

Spiritualità di fine vita: **etica sanitaria** e secolarizzazione

Simone Cigni



**Medico Chirurgo,
Specialista in
Ortopedia e
Traumatologia, AO
San Paolo, Polo
Universitario.
Milano**

L'ambito ospedaliero è frequentemente il luogo elettivo in cui l'essere umano si trova impietosamente posto di fronte all'aspetto escatologico del proprio percorso di vita. Sia nel caso di coinvolgimento indiretto (curante) che diretto (curato), vi è una necessità di dare e darsi risposte, siano esse di tipo propositivo (in senso positivo o negativo) o più sbrigativamente di carattere agnostico.

Medico e paziente si fronteggiano nell'atto finale della "commedia" della vita con schermaglie indefinibili, spesso involontariamente precodificate ma dense di sottintesi. Da parte del personale sanitario, ponte e tramite verso le richieste dell'uomo sofferente, è sempre necessario acquisire una visione ontologica che permetta di porsi di fronte al mistero dell'esistenza umana in quanto tale.

Una volta che ne sia stata definita ed apprezzata nella sua complessità l'essenza vitale (e considerato il dono della vita come bene supremo e inviolabile) sorge, infatti, la necessità di definire l'ambito entro il quale la stessa si svolge, collocandola, in una visione cristiana, in uno sfondo che non può che essere quello della biblica storia della salvezza, traslato dal piano generale e storico a quello singolo, specifico e personale dove l'aspetto teleologico sorpassa la pura speculazione.

La psiche del paziente ha dunque bisogno, in un'ottica già riconducibile al pensiero di Kant e Schelling, di collocare spazialmente e temporalmente gli ambiti del viaggio della propria esistenza (origine, percorso e mèta). Paziente e medico si fronteggiano dunque "occhio a occhio", proprio come Adamo si pose nei confronti di Eva, posti davanti ai si-

gnificati e ai significanti stessi del vivere, di cui la morte è parte fondamentale quale elemento conclusivo e riassuntivo.

Il primo, pur di fronte al limite della propria finitezza, resta una persona in tutto e per tutto, avendo sempre e comunque il diritto ad essere curato in una prospettiva che integri la ricerca della salute fisica con quella più propriamente spirituale.

Purtroppo il concetto di curare il malato in se stesso e non la malattia come definita dall'obiettività clinica caratterizzante, già tipico delle culture orientali, e poi traslato nella latinità pur con aspetti sicuramente più pragmatici, risulta molto spesso misconosciuto e quindi inutilizzato nella pratica quotidiana. La spinta secolarizzante e relativistica ha ristretto sempre più, infatti, la visione spirituale fino a ridurla quasi all'impotenza.

Così, colui il quale necessita di risposte e di assistenza, proprio nel momento di maggior inquietudine, si vede negato il riconoscimento della completezza personale (in cui corpo, anima e spirito si compenetrano) e rimane intrappolato in una visione del tutto materiale del suo esistere, dove la cura dell'aspetto più propriamente immateriale della persona è non solo esclusa a priori, ma frequente fonte di derisione. Tale processo di deprivazione spezza, provocando ferite laceranti, il dualismo platonico tra anima e corpo, annientando la prima e costituendo la cura del secondo come fonte sufficiente di ogni appagamento; da qui alla frantumazione di una visione eterna e strettamente personale dell'esistenza in relazione all'amore divino o a possibili e pericolose derive panteistiche e sincretiste, così frequenti

