

# L'accompagnamento del morente: una questione di relazione

don Carmine Arice  
direttore UNPS della CEI

## 1. Premesse

La vastità dell'argomento che mi è stato affidato è grande e mediterebbe ben più del tempo che noi abbiamo a disposizione. Soprattutto avrebbe bisogno di una presentazione di vari professionisti che, da punti di vista diversi, possono aiutare a capire e preparare a vivere questo servizio di accompagnamento del morente.

Non nego che il tema in causa presenti difficoltà rilevanti. Ritengo che parlare di "morire" e di "accompagnamento del morente sia problematico, complesso, umanamente drammatico, pericoloso, necessario.

➤ **Problematico.**

Dobbiamo parlare di un'esperienza fondamentale dell'esistenza umana ma che nessuno di noi ha fatto: il morire e la morte. Se già il nostro parlare della sofferenza ci pone qualche difficoltà (soprattutto a volte parlare ai sofferenti), parlare del morente è ancora più difficile e delicato.

➤ **Complesso.**

Poiché l'oggetto in campo – l'uomo - è una realtà complessa, pluriforme e multidimensionale e complesso è anche l'esperienza della morte e di conseguenza di coloro che vogliono stare accanto al morente.

➤ **Drammatico.**

Quando si parla di accompagnamento al morente, si parla di una **situazione grave**, senza ritorno, umanamente drammatica, dolorosa, a volte lunga e difficile da decifrare da tutti i punti di vista.

➤ **Pericoloso.**

Il morente è una persona viva e **da vivo va trattato**. Il pericolo di una cura che non ricerchi tutta la qualità di vita possibile nel malato terminale come anche il considerare la vita del morente una vita meno nobile è quanto mai possibile. Afferma la Carta degli Operatori Sanitari al n° 115 "Si tratta di realizzare **una speciale assistenza sanitaria al morente**, perché anche nel morire l'uomo abbia a riconoscersi e volersi come vivente" ed al n° 116 *Aiutare una persona a morire significa **aiutarla a vivere intensamente l'esperienza ultima** della sua vita".*

Giovanni Paolo II ricorda che il morire appartiene alla vita: *"Mai come in prossimità della morte e nella morte stessa **occorre celebrare ed esaltare la vita**. Questa deve essere pienamente rispettata, protetta ed assistita anche in chi vive il naturale concludersi... l'atteggiamento davanti al malato terminale è spesso il banco di prova del senso di giustizia*

e di carità, della nobiltà d'anima, della responsabilità e della capacità professionale degli operatori sanitari, a cominciare dai medici".<sup>1</sup>

➤ **Necessario.**

Quantunque è difficile, è necessario **parlare di morte**, perché si trasformi "da tabù a sorella morte". E' necessario parlare perché dobbiamo affrontare la nostra morte ed volte per scelta o per necessità, siamo chiamati ad accompagnare altri al momento della morte. Non è un tema su cui si può tacere., al massimo si può fuggire.

E' necessario creare attorno al morente un "**clima di solidarietà, fiducia e di speranza**"<sup>2</sup> perché ogni nostra azione di accompagnamento possa essere credibile ed efficace.

E' necessario anche perché, come ci ricorda Benedetto XVI: "**La misura dell'umanità si determina essenzialmente nel rapporto con la sofferenza e col sofferente. Questo vale per il singolo come per la società. Una società che non riesce ad accettare i sofferenti e non è capace di contribuire mediante la compassione a far sì che la sofferenza venga condivisa e portata anche interiormente è una società crudele e disumana**" (Spe Salvi, LEV, 2007, n. 38).

### **1. Da tabù a sorella morte: riconciliarsi con la morte**

Il tema dell'accompagnamento del morente come quello della verità al malato si inserisce all'interno di un approfondimento più ampio.

E' necessaria anzitutto una riflessione che risponda alla domanda: **cos'è per me la vita e cos'è per me la morte?** Chi è l'uomo che muore? E la sua sofferenza può avere un senso?

Piero Angela ad un convegno sul tema "la verità e il malato" così si esprime: "Nella nostra società, nella percezione che ognuno di noi ha della vita, **la morte praticamente non esiste. Ci sentiamo immortali.** Siamo quasi convinti che la medicina, le tecnologie siano come la tavola di un surf, capace di salvarci, di farci precedere continuamente l'onda della morte. **Alla morte siamo impreparati.** Nella vita si impara a fare di tutto: si studia, si va a lavorare, si gioca in borsa, si fanno vacanze intelligenti, ma si è impreparati a questo momento ultimo e importantissimo. Si arriva a questo esame senza aver studiato. Il modello di vita che ci viene presentato quotidianamente è sulla salute, il benessere, la giovinezza. Malattia, vecchiaia, morte vengono rimossi, volutamente ignorati".<sup>3</sup>

E' per questo che sovente nella fase finale si instaura una finzione tra pazienti e familiari, perché il paziente non vuole sapere o si presume che non voglia sapere la verità e i familiari sono contenti di nascondergliela.

