propria collaborazione, specificando i servizi che si intendono svolgere;
- astenersi da ogni personale critica o denunzia circa l'attività del personale;
- in situazioni ingiuste non cercare di risolvere per conto proprio, ma trattare del caso con altri per accordare gli opportuni interventi.[57]

[57] *Cfr*. **A. PANGRAZZI**, *Creatività al servizio del malato*, Ed. Camilliane, Torino 1986[2], 68-91.

5.4 Il posto dei malati terminali

La predilezione di Gesù per gli infermi e afflitti, ai quali riservò i gesti più umani della sua bontà, i miracoli più grandi della sua potenza e l'assicurazione di un posto speciale nel suo regno: "*Beati gli afflitti, perché saranno consolati*" (*Mt* 5,4), costituisce ovviamente un modello per ogni comunità cristiana.

Se i malati e gli afflitti furono i prediletti di Gesù, i preferiti nella sua missione di Salvatore, tali devono essere per una comunità parrocchiale che vuole essere fedele a Cristo. Parimenti l'attenzione affettuosa della Chiesa ai sofferenti e bisognosi, attraverso i secoli, non solo costituisce una regola di condotta per ogni comunità, ma anche il campo privilegiato della sua pastorale e della sua testimonianza comunitaria.

C'è anzitutto il motivo teologico e stimolante dell'identificazione di Cristo nei sofferenti che avvalora questa preferenza.

Gesù ha voluto identificarsi particolarmente nel sofferente e nel bisognoso. Quando parla della sua identificazione con l'uomo, ama solidarizzare proprio con i più piccoli dei suoi fratelli e rendersi presente nei malati, nei deboli e nei poveri: "*Ogni volta che avete fatto qualcosa a uno di questi miei fratelli più piccoli, l'avete fatto a me; poiché ho avuto fame e mi avete dato da mangiare, ero nudo e mi avete vestito, forestiero e mi avete ricevuto, infermo e mi avete visitato*" (*Mt* 25,31-40).

Gesù consacra "sacramento" della sua presenza i sofferenti, i deboli e i poveri, nei quali vuole essere presente per renderli oggetto sacro, si può dire, di attenzione e di amore. Si identifica in essi perché i cristiani nella vita quotidiana abbiano a incontrarlo attraverso loro e servirlo con opere di misericordia per prepararsi al giudizio di Dio. Il vero culto gradito a Dio non si esprime unicamente nella Messa, nei sacramenti o riti particolari, ma

anche nel servizio che si presta a Dio servendo i malati e i poveri, come insegna san Paolo.[58]

Giustamente il Papa Giovanni Paolo Il chiama spesso i malati "*la porzione eletta, i tesori della comunità*"[59] oggetto "*della sua predilezione, affetto, comprensione e solidarietà*" [60] Per questo gli infermi e in particolare i malati terminali meritano veramente la predilezione da parte della comunità parrocchiale e la preferenza nella sua attività pastorale. Inoltre che i malati terminali e sofferenti meritino di essere l'oggetto preferenziale della pastorale parrocchiale lo esige la natura stessa della comunità e la sua stessa missione, la parrocchia in quanto Chiesa di Dio e per essere tale non può non essere pervasa dallo spirito di amore e di sollecitudine verso i fratelli che soffrono e non esprimerlo concretamente nel servizio o diakonìa verso i suoi membri più deboli. Soltanto in questo modo essa presenta l'autentico contrassegno della Chiesa di Cristo e della fedeltà al Signore e adempie al compito integrante della sua missione: la cura degli infermi.

Questa cura dei malati terminali o meglio la pastorale della salute "*deve essere assunta in prima persona*"[61], ossia in maniera preferenziale, dalla famiglia parrocchiale; non pertanto vista e considerata un'attività facoltativa o elettiva, ma un compito ineludibile del suo "essere" e da privilegiare nel suo "agire".