nella società odierna, il passo è breve. La conoscenza e lo studio dell'essere umano possono assumere dunque aspetti puramente e strettamente epistemologici nel senso più deleterio del termine: tutto ciò che non è dimostrabile palpabilmente è negato o ritenuto non degno o non passibile di indagine. Non sarebbe peraltro difficile verificare empiricamente come la nostra vita sia ricolma di aspetti spirituali che non possono ridursi a mere formule matematiche. A queste condizioni dovremmo infatti negare, per fare un semplice esempio, l'esistenza di ogni tipo di sentimento o di esperienza ad esso collegata. La scienza, purtroppo o per fortuna, è del tutto insufficiente a spiegare la complessa realtà dell'esistenza. Il malato grave che le si affida in modo acritico e del tutto esclusivo (peggio ancora se si riduce il tutto al mero scientismo) ne sperimenta la finitezza e ne vive il fallimento sull'orizzonte eterno; infatti ciò che dell'uomo è analizzabile o scientificamente indagabile non è tutto e non basta certo ad esaurire o descriverne compiutamente la complessità. È allora intuibile la creazione di uno iato attraverso cui cadono le necessità quotidiane senza trovare una risposta in grado di dare speranza e intima guarigione. Ciò è facilmente percepito ogni volta che si altera il sottile equilibrio che mantiene l'omeostasi; «la malattia, il dolore, la morte in sé non hanno senso... occorre saper dare loro un senso»¹, proprio per non vanificare l'avventura della vita riducendola al lento consumarsi di particelle elementari prive di finalismo e incapaci di proiettarsi oltre la barriera del tempo. Ad aggravare tale situazione concorre il fatto che il malato è spesso solo ed isolato nel silenzio; chi gli sta intorno non pone domande, né sa o vuole rispondere alle questioni che lui stesso vorrebbe porre. Come ricordava il Concilio Vaticano II, «in faccia alla morte l'enigma della condizione

La scienza, purtroppo o per fortuna, è del tutto insufficiente a spiegare la complessa realtà dell'esistenza

umana raggiunge il culmine. L'uomo non è tormentato solo dalla sofferenza... ma anche, ed anzi più ancora, dal timore di una distruzione definitiva [...]; 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 utilissimi, non riescono a calmare le ansietà dell'uomo: il prolungamento di vita che procura la biologia non può soddisfare quel desiderio di vita ulteriore, invincibilmente ancorato nel suo cuore [...]; la Chiesa [...] afferma che l'uomo è stato creato da Dio per un fine di felicità oltre i confini delle miserie terrene [...]; pertanto la fede [...] dà una risposta alle sue ansietà circa la sorte futura»².

Infatti, «quando si spegne una vita [...] non si deve vedere in ciò soltanto un fatto biologico che si esaurisce [...] bensì una nuova nascita e un'esistenza rinnovata offerta dal

Risorto a chi non si è volutamente opposto al suo amore»³; «la morte è [...] momento decisivo per il destino dell'uomo, fine irrevocabile della sua esistenza terrena [...]; essa è anche passaggio: l'uomo abbandona il modo di esistere corporeo [...] per una modalità di esistenza nella quale si attua il pieno predominio dello spirito»: in questo ambito «la ricerca di un senso, del perdono, della speranza e dell'amore sono le più comuni necessità spirituali del morente»⁴, che vede come un obiettivo primario l'affrontare il «passaggio» nella pace interiore con Dio⁵. Diviene dunque certamente preponderante la cura dell'anima su quella del corpo (Mt 10,28), sentita intimamente come necessaria e irrinunciabile sulla base del desiderio di eternità insito nell'uomo (1Cor 15,50).

È evidente quindi come «l'aiuto spirituale al morente vada garantito come risposta a un suo bisogno fondamentale, come risposta a un diritto che non si può disattendere»¹; «come ci si prende cura del corpo e della psiche, così ci si deve prendere cura dello

spirito»⁶ (Mt 16,26), nell'ottica del miglioramento complessivo delle cure, sia per quel che riguarda il paziente, in primo luogo, che il personale sanitario o gli stessi familiari che condividono le sofferenze del momento^{7,8}. È allora presupposto irrinunciabile dell'agire sanitario la necessità di prevedere e gestire consapevolmente il supporto spirituale (in ambito ospedaliero, ma spesso anche domiciliare), in precipua comunanza di intenti con il presbitero addetto, in un momento in cui, come dice la liturgia dei defunti, la vita «*mutatur, non tollitur*».