Scrive il filosofo L. Geymonat: "La morte è un evento che non si può nascondere e non si deve nascondere. **La morte è un fatto naturale,** conclude la vita di tutti noi. E' questo che dovremmo sempre pensare, un'idea con cui convivere serenamente. E' naturale che questa **preparazione alla morte va coltivata per tutta la vita,** non si può aspettare di farla al letto del moribondo. Però penso che sia fondamentale dire la verità al malato. Potrà così affrontare questo momento con più consapevolezza e dignità"<sup>4</sup>.

<sup>1</sup> Giovanni Paolo II, Ai partecipanti a I Congresso internazionale dell'associazione "Omnia Hominis"

<sup>2</sup> CEI, Pastorale della salute nella Chiesa italiana, n.31

<sup>3</sup> P. Angela, Atti del convegno "La verità e il malato", Milano 1987

<sup>4</sup> L. Geymonat, Convegno "la verità e il malato " Milano 1987

## 2. L'accompagnatore di fronte alla morte del morente

Non è pensabile dunque accompagnare un morente senza che **l'accompagnatore faccia un cammino di elaborazione dei propri sentimenti e reazioni emotive di fronte alla morte**. Ne patirebbe la sua umanità quanto a capacità di relazione con il malato e con i parenti del malato, la sua professionalità, nonché la bontà del risultato del suo lavoro.

Quel morente che nel momento terminale della sua vita raccoglie e rivela il significato che ha dato a tutta la sua esistenza, **provoca anche l'operatore** che non può esimersi dal porsi domande sul senso del vivere e del morire. La morte di una persona non è solamente un fatto biologico ed è per questo che interpella tutta l'esistenza..

**La morte di un altro uomo richiama sempre la mia morte** e dunque la mia fede e la mia vita. E' lo spezzarsi di un legame che mi pone di fronte l'esperienza del mio non più essere con tutti coloro che sono in relazione con me.

La solitudine del malato che muore anche quando, nel migliore dei casi non vive questo momento fisicamente solo, evoca il tempo della solitudine della mia morte e qualifica l'uomo nel suo divenire storico nella coscienza della sua limitatezza. **E' necessario maturità umana e spirituale per accettare di essere finiti, non onnipotenti, fragili e deboli.**

E quello che affermiamo della morte lo possiamo affermare dell'esperienza del morire, del venire progressivamente meno delle facoltà fisiche, psichiche, relazionali. Anche qui interpella il mio morire con tutta la sua drammaticità e verità.

*"L'educazione a comprendere il significato stesso del morire permette di crescere nel vero significato dell'esistenza quotidiana. Il morire infatti manifesta quali siano o debbano essere i veri parametri **attorno a cui costruire le scelte quotidiane** che animano o hanno animato l'esistenza. Siamo chiamati a vivere nel "provvisorio" con l'attenzione essenziale rivolta al definitivo. L'uomo contemporaneo avverte il problema del morire come realtà molto complessa, riflesso dello stesso momento culturale in cui sta vivendo<sup>5</sup>".*

Di fronte a tutto questo le vie d'uscita sono fondamentalmente due: **fuggire al pensiero** della morte oppure cercare delle chiavi di lettura che possono **illuminare e umanizzare la morte** (e dunque anche la mia esistenza),

Tra le chiavi di lettura vi è certamente quella della fede che si fa speranza ed apertura alla trascendenza. **La fede non elimina il dramma del morire e della morte, ma permette al credente di interpretare questi fatti**, con una luce che viene dall'alto. La speranza non elimina il buio ma si fa certezza che sta nascendo qualcosa di grande e meraviglioso.

## 3. Il morente

E' utile a questo punto proporre una **definizione** condivisa di "malato in fase terminale", giacché la visione antropologica determina il nostro pensiero e dunque il nostro agire. Mi sembra completa la definizione che il prof. Petrini, docente al Camillianum, ci suggerisce: "*Malato affetto*

---

<sup>5</sup> Antonio Donghi, Morire oggi, Milano 2004

da una **patologia a prognosi infausta** con un, più o meno lento, **progressivo declino** delle normali funzioni fisiologiche e che **deve essere accompagnato** in "quel processo del morire" che la persona vive fisicamente, psicologicamente, spiritualmente fino al momento della morte fisica. Questo processo del morire è l'arco di tempo che intercorre fra il giudizio diagnostico di mortalità e il momento dell'exitus, un periodo che può essere anche di mesi, **un periodo nel quale il vivere si fa particolarmente e progressivamente precario e penoso**"<sup>6</sup>.