[58] Cfr. **SANDRIN - A. BRUSCO - G. POLICANTE**, *Capire e aiutare il malato*…, o.c., 142-163.

[59] **GIOVANNI PAOLO II**, Salvifici doloris…, o.c., 641.

[60] IBIDEM.

[61] IBIDEM.

Nell’attenzione e nel servizio ai suoi sofferenti la parrocchia deve essere in prima linea, farsi protagonista, costituirsi chiaro, trasparente e leggibile segno non solo della presenza ma anche della preferenza dell’amore di Cristo verso gli infermi.

L’opzione dei poveri è stata una scelta pastorale specifica della Chiesa in questi anni. Il convegno **Evangelizzazione e promozione umana,** ha evidenziato che l’impegno preferenziale della sua pastorale dev’essere questo: i poveri al centro, ossia questi non solo non devono essere dimenticati, ignorati, emarginati e disattesi, ma devono costituire l’oggetto privilegiato dei suoi servizi e della sua azione pastorale. Sappiamo che i malati terminali, gli anziani, i deboli sono i più poveri tra i poveri della parrocchia, perché sono esseri che soffrono fisicamente e spiritualmente, a volte emarginati e completamente alla mercé degli altri. Non possono perciò non costituire l’oggetto di una attenzione preferenziale della pastorale parrocchiale.

L’opzione per questi poveri, ossia per i malati e i deboli, si realizza con una pastorale degli infermi adattata nel tempo, incarnata nella storia e concretamente resa operativa in un luogo, in un contesto reale, geografico e sociale.

La parrocchia abbraccia un ambito socioculturale definito, un territorio e un’area specifica per attuare questa opzione e questa pastorale non astratte e lontane, bensì concrete e attuali nel tempo e nello spazio. La pastorale degli infermi può avere pianificazione a carattere nazionale e diocesano, secondo le indicazioni magisteriali dei vescovi. In realtà essa diventa reale opzione e pastorale operativa solo nella misura in cui è accolta, ripensata e resa attuale nell’ambito della comunità parrocchiale. Infatti la territorialità crea vicinato, convivenza, comunità ed è li che s’incontra l’uomo concreto nella sua storia e nella sua situazione d’infermità e di bisogno.

Lì c'è il "luogo teologico", il luogo pastorale specifico per incontrare i destinatari privilegiati delle sollecitudini della comunità cristiana e per realizzare un servizio concreto.[62]

Particolarmente il mondo dei malati terminali nelle case private reclama l'impegno pastorale e preferenziale della parrocchia, poiché a causa della malattia e della sofferenza sono messe a dura prova non solo la loro fiducia nella vita, ma anche la loro stessa fede in Dio e nel suo amore di Padre.

Inoltre in genere la loro situazione è dolorosa per diverse cause:

- abbandono sociale in cui giacciono perché lo Stato e la società non li assistono;
- disagi particolari e molteplici: economia, abitazione, ecc.;
- emarginazione fisica e morale che li colpisce in quanto sono considerati e si sentono inutili e di peso;
- solitudine tremenda a cui sono condannati.

Di fronte a questa dolorosa realtà di fratelli che soffrono, la comunità parrocchiale non può permettersi di passare oltre (come il sacerdote e il levita della parabola del buon samaritano - *Lc* 10,30-37), ossia disinteressarsi e stare con le braccia incrociate.[63]

Proprio lì dove c'è un fratello che soffre e necessita di aiuto, di sostegno, di conforto, di compagnia, deve essere presente la comunità dei fratelli di fede, di speranza e di carità. Proprio lì deve convergere di preferenza l'azione pastorale della parrocchia per realizzare quella solidarietà, quella comunione e quella condivisione che sono il distintivo

[62] Cfr. **GIOVANNI PAOLO II**, *Esortazione apostolica. Christifideles laici*,… o.c., 1282.

[63] Cfr. IBIDEM, 1284.

proprio di una comunità di credenti in Cristo.

