

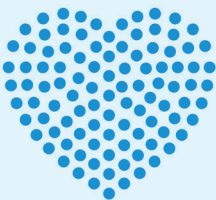
LÓGOS

Rivista di scienze etiche e sociali

n. 1
Gennaio - Marzo
2022

In evidenza

- **L'accompagnamento della persona morente: una questione di relazione**
Padre Carmine Arice
- **Approccio e accompagnamento alla morte alla scuola di San Giuseppe**
Benedetto Cottolengo
Don Elio Mo
- **L'Hospice: la normativa italiana dalla prima riforma sanitaria fino alla legge 38/2010**
Gian Paolo Zanetta
- **Evoluzione dell'aspetto giuridico e medico in Italia dopo la legge 38/2010**
Ferdinando Cancelli
- ***In équipe*: l'alleanza terapeutica per la cura del "Dolore globale"**
Ferdinando Garetto



Cottolengo™

PICCOLA CASA DELLA DIVINA PROVVIDENZA


**Pacini
Giuridica**

LÓGOS, Rivista di scienze etiche e sociali



DIRETTORE

Gian Paolo Zanetta

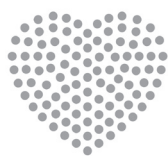
COMITATO SCIENTIFICO

Carmine Arice

Gian Paolo Zanetta

Nicoletta Arrivabene

Elio Mo



Cottolengo[™]

PICCOLA CASA DELLA DIVINA PROVVIDENZA



Indice

L'accompagnamento della persona morente: una questione di relazione	pag.	3
<i>Padre Carmine Arice</i>		
1. Complessità dell'indagine	»	3
2. Da tabù a sorella: riconciliarsi con la morte	»	4
3. L'accompagnatore di fronte alla morte del morente	»	5
4. Il morente	»	6
5. Il pericolo della medicalizzazione	»	7
6. L'Alleanza Terapeutica	»	8
7. Le cure palliative	»	8
8. La verità alla persona malata nella fase terminale della sua esistenza	»	9
9. La morte dell'uomo alla luce della morte di Cristo	»	12
Approccio e accompagnamento alla morte alla scuola di San Giuseppe Benedetto Cottolengo	»	13
<i>Don Elio Mo</i>		
1. La morte nel '700 e '800	»	14
2. Il pensiero e la preparazione alla morte	»	15
3. La predicazione del Cottolengo	»	16
4. Prepararsi nella vita	»	16
5. Lettere al padre	»	18
6. Il Cottolengo e la sua morte	»	19
7. La vicinanza e l'accompagnamento dei morenti	»	21
8. Presenza e scomparsa del senso della morte oggi	»	29
9. Essere-per-la-morte e la libertà di essere sé stesso: M. Heidegger	»	31
10. La decostruzione della morte nella società liquida: Zygmunt Bauman	»	32
11. Accompagnare alla morte nella Piccola Casa oggi	»	36
12. Una preziosa eredità spirituale	»	36
13. Accompagnamento del morente nella multiculturalità e multireligiosità	»	39
L'Hospice: la normativa italiana dalla prima riforma sanitaria fino alla legge 38/2010	»	42
<i>Gian Paolo Zanetta</i>		
Evoluzione dell'aspetto giuridico e medico in Italia dopo la legge 38/2010	»	50
<i>Ferdinando Cancelli</i>		

<i>In équipe: l'alleanza terapeutica per la cura del "dolore globale"</i>	»	55
<i>Ferdinando Garetto</i>		
1. Le storie di cura, nel quotidiano	»	56
2. "Senza far rumore"	»	56
3. "Un pezzo di strada insieme": l'alleanza terapeutica	»	56
4. La comunità, "Équipe allargata"	»	57
5. "...Oltre..."	»	58

L'accompagnamento della persona morente: una questione di relazione

Padre Carmine Arice

Sommario: 1. Complessità dell'indagine. — 2. Da tabù a sorella: riconciliarsi con la morte. — 3. L'accompagnatore di fronte alla morte del morente. — 4. Il morente. — 5. Il pericolo della medicalizzazione. — 6. L'Alleanza Terapeutica. — 7. Le cure palliative. — 8. La verità alla persona malata nella fase terminale della sua esistenza. — 9. La morte dell'uomo alla luce della morte di Cristo.

La riflessione sull'accompagnamento della persona morente esige riconoscere che il tema riserva aspetti problematici, complessi, umanamente drammatici e qualche pericolo.