*Al male e alla sofferenza fisica sopraggiunge il dramma psicologico e spirituale del distacco che il morire significa e comporta*".<sup>7</sup>

Accompagnare significa normalmente essere compagni di cammino verso una meta che di solito è comune. Per la morte no: **si accompagna fino alla soglia**. La morte è un'esperienza che, come la nascita si vive da soli.

**Elisabet Kubler – Ross** in *"La morte e il morire"*<sup>8</sup>, (Assisi 1992), ha illustrato le varie fasi attraversate dai malati e dai loro familiari di malati terminali secondo le seguenti tappe

**Rifiuto: "No, non sono io"** Come prima reazione il paziente rifiuta la verità. Occorre rispettare questo meccanismo di difesa esa per pazientare, perché un intervento prematuro rischierebbe di lasciare le persone indifese.

**Rivolta: "Perché io? Cosa ho fatto per meritarmelo"** Subentra una ribellione per il fatto che è accaduto a lui; non bisogna colpevolizzare il malato, ma accogliere lo spazio emotivo fin quando perde la sua intensità in vista dello sbocco successivo.

**Patteggiamento: "Sì, sono io... però"**: Il paziente cerca di instaurare una sorta di compromesso sulla verità e di entrare a patti con Dio per rubargli un po' di tempo e la guarigione, assicurandogli una contropartita

**Depressione: "Sì sono io"**: la persona cosciente ormai che la propria situazione sta peggiorando avverte un senso di profondo abbattimento;

**Accettazione: "Sono io e sono pronto"** E' la fase finale in cui il paziente si riconcilia con la realtà. Adesso è in grado di guardarla in faccia con "rassegnazione" e "coraggio" (che non significa pacifica e indolore).

#### **4. Contro il pericolo della medicalizzazione una corretta concezione della persona umana**

Di fronte ad un morente non è sempre facile sottrarsi alla **tentazione della medicalizzazione** che vede la fase terminale della vita "svolgersi in ambienti affollati e movimentati, sotto il controllo di personale medico – sanitario preoccupato prevalentemente ed unicamente dell'aspetto bio fisico della malattia. Tutto questo è riconosciuto come poco rispettoso della complessa situazione umana della persona sofferente.

Ad un'attenta analisi della persona umana si rivelano che essa porta in se almeno 5 dimensioni fondamentali che non possono essere dimenticate nemmeno nell'accompagnamento al morente.

➤ **Dimensione fisica** (*bisogni*)

- dimensione che interagisce con le altre dimensioni e sulle altre si ripercuote

<sup>6</sup> M. Petrini, *Accompagnamento del morente*, in *Dizionario di Pastorale Sanitaria*, Ed Camilliane

<sup>7</sup> Pontificio Consiglio per gli operatori sanitari, *Carta degli operatori sanitari*, 1995, n°115

<sup>8</sup> (Assisi 1992),

- rischio di ridurre l'interazione alla sfera fisica con interventi quali "hai mangiato?" Ti è tornato l'appetito..." questo non può che essere l'inizio
- occorre andare oltre ed esplorare l'impatto della malattia sulle altre sfere

➤ **Dimensione intellettuale** (*motivazioni e aspettative*)

- capacità mentali di valutare, comprendere, ricordare, progettare, analizzare, sintetizzare, individuare le soluzioni e studiare strategie appropriate.
- L'uomo vuole sapere il perché e la causa dei suoi malesseri, lo scopo di esami e terapie, i tempi di attesa previsti, le implicazioni della crisi per la propria vita personale, familiare e professionale.
- L'informazione e la comunicazione diventano canali vitali per aiutare l'individuo a gestire i dubbi, le preoccupazioni, gli imprevisti sollevati dall'ospedalizzazione o da una diagnosi infausta.
- Rispondere ai quesiti del paziente significa manifestargli rispetto e riconoscere il diritto all'informazione