Gesù Cristo non si è accontentato di aver cura degli infermi e bisognosi del luogo o villaggio in cui si trovava, ma affidò alla responsabilità dei suoi fedeli discepoli tutti i malati che avrebbero incontrato: "*Abbiate cura degli infermi che si trovano in quella città o paese*" (*Lc* 10,9); "*infatti i poveri li avete sempre con voi*" (*Mt* 26,11). E dunque "*una responsabilità che la comunità cristiana riceve dal Signore nei riguardi dei malati e della loro assistenza offrendo loro ogni aiuto e conforto*".[64]

Una comunità parrocchiale che funzionasse perfettamente nel suo ordinamento di culto e di amministrazione, per la dotazione di organismi canonici e per l'abbondanza di risorse materiali e di strutture parrocchiali, ma non abbracciasse la cura pastorale dei suoi malati sarebbe una comunità cristiana non meritevole di tal nome, poiché ometterebbe l'adempimento di un preciso compito pastorale.

5.5 L'opera di sensibilizzazione e integrazione

La pastorale degli infermi nella parrocchia esige che si prenda a cuore un'instaurazione di uno specifico programma di attività. Ma questa non sarà possibile senza sensibilizzare o ancor meglio coscientizzare la comunità al mondo dei malati terminali. Anche i fedeli cattolici sono portati a nutrire quell'apatia o indifferenza verso la sofferenza e miseria altrui che si respira nella società civile, la quale cerca di allontanarsi e di troncare ogni forma di

[64] **C.E.I.,** *La Pastorale della salute nella Chiesa Italiana…*, o.c., 1529.

relazioni concrete con il dolore, la malattia e la miseria. Nella società di oggi non c'è posto per la compassione ossia il soffrire con chi soffre suggerito da san Paolo. Ma questo non deve succedere nella comunità dei seguaci di Cristo come lo è la parrocchia.

Perciò impegno urgente e prioritario è sensibilizzare la comunità parrocchiale al problema dei suoi infermi e alla responsabilità che tutti hanno di attivare, fomentare e sostenere un adeguata e partecipata pastorale degli infermi. Senza sensibilizzazione non è possibile instaurare un'efficace e attiva pastorale a beneficio dei malati terminali. Si comincia curando il mondo delle idee. Non si può abbracciare ciò che non si conosce né impegnarsi in esso. Soltanto la conoscenza e le idee danno la spinta e il sostegno all'agire.

La Nota CEI riguardante "La pastorale della salute nella Chiesa italiana" parla di una "*priorità dell'evangelizzazione e della catechesi* - e precisa che - *la preoccupazione della comunità ecclesiale per il settore della sanità e dell'assistenza deve tradursi in progetti di catechesi e di formazione"*.[65] Quindi è tutto un lavoro di sensibilizzazione e di educazione pastorale dei sani che la Nota CEI addita alle comunità cristiane locali come impegno urgente e prioritario e i frutti non mancheranno. Vediamo questo lavoro e i suoi frutti.

- Una presentazione chiara e solida dell'importanza della pastorale della salute in parrocchia alla luce:

- della particolare attenzione di Cristo per gli infermi e i più abbandonati;
- della eloquente e tradizionale cura della Chiesa attraverso i secoli per

[65] IBIDEM, 1530

i malati e disabili della comunità;

- dell'invito del Papa "*alla ripresa e rilancio deciso e alla valorizzazione e arricchimento di un'azione pastorale per e con i malati e i sofferenti*" [66] conduce a considerarla un ministero evangelico ed ecclesiale e a valorizzarla sinceramente.

- È indispensabile una catechesi appropriata sulla natura della comunità parrocchiale in quanto:

- deve realizzare nel suo territorio la missione di Cristo, attento e sollecito verso le miserie umane, fisiche, morali, ecc.;
- è "segno" dell'amore di Dio per l'uomo nella preferenza per i malati;
- vive la comunione attraverso la solidarietà e compartecipazione verso i suoi sofferenti e bisognosi;
- attua la sua dimensione essenziale di amore fraterno con l'interessamento e l'attenzione ai problemi dei fratelli in necessità;
- testimonia la realtà dell'assemblea eucaristica con la condivisione e il servizio di carità;
- riconosce come esigenza della sua fede l'esercizio della carità e della cura ai fratelli che soffrono.