Il già ricordato Concilio Vaticano II aveva esortato tutti i cristiani a «sforzarsi di compiere fedelmente i propri doveri terreni, facendosi guidare dallo spirito del Vangelo»²: tra questi rientra certamente l'assistenza di cui sopra; infatti, «[...] la pastorale sanitaria, non è qualcosa a sé stante, di separato, di surrogatorio e di sopravveniente rispetto all'assistenza al malato in generale. Ne è parte integrante nei confronti di tutti i malati...»⁹; dunque, «vi è una necessaria interazione tra esercizio della professione medica ed azione pastorale, poiché unico oggetto di entrambe è l'uomo, colto nella sua dignità di figlio di Dio»¹⁰.

Primum movens della suddetta azione pastorale resta il *kérygma*: «Gesù è venuto a guarire l'uomo tutto intero, anima e corpo; è il medico di cui i malati hanno bisogno»¹¹. L'annuncio della Salvezza (di corpo e anima), integrato nella quotidianità del gesto medico deve sempre essere proposto, nell'interesse del malato e con l'ottica di «evangelizzare la morte»¹², considerando senza tema di scoraggiamento che «[...] il bisogno di amore è universale, anche per coloro che per qualche motivo [...] sembrano non rispondere all'amore che viene loro manifestato»¹³. Premessa di tale possibilità è la presenza e la radicalità di un'etica ed una morale cattolica in colui che si occupa dell'annuncio: «l'insegnamento della morale e dei codici deontologici deve [...] rappresentare una parte integrante della formazione del personale»¹⁴. Non è da sottovalutare, infatti, la frequente impreparazione del personale sanitario in ambito spirituale, proprio laddove tale re-

quisito risulta essenziale nell'assicurare la completezza dell'assistenza^{15,16}.

Il *kérygma* deve necessariamente essere, per essere credibile, *parresiastico*, travolgendo ogni condizionamento (Mt 10,27). Ciò mette in conto, pur prescindendone, la possibilità di reazioni di malcelata derisione, minimizzazione, fastidio e persino compatimento. Controbattere tale stato di fatto (curiosamente così deciso ed automatico, in particolare riguardo all'annuncio di fede), fomentato dai mass-media e da chi può avere interesse, per i più svariati motivi, a contrastare l'azione pastorale, è necessaria la fede nella propria fede, avendo cura di avere abbandonato la farisaica gestione esteriore della propria spiritualità (particolarmente insopportabile proprio laddove l'uomo richieda quel «*quid*» che lo sollevi dalle sofferenze).

Fondamentali strumenti di supporto e salvezza che la Sacra Bibbia indica, in riferimento sia al curante che al curato, risultano essere «la preghiera e l'affidamento a Dio (che) sono di grande aiuto e dispongono il morente al grande incontro con Lui»⁶ e sui quali si fonda l'intera azione pastorale (Mt 6,6).

Compiti precipui sono poi affidati ai sacerdoti incaricati in ambito ospedaliero e ai diaconi o ai laici che possano con loro collaborare in specifiche situazioni. Infatti, se tutto il personale sanitario ha il diritto e soprattutto il dovere di assistere spiritualmente il malato, dato che «l'assistenza spirituale può essere data da chiunque abbia maturato in sé un senso di umanità e responsabilità tale da consentirgli di prendersi cura, a livello spirituale, di un proprio simile»¹, proprio l'aiuto dei presbiteri completa in modo decisivo gli orizzonti dell'agire spirituale facendo in modo che intervento medico e presbiteriale si compenetrino¹⁶: «non è superfluo [...] insistere perché almeno gli ospedali cattolici e il personale sanitario cattolico lascino il debito spazio al cappellano, sia per quanto riguarda la sua partecipazione alle decisioni dell'equipe sanitaria sia per quanto riguarda i suoi rapporti col malato»¹⁴.