**Dimensione emotiva** (*sentimenti e meccanismi di difesa*)

- sono i sentimenti che uno prova, a volte riconosce e qualche volta esprime
- i sentimenti possono essere causa di benessere e gratificazione o malessere e conflittualità
- la diagnosi infausta o la prossimità della morte scatenano una varietà di stati d'animo che vanno dallo shock alla paura, dal risentimento al senso di colpa, dallo sconforto alla disperazione e così via
- attenzione al linguaggio verbale (mi sento scoraggiato, mi sento solo...), simbolica (mi sto arrampicando sui vetri, la strada è in salita, mi è crollato il mondo addosso.)
- la sofferenza genera meccanismi di difesa

**Dimensione sociale** (*ruoli e maschere*)

- l'evento malattia grave mette in crisi il proprio progetto e stile di vita
- aumentano i disagi collegati ai ruoli familiari e professionali
- il luogo del ricovero, le eventuali tensioni possono alimentare tensioni e sfiducia
- il malato non è solo un paziente ma è anche portatore di legami affettivi e ruoli professionali

**Dimensione spirituale** (*valori e spiritualità*)

- il dolore spesso scuote la fede e può portare Dio sul banco degli imputati
- è un tempo in cui la ricerca di senso del malato e di chi gli sta accanto si fa quanto mai grave, così pure la ricerca della presenza di Dio, del significato della vita, del dolore e della morte.
- Ognuno deve trovare un senso, un centro o una via d'uscita
- E' necessario valorizzare le risorse spirituali del malato

## 5. L'Alleanza Terapeutica

- **L'esigenza multidisciplinare**

Proprio perché **la persona ha questa pluralità di dimensioni**, è necessaria un'**alleanza terapeutica tra tutte le figure professionali** necessarie per una cura globale della persona.

E' la pluridimensionalità del malato terminale e non, che giustifica attorno ad esso una costellazione di persone che attraverso specifiche competenze e determinate prestazioni, cerca di rispondere a tutti i suoi bisogni.

Il malato terminale ha certamente bisogno di **medici, di infermieri, di OSS, di tecnici, ma non ha meno bisogno di psicologi, assistenti sociali, operatori pastorali**, oltre che di ottimi amministratori capaci di canalizzare le risorse.

#### - **L'esigenza della collaborazione**

L'esigenza di collaborazione nasce anzitutto dalla **complessità della sofferenza umana**. La sofferenza umana soprattutto nella sua fase terminale, è così complessa che abbiamo necessariamente bisogno dell'apporto di diversi contributi e di diverse scienze al fine di evitare pericoli quali:

- **Il settorialismo** con conseguente frantumazione di intervento sul malato
- **L'enfatizzare la salute biologica**: attenzione al solo risultato degli esami
- **Il predominio dell'efficientismo e del tecnicismo**

Potremmo prendere come slogan: **lavorare insieme per servire meglio!**

Questa collaborazione nasce da una **consapevolezza dei propri limiti e dalla valorizzazione dei contributi diversi**.

Cosa richiede la collaborazione **tra gli operatori**? Anzitutto una **conoscenza reciproca**. Lì dove le persone si conoscono matura il rispetto e nasce anche un'alleanza. Il contributo dell'amicizia e del rapporto umano con altre persone è fondamentale.

**Apprezzarsi umanamente**: apprezzamento che nasce dal riconoscimento delle sensibilità umane e professionali diverse e complementari dell'operatore con cui devo lavorare insieme.

Dove non c'è questa collaborazione subentrano **pericoli** tra i quali:

- **L'individualismo**: ognuno vuole essere capo e vuole avere il suo campo, non avere fastidi e non avere interferenze da parte di altri.
- **L'autosufficienza**: nasce dall'orgoglio di sapere con sicurezza ostentata ciò che deve fare.
- **Competizione**: intesa come affermazione personale e non come ricerca della cura migliore del malato.
- **Arrivismo** nella ricerca di immagine e prestigio
- **Sentimenti di superiorità**

## 6. La medicina palliativa

Da un punto di vista strettamente medico, l'accompagnamento del morente è affidato alla **medicina palliativa** che si fonda sulla convinzione che: **"Dove non è possibile guarire, c'è ancora da curare attraverso il controllo dei sintomi seguenti alla malattia di base"**<sup>9</sup>. Infatti la medicina ufficiale afferma che **"la cura palliativa è cura attiva e caritatevole del malato terminale che non risponde più a trattamenti capaci di prolungare la vita. Il controllo dei sintomi fisici, emotivi e**

<sup>9</sup> Caterina de Nicola, *Accompagnamento spirituale nelle cure palliative*, Torino 1999

*spirituali è l'obiettivo principale della medicina palliativa. E' un approccio multidisciplinare al malato, alla sua famiglia, fatte da persone con qualifiche diverse, che hanno l'intenzione di apportare un miglioramento alla qualità di vita, prima, e di accompagnare ad una morte dignitosa poi, il malato inguaribile".<sup>10</sup>*

Sono molti i termini del discorso che meriterebbero essere approfonditi: il significato di qualità di vita, l'importanza del lavoro in équipe, l'approccio multidisciplinare delle cure, l'assistenza ai familiari...