Tale catechesi non può non risvegliare un desiderio di:

- continuare la missione di Cristo;
- vivere concretamente la comunione e la fraternità con atteggiamenti e gesti di solidarietà e condivisione;
- prolungare l'assemblea eucaristica mettendosi a disposizione degli altri.

[66] **GIOVANNI PAOLO II**, Esortazione apostolica. Christifideles laici…, o.c., 1305.

Anzi apparirà chiaro ed evidente il dovere della comunità di farsi carico dei suoi malati e di promuovere una pastorale degli infermi che sia segno e testimonianza della ricchezza e vitalità autentica della fede e carità che la qualificano.

- Si aggiunga un lavoro di educazione della comunità*:*

- sul significato teologico della presenza degli infermi in mezzo alla comunità come sacramento della presenza di Cristo;
- sul posto privilegiato che hanno diritto di occupare tra gli altri fedeli;
- sulla preziosa missione che possono compiere nella comunità e per la comunità con la propria sofferenza unita a quella di Cristo;
- sulla ricchezza di valori umani, morali e religiosi che possono testimoniare, offrire e trasmettere.

Tale educazione rivelerà l'importanza e il motivo di un impegno pastorale che porti a:

- accettare i fratelli che soffrono nella loro qualità di "icone di Dio";
- considerarli ad ogni effetto membri privilegiati;
- farli oggetto e soggetto di un'azione pastorale di promozione umana e cristiana;
- inserirli in un ruolo che valorizzi il loro tempo, le loro esperienze e le loro energie e dia vita ai loro anni.

- Si valorizzi in maniera particolare la celebrazione eucaristica domenicale in quanto è specificamente:

- il mistero della carità e del dono totale di Cristo agli uomini;
- un invito a entrare con Cristo, che si sacrifica e si dona a tutti, nella logica del dono di sé agli altri;
- la fonte della crescita e dello sviluppo della carità, condividendo l'unico pane e attorno all'unica mensa;

- il segno e l’espressione, attraverso segni e gesti visibili e concreti, del servizio reciproco che i fedeli devono avere gli uni per gli altri;
- la sorgente di un impegno preciso della comunità a testimoniare visibilmente e nelle opere verso chi soffre quell’amore che celebra e accoglie nella fede;
- il luogo e il momento privilegiato per evangelizzare e formare alla carità fraterna e alla pastorale della salute.

La presentazione catechetica di tutti questi temi e la valorizzazione specifica della celebrazione eucaristica senza dubbio possono promuovere:

- una mentalità nuova nei confronti degli infermi della parrocchia;
- una sensibilità comunitaria non in modo emotivo, superficiale e temporaneo, bensì come frutto di riflessione e di convinzione per la visione della fede;
- un esame serio della realtà concreta in cui vivono i malati nelle case, della loro situazione individuale, delle loro necessità generali e particolari nell’ambito religioso, sanitario, economico e sociale;
- una presa di coscienza delle forme di abbandono, emarginazione e solitudine in cui possono trovarsi;
  - la disponibilità di molti fedeli alla collaborazione e all’aiuto per le necessità concrete emerse o che emergono;
  - un’apertura nei giovani della parrocchia al contatto e incontro con coloro che soffrono e alla collaborazione generosa;
  - una mobilitazione per adottare quelle iniziative e attività che aiutano, incoraggiano e sorreggono gli infermi a superare il loro stato e situazione o a vivere la loro infermità e i loro anni come occasione e mezzo per essere utili ai fratelli e a se stessi.