Tale intervento permette di proporre e somministrare «i sacramenti della penitenza, dell'eucaristia e dell'unzione degli infermi (che) sono il momento centrale della pastorale sanitaria [...]»; l'operatore di pastorale sanitaria è mediatore di questi straordinari strumenti di grazia: può spingere il morente alla vera conversione del cuore; può nutrirlo della carne e del sangue di Cristo; può sostenerlo con l'unzione degli infermi...»⁹; «[...] a livello spirituale tocca alla comunità ecclesiale mettere a frutto i grandi tesori che possiede e che sta riscoprendo con forza [...] è urgente risvegliare nei cuori la consapevolezza della potenza di questi sacramenti»¹⁷ con l'obiettivo di una vera e propria *metanoia*, la quale trova terreno fertile se proposta nel particolare momento di bisogno fisico e spirituale del ricoverato. In particolare l'unzione degli infermi, oggi così trascurata e negletta, riveste un valore essenziale: «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» (Gc 5,14-15) recita la Bibbia e lo stesso catechismo della Chiesa Cattolica insiste affinché «i fedeli incoraggino i malati a ricorrere al sacerdote per ricevere tale sacramento»¹⁸. «Il sacramento dell'unzione degli infermi si conferisce a quelli che sono ammalati con serio pericolo»¹⁹ «e soprattutto a coloro i quali [...] sembrano essere in fin di vita»²⁰ «[...] (e) completa le Sante unzioni che segnano tutta la vita cristiana»¹⁸; esso non ha solo la funzione di accompagnamento e di guarigione ma anche quella di sostegno: «[...] l'unzione degli infermi viene incontro a questa debolezza spirituale, a questa fragilità di fronte alla prova suprema, ricordando al malato, con la presenza della comunità e del sacerdote la vittoria del Cristo sulla morte; [...] questo sacramento deve

*Primum movens della
suddetta azione pastorale
resta il kérygma: «Gesù è
venuto a guarire l'uomo
tutto intero»*

costituire un punto culminante della preoccupazione quotidiana per i malati e rimanda il cristiano all'impegno continuo in favore dei sofferenti»⁴; inoltre «nella prova della malattia e della vecchiaia e specialmente nell'ora finale del cristiano, è segno della definitiva conversione al Signore, nonché della totale accettazione del dolore e della morte come penitenza per i peccati. E in questo si attua la suprema riconciliazione col Padre»²¹. È assolutamente da notare però che il sacramento è rivolto ai malati in generale (anche se con specificità primaria per i moribondi), ma «nonostante che il Concilio Vaticano II, abbia mutato il nome in sacramento dell'unzione degli infermi prevale ancora la convinzione diffusa che esso sia il sacramento dei moribondi e basta»¹¹. Tale concetto necessita indubbiamente di «riconversione». Ben ricorda Sr Briedge McKenna: «In realtà l'unzione degli infermi è un sacramento di guarigione: è la mano guaritrice di Cristo che ci tocca [...] quando il sacerdote, pregando, impone le mani sulla testa dell'infermo è Gesù stesso che lo tocca con le sue mani [...] Cristo ci assicura: – Io ti sto guarendo – [...] è un vero peccato che tante delle persone che ricevono l'unzione degli infermi non si aspettino davvero di ricevere la guarigione [...] perché questo [...] sacramento [...] è per la vita: dona guarigioni a tutti i livelli. Serve solo una fede più viva»¹⁷; l'azione della fede personale (Lc 18, 42; Mt 15, 28) è di centrale importanza: «spesso Gesù chiede ai malati di credere [...]»; nei sacramenti, Cristo continua a toccarci per guarirci»¹⁸. Gesù Cristo «non ha guarito [...] (però) tutti i malati [...]»; le sue guarigioni [...] annunciavano una guarigione più radicale: la vittoria sul peccato e sulla morte»¹⁸. Con quest'ultimo presupposto è dunque necessario puntualizzare che «la grazia fondamentale di questo Sacramento è una grazia di conforto, di pace e di coraggio [...] è

un dono dello Spirito Santo che rinnova la fiducia e a fede in Dio e fortifica contro[...] la tentazione di scoraggiamento e di angoscia di fronte alla morte»¹⁸.