La persona vive il suo processo di morte ed è per questo che è soggetto a diritti tra i quali non possiamo ignorare la verità sul suo fondamentale momento esistenziale che sta vivendo.

Nel 1995 il comitato etico FF-SICP-SIMPA ha elaborato la **Carta dei diritti dei morenti** in 12 punti. Una sintesi significativa di quanto stiamo dicendo. Secondo questo testo ampiamente discusso e condiviso, *chi sta morendo ha diritto:*

1. ad essere considerato come persona
2. ad essere informato sulle sue condizioni
3. a non essere ingannato ma a ricevere risposte veritiere
4. a partecipare alle decisioni che lo riguardano e al rispetto della sua volontà
5. al sollievo del dolore e della sofferenza
6. a cure ed assistenze continue nell'ambiente desiderato
7. a non subire interventi che prolunghino il morire
8. ad esprimere le sue emozioni
9. all'aiuto psicologico, al conforto spirituale, secondo le sue convinzioni e la sua fede
10. alla vicinanza dei suoi cari
11. a non morire nell'isolamento e nella solitudine
12. a morire in pace e con dignità

## **7. Il diritto a **morire con dignità**: dal rischio dell'eutanasia a quello dell'accanimento terapeutico**

Già prima parlando dei diritti del morente, abbiamo ricordato l'importanza della dignità del morente. Afferma la Carta degli Operatori Sanitari al n° 119: *"Il Diritto alla vita si precisa nel malato terminale come diritto a morire in tutta serenità, con dignità umana e cristiana"*.

Il diritto a morire con dignità deve guardarsi da **due pericoli**:

- **l'eutanasia**, o morte procurata
- un **tecnicismo** che rischia di diventare abusivo. La capacità della medicina odierna di ritardare artificialmente la morte, senza che il paziente riceva un reale beneficio. E' il caso dell'accanimento terapeutico che consiste *"nell'uso di mezzi particolarmente sfibranti e pesanti per il malato, condannandolo di fatto ad un'agonia prolungata artificialmente"<sup>11</sup>.*

L'operatore sanitario, consapevole di non essere né il conquistatore della morte, né il Signore della vita è chiamato ad applicare **il principio della proporzionalità delle cure** che la Sagra Congregazione per la Dottrina della fede nel documento sull'eutanasia del 5 maggio 1980 così

<sup>10</sup> idem

<sup>11</sup> Giovanni Paolo II, Ai partecipanti al Convegno internazionale sull'assistenza ai morenti, 1992 – EV, 65

descrive: "Nell'imminenza di una morte inevitabile nonostante i mezzi usati, è lecito in coscienza prendere la decisione di rinunciare a trattamenti che procurerebbero soltanto un prolungamento precario e penoso della vita, senza tuttavia interrompere le cure normali dovute all'ammalato in simili casi".

### **8. La verità alla persona malata nella fase terminale della sua esistenza**

Nel servizio di accompagnamento di persone malate nella fase terminale della loro esistenza, mi sono trovato nelle situazioni più diverse. In questo momento penso a *Franco*, con il quale il cammino è stato difficile. Fino alla fine infatti è stato circondato dall'amore e dall'affetto della famiglia, ha fatto anche un certo cammino spirituale ricevendo anche i sacramenti della confessione e dell'Eucaristia (dopo decenni che questo non avveniva), ma a lui si è sempre nascosta la verità. Sono convinto che non gli mancasse la coscienza di essere vicino alla morte. Ma la famiglia non ha mai accettato di parlarne con lui esplicitamente per paura della sua reazione.

Ma penso anche a *Giovanni* che due settimane prima di morire, in piena coscienza dopo aver dato disposizioni del suo funerale (semplice, senza fiori e con sepoltura nella terra) mi ha detto: "Don, aiutami a morire bene".

Entrambi amavano immensamente la vita, erano circondati da affetti molto forti, ma con una differenza: Giovanni quando ancora era in discreta salute ha avuto la fortuna di fare un cammino forte di fede e con lui si è iniziato a parlare di morte e di preparazione ad essa quando ancora aveva discrete energie. Ricordo il primo novembre, giorno dei santi, dopo aver ricevuto l'unzione degli infermi (morirà nell'aprile dell'anno successivo) mi disse: "voi preti dovete parlare più sovente della morte e della vita eterna; dovete prepararci a morire".