- La opportunità e i mezzi per creare la mentalità e la sensibilità suddette non mancano nella parrocchia. Occorre utilizzarli e moltiplicarli. Sono

mezzi e occasioni:

- la giornata dei malati in parrocchia;
- la messa mensile per gli infermi e anziani;
- la celebrazione pubblica e collettiva dell'unzione degli infermi;
- i tempi forti dell'Avvento e della Quaresima per proposte e tappe d'impegno specifiche;
- la predicazione e catechesi ordinarie nel corso dell'anno liturgico, approfittando degli spunti che offre la liturgia o il mistero religioso che si celebra;
- i ritiri spirituali, le convivenze, i momenti di riflessione, ecc.;

La comunità cristiana non vive la comunione fraterna se non integra gli infermi nella parrocchia come membri attivi a pieno diritto. [67]

Essi non sono soltanto oggetto della pastorale, ma possono essere anche soggetto di essa con una collaborazione attiva.

"*Uno dei fondamentali obiettivi dell'azione pastorale... è di considerare il malato, il portatore di handicap, il sofferente non semplicemente come termine dell'amore e del servizio della Chiesa, bensì come soggetto attivo e responsabile dell'opera di evangelizzazione e di salvezza*". [68]

Quest'azione consiste anzitutto nel far risuonare, all'interno della società che ha smarrito il senso del soffrire umano, la buona novella che il

[67] Cfr. **A. ALFIERO - F. DI GIANDOMENICO,** I s*offerenti: profezia pastorale nella comunità cristiana,* Ed. Centro Volontario della Sofferenza, Roma 2002, 54-71.

[68] **C.E.I.,** *La Pastorale della salute nella Chiesa Italiana*…, o.c., 1547.

soffrire può avere anche un significato positivo per l'uomo e per la società stessa e una forza di santificazione e di edificazione della Chiesa e della comunità locale.

Questa buona novella, che gli ammalati possono annunciare, passa attraverso la testimonianza della loro vita, la loro viva partecipazione al mistero pasquale di Cristo e la loro offerta a Dio delle sofferenze che affrettano l'avvento del regno di Dio.

La comunità parrocchiale deve valorizzare questo prezioso contributo pastorale, motivando e incanalando a beneficio comune della comunità le preghiere, le lacrime e le sofferenze dei malati. Queste, per la Comunione dei Santi, sono le armi della Chiesa per le vittorie più belle e più vere e costituiscono la "cassa comune" della comunità per la conversione dei peccatori, la santificazione dei buoni, la fioritura di vocazioni e la perseveranza dei chiamati.

In particolare gli infermi, soprattutto gli anziani, "*sono mandati* - dice il Papa - *dal Signore come operai nella sua vigna, che affatica le membra del corpo e scuote la serenità dell'anima, lungi dal distoglierli dal lavorare nella vigna, li chiama a vivere la loro vocazione umana e cristiana e a partecipare alla crescita del regno di Dio in modalità nuove, anche più preziose*" [69]. Essi diventano soggetti attivi e responsabili della pastorale con il loro inserimento nelle varie iniziative e attività apostoliche della parrocchia.

Spetta alla parrocchia tener presente quanto i malati e anziani possono offrire nelle varie branche o settori dell'attività pastorale, nella quale è dato

[69] Cfr. **C.E.I.,** *La Pastorale della salute nella Chiesa Italiana*…, o.c., 1551.

loro inserirsi, integrarsi e disimpegnare un ruolo attivo e responsabile, consono alla loro condizione ed età.

Veramente non è facile questo inserimento e integrazione. Negli infermi, come pure negli anziani, predominano atteggiamenti di chiusura egoistica, di scoraggiamento, di depressione e di apatia. Nulla più li interessa, vedendosi crollare attorno molti valori (salute, lavoro, possibilità fisiche, ecc.), in cui avevano creduto e per cui avevano vissuto. Sperimentano la propria inutilità e un'insicurezza fisica, sociale e affettiva fino a perdere la voglia di vivere. Per fuggire a questa realtà dolorosa sono portati a isolarsi, a rintanarsi, ad assumere un comportamento di dipendenza dagli altri in tutto e a cercare compensazioni, come il mangiare, il bere, l'avarizia stessa, ecc.