Se l'unzione assume indubbiamente una centralità pastorale, l'impegno sacramentale richiede il completamento di un *iter* di purificazione e salvezza di cui tutti coloro che si occupano in qualsiasi modo del paziente sono gestori e coadiutori. Vivere il perdono di Dio diventa un'esperienza fondamentale ed unire l'unzione alla riconciliazione risulta allora necessario e consequenziale nel definire un orizzonte che sia significativo per il malato nell'ottica di un accompagnamento e di un affidamento nelle mani del Dio vivente ma altresì della comprensione cristiana del cammino dell'intera esistenza. L'unione a Cristo nell'Eucaristia completa il percorso: «a coloro che stanno per lasciare questa vita [...] la Chiesa (la) offre [...] come viatico [...] seme di vita eterna e potenza di risurrezione»¹⁸. Munito di tali strumenti l'uomo aspira alla ricongiunzione, nella purezza, a quel Dio cattolico che si identifica con la santità stessa (l'ebraica *kadosh*). «Il Signore della vita è (dunque) presente accanto al malato come Colui che vive e dona la vita»³; incontrando «Colui che non muore, che è la vita stessa e lo stesso amore, allora siamo nella vita; allora viviamo»²² e possiamo guarire, proprio come accadeva durante la vita terrena del Cristo, «il vivente» per eccellenza. Questo vale per tutti gli attori del processo: la guarigione tocca allora anche i curanti e si comunica all'esterno fino ad interessare, anche indirettamente, aspetti dell'intera società, favorendo e consentendo la maturazione interiore e aprendo gli orizzonti di una fede che si rinnova mentre viene vissuta.

Il lavoro quotidiano del personale sanitario è oggi denso di insidie, alcune palesi, altre più nascoste. L'alto valore antropologico dell'etica di fine vita necessita anche per questo di valorizzazione e relazionalità. Sarà importante, specialmente nei sempre più laicizzati anni a venire, riportare l'attenzione sul malato, oggetto (e soggetto) dell'atto curativo e in particolare sulla complementarità tra

aspetto fisico, psicologico e spirituale del «curare», considerando quest'ultimo come di primaria importanza. Essendo inoltre l'obiettivo stesso dell'azione terapeutica materializzato in modo crescente è dovere di ogni singolo uomo recuperare una visione personale e metafisica, collocandolo in una visione trascendente di salvezza dell'anima. Ciò sarà possibile solo se il curante saprà, cristianamente, riprendendo il vecchio adagio «sapere, saper fare e saper essere» e collaborare con i presbiteri nel dovuto e imprescindibile sostegno sacramentale.

Affidare il morente all'amore di Dio, unico vero scopo del «viaggio del vivere», e gestire il «passaggio»²³ nella serenità dell'abbraccio del Salvatore è un dovere morale preciso e impellente che richiede volontà e impegno di energie ma che si impone come compito primario di chi compie assistenza sanitaria, affinché ogni sofferente possa vedere personalmente esaudito il desiderio di Paolo VI: «Ecco: mi piacerebbe, terminando, d'essere nella luce»²⁴.