E penso anche a *Gianfranco*, un caro amico con cui ho potuto fare l'elenco proprio il giorno prima della sua morte, degli amici che presto, gli sarebbero venuto incontro in Paradiso: pochi momenti prima di morire ho ancora potuto affidargli "commissioni per il cielo". Ha vissuto tutta la sua esistenza amando ed è morto amando le infermiere, gli amici, i medici al punto che, il giorno della sua morte, ormai in edema, non voleva disturbare troppo gli operatori sanitari pieni di lavoro, per farsi aiutare a mettersi in una posizione meno difficile per respirare. Sovente mi diceva: "non voglio approfittare dei vantaggi secondari della malattia".

Il tema della verità al malato si inserisce all'interno di un approfondimento più ampio. Dire o no la verità al malato (a volte inguaribili ma mai incurabili), chi deve dirla e quando bisogna dirla non sono temi trattabili in modo frammentario. Anche per rispondere a queste domande è necessario anzitutto rispondere alla domanda: cos'è per me la vita e cos'è per me la morte? Chi è l'uomo che muore? E la sua sofferenza può avere un senso?

### **8°. La verità al morente e la "Carta degli Operatori Sanitari"**

Il pensiero della Chiesa cattolica sulla "verità al morente" circa la sua condizione di salute lo troviamo ben espresso nella Carta degli Operatori Sanitari edita dal Pontificio Consiglio per la pastorale degli operatori sanitari, 1995 e che per noi è sempre un testo di riferimento sia per l'autorevolezza del magistero, sia per l'abbondanza dei documenti citati e che sono a disposizione per ulteriori approfondimenti.

Mi sembra che le sottolineature del documento circa il nostro argomento, siano degne di nota: l'importanza della comunicazione, l'importanza della veracità, i rapporti con la famiglia, l'importanza del discernimento e del tatto umano, l'unicità di ogni malato con le sue



caratteristiche, l'importanza del rapporto di fiducia tra medico – malato – paziente, la comunicazione dei significati del morire, l'opportunità pastorale.

Nei numeri da 125 a 127 così si esprime<sup>12</sup>:

“La verità della diagnosi e della prognosi da dire al morente, e più in generale a quanti sono colpiti da un male incurabile, pone un problema di comunicazione. La prospettiva della morte rende difficile e drammatica la notificazione, ma non esime dalla verità. La comunicazione tra il morente e i suoi assistenti non può stabilirsi nella finzione. Questa non costituisce mai una possibilità umana per il morente e non contribuisce all'umanizzazione del morire. C'è un diritto della persona ad essere informata sul proprio stato di vita. Questo diritto non viene meno in presenza di una diagnosi e prognosi di malattia che porta alla morte, ma trova ulteriori motivazioni. A tale informazione infatti sono connesse importanti e indelegabili responsabilità. Vi sono responsabilità legate alle terapie da eseguire col consenso informato del paziente.

L'avvicinarsi della morte porta con sé la responsabilità di compiere determinati doveri riguardanti i propri rapporti con la famiglia, la sistemazione di eventuali questioni professionali, la risoluzione di pendenze verso terzi. Per un credente l'approssimarsi della morte esige la disposizione a determinati atti posti con piena consapevolezza, soprattutto incontro riconciliatore con Dio nel sacramento della Penitenza.

Non si può abbandonare all'incoscienza la persona nell'«ora» decisiva della sua vita, sottraendola a se stessa e alle sue ultime e più importanti decisioni. «La morte rappresenta un momento troppo essenziale perché la sua prospettiva venga evitata».<sup>13</sup>

Il dovere della verità all'ammalato terminale esige nel personale sanitario discernimento e tatto umano. Non può consistere in una comunicazione distaccata e indifferente della diagnosi e relativa prognosi. La verità non va sottaciuta ma non va neppure semplicemente notificata nella sua nuda e cruda realtà. Essa va detta sulla lunghezza d'onda dell'amore e della carità, chiamando a sintonizzare in questa comunione tutti coloro che assistono a vario titolo l'ammalato.

Si tratta di stabilire con lui quel rapporto di fiducia, accoglienza e dialogo che sa trovare i momenti e le parole. C'è un dire che sa discernere e rispettare i tempi dell'ammalato, ritmandosi ad essi. C'è un parlare che sa cogliere le sue domande ed anche suscitarle per indirizzarle gradualmente alla conoscenza del suo stato di vita. Chi cerca di essere presente all'ammalato e sensibile alla sua sorte sa trovare le parole e le risposte che consentono di comunicare nella verità e nella carità: «facendo la verità nella carità» (Ef. 4, 15).