È importante che la comunità si faccia protagonista di un'azione pastorale che li solleciti, li educhi e li aiuti per ottenere:

- una reazione ai sentimenti e atteggiamenti suddetti;
- un'accettazione dell'infermità e della vecchiaia non come tempo di parcheggio e di inutilità, bensì di residue risorse e capacità per svolgere ancora un ruolo a beneficio degli altri;
- una scoperta della missione che possono compiere del contributo che ancora possono dare alla Chiesa e alla società.

Un'opportuna azione pastorale, soprattutto il sostegno umano, spirituale e morale offerto loro, come "termine dell'amore e del servizio della Chiesa", potrà farli uscire dall'isolamento spirituale e fisico in cui si trovano perché valorizzino il loro tempo, energie, speranze ed esperienze. [70]

[70] Cfr. **A. PANGRAZZI,** *Creatività al servizio del malato…*, o.c, *72-94.*

In particolare quelli della terza età per l’esperienza che possiedono e il tempo di cui dispongono, sì incontrano in favorevoli circostanze per prestare servizi speciali di apostolato e di pastorale. Si tratta di aiutarli a scoprire e riconoscere il patrimonio di valori ancora vitali che portano in sé e che sono preziosi per la comunità, se sono messi a sua disposizione.

Chi è nella terza età o disabile non è un essere finito, inutile, a riposo completo, ma è un uomo che, avendo vissuto di più, vive con una grande ricchezza di esperienze e competenze e con la libertà da impegni, senza assillo di orari, di guadagno ecc. Ciò lo rende disponibile e capace per - svolgere un grande numero di compiti, di servizi e di attività.

Questa disponibilità e abilità nello svolgere le attività più diverse e rispondere a certi bisogni ed esigenze della comunità con la consapevolezza di poter essere utile avrà come frutti*:*

- la valorizzazione della terza età come periodo umanamente e spiritualmente fecondo dell’esistenza umana;
- la scoperta e la trasfusione di un’energia insospettata e, si può dire, di una nuova giovinezza;
- la realizzazione sempre più gratificante della persona, che non pretende servizi, ma cerca di essere utile a sé e agli altri nelle forme e nei modi confacenti all’età e alla condizione.

Quello che soprattutto giova presentare, sollecitare e promuovere nei sofferenti o anziani è il dono di sé, mettendosi a servizio degli altri e offrendo prestazioni non retribuite, ma gratuite, che sono di grande beneficio sia per chi le fa sia per chi le riceve.

Si tratta di interessarli e coinvolgerli nella vita e nella dinamica pastorale della parrocchia per ottenere una partecipazione e un inserimento

attivo nei suoi organismi pastorali, nelle attività e iniziative specifiche e nei ministeri ecclesiali, quali catechisti, ministri straordinari dell'Eucaristia, ecc., sottolineando il bisogno del loro aiuto competente e prezioso.

La pastorale degli infermi in parrocchia è un campo molto indicato e attinente alla loro condizione.

È bene coinvolgerli affinché condividano i problemi particolari dei loro coetanei per età e condizione di salute e possano dare il meglio di sé, offrendo un servizio indiscutibilmente prezioso e proficuo, perché il rapporto umano che si instaura è più consono all'età e alla situazione di vita e quindi più utile agli altri.

Gli stessi infermi dovrebbero essere gli animatori del mondo della sofferenza e i primi agenti della pastorale degli infermi, collaborando con il personale sanitario, combattendo lo scoraggiamento e l'egoismo, partecipando e integrandosi nei gruppi di azione e di apostolato e nelle associazioni dei malati per dare e per ricevere.