BIBLIOGRAFIA

- M.G. MANA, I. MANA, F. GAGNA, A. AGRÒ, D. MUR-TAS, «L'accompagnamento spirituale al morente. Finalità e obiettivi della relazione d'aiuto», in *Riv Ital Cure Palliative*, 1 (2006), 65-67.
- CONCILIO VATICANO SECONDO, *Costituzione Pastorale Gaudium et Spes sulla Chiesa nel mondo contemporaneo*, Roma, 7 dicembre 1965.
- BENEDETTO XVI, *Discorso ai partecipanti all'Assemblea Generale della Pontificia Accademia per la Vita e al Congresso Internazionale «Accanto al malato inguaribile e al morente: orientamenti etici ed operativi»*, Roma, 25 febbraio 2008.
- M. PETRINI, *Accanto al morente*, Edizioni Vita e Pensiero, Milano, 1990, 115-151.
- A.J. MARKOWITZ, S.J. MCPHEE, «Spiritual issues in the care of dying patients: "...it's okay between me and God"», in *JAMA*, 296/18 Nov (2006), 2254.
- M.G. MANA, I. MANA, F. GAGNA, A. AGRÒ, D. MUR-TAS, «L'accompagnamento spirituale al morente. Riflessioni e interrogativi sull'approccio al morire», in *Riv Ital Cure Palliative*, 4 (2005), 69-71.
- T.P. DAALEMAN, C.S. WILLIAMS, V.L. HAMILTON, S. ZIMMERMAN, «Spiritual care at the end of life in long-term care», in *Med Care*, 46/1 Jan (2008), 85-91.
- M.T. SWEAT, «What are the spiritual needs of terminally ill patients?» in *J Christ Nurs*, 24(1) Jan-Mar (2007), 42.

- F. ANGELINI, «Attualità del tema nella prospettiva di una aggiornata pastorale sanitaria» in AA.VV., *L'assistenza al morente*, Edizioni Vita e Pensiero, Milano 1994, 9-19.
- GIOVANNI PAOLO II, «Al Congresso Mondiale dei Medici Cattolici», 3 ottobre 1982, in D. TETTAMANZI, *Giovanni Paolo II ai medici e agli operatori sanitari*, Edizioni Massimo, Milano 1988, 115.
- D. BETANCOURT, *I sacramenti fonte di guarigione*, Edizioni San Michele, Laureana di Cilento, 2004, 209-248.
- Carta degli operatori sanitari. Pontificio Consiglio per la Pastorale degli Operatori Sanitari*. Roma, ottobre 1994.
- S. FISH, J.A. SHELLY, *Spiritual care: the nurse's role*, Interuniversity Press, Illinois, 1978: 40.
- PONTIFICIO CONSIGLIO COR UNUM, «Alcune considerazioni etiche relative ai malati gravi e morenti», in *Enchiridion Vaticanum 7, Documenti ufficiali della Santa Sede 1980-1981*, Edizioni Dehoniane, Bologna 1985, 1131-1173.
- S.E. SHANNON, P. TATUM, «Spirituality and end-of-life care», in *Mo Med*, 99/10 Nov-Dec (2002), 571-576.
- M.D. SCHALLER, M. MARTINUZ, N. KRAEHEBUEHL, C. ODIER, «Spirituality in critical care», in *Rev Med Suisse*, 13/2-91 Dec, (2006), 2866-70.
- B. MCKENNA, *La potenza dei sacramenti*, Edizioni Rinascimento nello Spirito Santo, Roma, 2003: 39-40.
- Catechismo della Chiesa Cattolica*, Editrice Vaticana, Roma, 1992, 387-92.
- PAOLO VI, *Costituzione Apostolica Sul Sacramento Dell'unzione Degli Infermi*, Roma, 30 novembre 1972.
- CONCILIO DI TRENTO, Sessione XIV, *Doctrina de Sacramento extremae unctionis*, 3, Trento, 1551.
- GIOVANNI PAOLO II, *Reconciliatio et paenitentia, Esortazione Apostolica*, Roma, 2 dicembre 1984.
- BENEDETTO XVI, *Lettera Enciclica Spe Salvi*, Editrice Vaticana, Roma, 30 novembre 2007.
- W.E. STEMPEY, «End-of-life decisions: Christians perspectives», in *Christ Bioeth*, 3(3) Dec, (1997), 249-61.
- PAOLO VI, *Pensiero alla morte*, Roma, 14 luglio 1973.