«Ogni singolo caso ha le sue esigenze, in funzione della sensibilità e delle capacità di ciascuno, delle relazioni col malato e del suo stato; in previsione di sue eventuali reazioni (ribellione, depressione, rassegnazione, ecc.), ci si preparerà ad affrontarle con calma e con tatto»<sup>14</sup>. L'importante non consiste nell'esattezza di ciò che si dice, ma nella relazione solidale con l'ammalato. Non si tratta solo di trasmettere dati clinici, ma di comunicare significati.

In questa relazione la prospettiva della morte non si presenta come ineluttabile e perde il suo potere angosciante: il paziente non si sente abbandonato e condannato alla morte. La verità che gli viene così comunicata non lo chiude alla speranza, perché lo fa sentire vivo in una relazione

<sup>12</sup> Il corsivo è del relatore al fine di facilitare l'individuazione degli aspetti evidenziati

<sup>13</sup> Cfr. Pontificio Consiglio “Cor Unum”, *Alcune questioni etiche relative ai malati gravi e ai morenti*, in *Enchiridion Vaticanum*, 7. Documenti ufficiali della Santa Sede 1980-1981. EDB, Bologna 1985, p. 1159, n. 6.1.1. « La morte è la fine del pellegrinaggio terreno dell'uomo, è la fine del tempo della grazia e della misericordia che Dio gli offre per realizzare la sua vita terrena secondo il disegno divino e per decidere il suo destino ultimo » (CCC 1013).

<sup>14</sup> Pontificio Consiglio “Cor Unum”, *Alcune questioni etiche relative ai malati gravi e ai morenti*, in *Enchiridion Vaticanum*, 7. Documenti ufficiali della Santa Sede 1980-1981. EDB, Bologna 1985, p. 1159, n. 6.1.2.

**di condivisione e di comunione.** Egli non è solo con il suo male: si sente compreso nella verità, riconciliato con sé e con gli altri. Egli è se stesso come persona. La sua vita, malgrado tutto, ha un senso, e si dispiega in un orizzonte di significato invero e trascendente! morire"<sup>15</sup>.

### 9. La verità al malato in una relazione empatica: alcune conclusioni

"Come" si dice la verità al malato e "in che misura siamo capaci di accompagnare il suo ultimo tratto di cammino" è la risposta al nostro interrogativo di partenza. La verità va offerta in un contesto di *dialogo fiducioso* tra le figure degli operatori (famiglia, medici, infermieri, operatori pastorali...) ed il malato; un dialogo che nasce da un rapporto *empatico* capace di superare quello "anaffettivo".

Per questo **la verità deve essere comunicata in modo progressivo e con attenzione pedagogica, nonché in modo personalizzato.** La coscienza che il bene della persona non è solo il massimo benessere possibile qui e ora ci deve accompagnare. Inoltre è necessario non nascondere la verità di fronte alla morte imminente, poiché esiste il **diritto - dovere di prepararsi alla buona morte**, in una fede sincera nell'opera della grazia.

Può essere utile qui ricordare e tenere presente quanto afferma la psichiatra E. Kubler-Ross, in "La morte e Il morire" quando sostiene che il malato di fronte ad una diagnosi infausta vive alcuni sentimenti in sequenza e/o contemporanei: il rifiuto, la rimozione difensiva delle notizie ricevute, la ribellione, il patteggiamento, la depressione, l'accettazione. Naturalmente il cammino è molto diverso da un individuo all'altro; rimangono costanti però questi stati emozionali sopra descritti che caratterizzano l'evoluzione psicologica e "spirituale" nel decorso della malattia del paziente.

Per sottolineare ancora una volta come la morte e la malattia terminale della persona malata è un forte interrogativo di senso per ogni operatore, termino la mia relazione con una lettera scritta da una giovane allieva infermiera alle infermiere incaricate di curarla, una riflessione sui sentimenti che possono abitare ogni operatore in queste situazioni. Scrive: "*Ho ancora da vivere da uno a sei mesi, forse un anno, ma a nessuno piace toccare questo argomento. Mi trovo dunque di fronte ad un muro solido e deserto, che è tutto quello che mi resta. Sono il simbolo della vostra paura, qualunque essa sia, della vostra paura di ciò che pur tuttavia noi sappiamo che dovremo affrontare tutti un giorno. Voi scivolote nella mia camera per portarmi le medicine o per misurare la pressione, e scomparite appena svolto il vostro compito. E' perché sono un'allieva infermiera o semplicemente in quanto essere umano che ho coscienza della vostra paura accresce la mia? Di che cosa avete paura? Sono io che muoio. Non nascondetevi. Abbiate pazienza. Tutto ciò che ho bisogno di sapere, è che ci sarà qualcuno per tenermi la mano quando ne avrò bisogno. Ho paura. Voi forse avete fatto l'abitudine alla morte; per me è nuovo. Non mi è ancora capitato di morire*"<sup>16</sup>

Anche su questo tema la verità è nascosta nella dinamica della comunione!