Sono molteplici le forme di presenza e di attività che i malati e quelli della terza età possono svolgere nell'ambito della pastorale degli infermi in parrocchia:

- partecipazione e collaborazione al gruppo pastorale degli infermi;
- visite ai fratelli in fase terminale;
- azione di sostegno e di compagnia a persone sole;
- promozione della fraternità tra i malati e quelli della terza età con forme di associazioni o di gruppi;
- sviluppo di iniziative varie di carattere religioso, culturale, sociale, ricreativo, ecc.;
- organizzazione di incontri, di feste, di celebrazioni, ecc. [71]

[71]Cfr. **C.E.I.,** Direttorio di Pastorale Familiare…, o.c., 112-116.

Considerazione conclusive

Il presente lavoro di ricerca ha voluto evidenziare alcuni aspetti che caratterizzano il rapporto uomo-morte, particolarmente nella cultura contemporanea dove sembra difficile confrontarsi con la malattia e la morte.

La società contemporanea, caratterizzata dal benessere e dall'efficentismo, ha paura di parlare della morte perché il nostro incoscio non accetta l'idea di soffrire e di morire anche se costituiscono fatti intrinseci alla stessa struttura ontologica dell'esistenza.

Ci è sembrato opportuno, quindi, oltre a mettere in evidenza la scelta stessa di questi eventi, esaminare questo aspetto alla luce della fede cristiana. È l'evento Gesù Cristo il solo evento capace di offrire speranza per il futuro dell'uomo oltre la morte, la quale viene così ad assumere un significato qualitativamente nuovo e diverso che giustifica la speranza nell'aldilà della storia.

Sono stati presentati, quindi, alcuni contenuti della teologia cristiana della morte che non può giungere all'uomo se non attraverso autentici percorsi di annuncio e di servizio.

E nello stesso tempo si è voluto mettere in luce l'insegnamento sociale della Chiesa assieme alla stessa normativa codiciale canonica al fine di rimettere al centro il tema della speranza cristiana, secondo l'insegnamento del magistero, per condurre i credenti alla piena maturità della fede.

Ci siamo proposti, anche, ad offrire delle linee pastorali su come la comunità cristiana è chiamata a vivere la carità e la missione di Cristo nei confronti dei morenti, che continuano nella loro persona la passione di Gesù. Sono state riportate, quindi, alcune indicazioni pastorali del Magistero, particolarmente quelle offerte dall'attuale pontefice Giovanni

Paolo II° e della CEI. E non è stata trascurata l'attenzione da dare anche ai malati terminali.

Assieme all'aspetto teologico e dottrinale, il presente contributo ha voluto richiamare l'attenzione che la parrocchia deve dare alla pastorale degli infermi secondo le indicazioni magisteriali dei vescovi. Essa diventa reale opzione e pastorale operativa solo nella misura in cui è accolta, ripensata e resa attuale nell'ambito della comunità parrocchiale. Lì c'è il "luogo teologico" e pastorale specifico per incontrare i destinatari delle sollecitudini delle nostre comunità cristiane, "la porzione eletta, i tesori della comunità", e per realizzare un servizio concreto.

Risulta da ciò, quindi, che la pastorale della salute deve essere assunta in prima persona, ossia in maniera preferenziale, dalla famiglia parrocchiale. E ciò deve tradursi in progetti di catechesi e di formazione.

In ultimo, abbiamo messo in risalto che gli ammalati con la loro viva partecipazione al Mistero Pasquale di Cristo e la loro offerta a Dio della sofferenza contribuiscono all'avvento del regno di Dio.

Ne risulta che la testimonianza della loro vita arricchisce la vita stessa della Chiesa.

Un lavoro, dunque, che mette in luce il dono ricevuto da questi nostri fratelli e un compito e una missione per noi come priorità dell'evangelizzazione e della catechesi.

Riguardo, quindi, alla "dignità degli ultimi giorni" assai utile ed illuminante è risultato l'insegnamento sociale della Chiesa per la crescita e maturazione della comunità ecclesiale.