"La morte non è la cosa peggiore.

Vivere senza amore è sicuramente più brutto"

Ultime parole di un morente

## 10. La morte dell'uomo alla luce della morte di Cristo

In Gesù che affronta la morte il cristiano trova il significato da dare al proprio morire. E' dalla Sua morte che può ricevere luce la morte degli uomini.

Gesù è l'uomo - Dio che ha vissuto in comunione con il Padre la sua vita ed ha fatto della morte un dono per tutta l'umanità. In questa comunione con il Padre ha cercato di vivere la morte e con questa forza ha vinto la morte.

Anch'egli davanti alla morte ha provato angoscia e sofferenza, ha pianto per l'amico Lazzaro morto, evento che separa gli uomini tra di loro ed è sconvolto di fronte al sepolcro dell'amico perché ne avverte tutta la forza devastatrice.

Ma Gesù annuncia che la presenza di Dio è più forte della morte ed i miracoli della resurrezione ne sono i segni. La sua vita è stata tutta nel segno della liberazione dell'uomo dal male e dalla malattia e mediante la sua morte e Resurrezione la liberazione per noi l'ha resa definitiva. Gesù si è affidato al Padre ed è stato il Padre a liberarlo.

Ogni uomo che si affida al Padre è liberato, ma ogni uomo come Cristo è chiamato a prepararsi alla morte come Cristo ha vissuto: in un dono incondizionato a Dio ed ai fratelli. Nella logica del dono trova il suo posto, pur nella fatica del mistero, anche la morte.

Solo se i sacramenti, compreso quello dell'*unzione degli infermi*, si inseriranno in questo cammino acquisteranno il loro significato più profondo: la celebrazione della fede della Chiesa e del credente stesso che li riceve.

## La testimonianza del Cottolengo

Sebbene il servo di Dio si mostrasse pronto sempre alla divina volontà, riconoscendo, che Dio operava tutto per il meglio, nullameno era vivo in lui il desiderio di **sciogliersi dal corpo e unirsi a Dio** (P.O.: Mons. Renaldi II,361).

Il Cottolengo si mantenne **pronto al servizio ed allo spirituale conforto dei suoi ricoverati nel giorno e nella notte**, finché affranto dalle fatiche straordinarie, affetto pure dal micidial morbo, chiuse col sacrificio della propria vita un'esistenza consacrata tutta alla carità verso il prossimo. (P.O.: Mons. Renaldi II,384).

Giungendo a casa del fratello, mostrandosi questo molto temente dello stato in cui lo vedeva, il servo di Dio rispose: **“Ebbene se Dio mi vuole eccomi a lui**. Credi tu che alcun affetto mi trattenga quaggiù? no, son sciolto da tutto, **son pronto alla voce Divina**, in Domino” (P.O.: Mons. Renaldi III,32).

Parlando meco talvolta il servo di Dio della sua morte, mi diceva: Oh che gioia morire! ed esclamava, Paradiso, Paradiso! **e ciò un anno circa** prima della sua morte (P.O.: Teresa Cottolengo III,288).

Restò impressa in tutti nella Piccola Casa l'ultima predica che fece il servo di Dio, in cui parlando del paradiso seppe in un trasporto dimostrando la fiducia che aveva di conseguirlo e si espresse in queste parole: **Ma per andare in paradiso bisogna che si rompa questo vaso di creta**, parlando in dialetto piemontese (P.O.: Don Costamagna V,239).

Il servo di Dio ha ricevuto nell'ultima sua malattia **tutti li Santi Sacramenti**, e siasi mostrato tuttora assorto in Dio, occupato in preghiere ed in atti di rassegnazione (P.O.: Suor Ciriaca Montarolo VI,353).

Il servo di Dio non si spaventava punto del pensiero della morte, anzi sarei per dire, che dal modo, con cui si diportava a questo proposito, egli ne mostrasse anzi desiderio, per poter così conseguire il paradiso, a cui tanto anelava (P.O.: Don Filippo None VI,454).