1. Complessità dell'indagine

Il primo aspetto problematico è dato dal dover disquisire di un'esperienza importante dell'esistenza umana ma che nessuno di coloro che parlano ha fatto; le conclusioni a cui si giunge non sono mai frutto di elaborazione di un vissuto. Se già il parlare della sofferenza ci pone qualche difficoltà, parlare dell'esperienza del morente è ancora più delicato.

È un tema complesso poiché complesso e originale è l'oggetto della nostra indagine: l'uomo con le sue pluriformi dimensioni che lo compongono; questa complessità alberga anche nelle persone che stanno per scelta o per necessità, accanto ai morenti.

Inoltre, quando si riflette di accompagnamento del morente, dobbiamo avere coscienza che si sta parlando di persone in situazioni gravi, che vivono un'esperienza senza ritorno, umanamente drammatica, dolorosa, a volte lunga e difficile da decifrare nelle sue diverse prospettive.

L'indagine come la prassi clinica e pastorale, deve vigilare dal pericolo di trattare il morente non più come una persona pienamente viva. 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 un'esistenza meno nobile e dignitosa, è reale.

Scriva la Carta degli Operatori Sanitari: *"Si tratta di realizzare una speciale assistenza sanitaria al morente, perché anche nel morire l'uomo abbia a riconoscersi e volersi come vivente".¹* *"Aiutare una persona a morire significa aiutarla*

¹ Pontificio Consiglio per la Pastorale degli Operatori Sanitari, *Carta degli Operatori Sanitari*, Città del Vaticano, 1995, n. 115.

a vivere intensamente l'esperienza ultima della sua vita".²

San Giovanni Paolo II, nel suo frequente magistero in materia di pastorale della salute, ha ricordato 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"*.³

Comunque, per quanto sia difficile, occorre assolutamente dare al tema l'importanza che merita e tornare a parlarne non solo nelle aule parlamentari per discutere come aiutare a morire le persone che lo chiedono, o tra esperti e uomini di cultura in dibattiti televisivi, magari con qualche preclusione ideologica; è necessario parlare di morte soprattutto perché essa si trasformi *"da tabù a sorella"*: è necessario parlarne perché dobbiamo affrontare sia la nostra morte e non di meno ci capiterà, per scelta professionale o per necessità familiare, di accompagnare quella di qualcun altro. La morte non è un tema su cui si può tacere, al massimo si possono sfuggire. Quando si parla di persone morenti occorre una comprensione adeguata del concetto di *"dolore totale"* (total pain) inteso come il complesso di dolori fisici, emozionali, sociali e spirituali, come ci ricorda la celebre fondatrice delle cure palliative Cicely Saunders, consapevoli che il malato ha bisogno di percepire attorno a sé un *"clima di solidarietà, fiducia e di speranza"*⁴. L'accompagnamento al morente, per la possibilità di stare accanto alla storia umana in uno dei momenti di

sofferenza più acuti della sua esistenza, diventa un banco di prova per misurare la maturità di una compagine sociale. Ha scritto papa 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 com-passione a far sì che la sofferenza venga condivisa e portata anche interiormente è una società crudele e disumana"*.⁵

2. Da tabù a sorella: riconciliarsi con la morte

Ha scritto il filosofo e matematico Blaise Pascal nei suoi celebri Pensieri: *"Gli uomini, non potendo guarire la morte e sperando di essere felici, hanno deciso di non pensarci"*.⁶

Parlando di accompagnamento della persona morente occorre anzitutto domandarsi: cos'è per me la vita e cos'è per me la morte? Chi è l'uomo che muore? Quale senso può avere la sua sofferenza? La proposta cristiana può essere una chiave di lettura sufficientemente credibile e accettabile?

Il noto giornalista Piero Angela, in 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*

² Idem, n. 116.

³ Giovanni Paolo II, Ai partecipanti al Congresso Internazionale dell'Associazione *Omnia Hominis*, 25 agosto 1990.

⁴ Consulta Nazionale per la pastorale della salute della CEI, *La Pastorale della salute nella Chiesa italiana*, Roma, 1989, n. 31.

⁵ Benedetto XVI, *Spe Salvi*, Città del Vaticano, 2007, n. 38.

⁶ B. Pascal, *Pensieri*, Foschi Editori, 2019, 168.

studiato. Il modello di vita che ci viene presentato quotidianamente è sulla salute, il benessere, la giovinezza. Malattia, vecchiaia, morte vengono rimossi, volutamente ignorati".⁷

Forse proprio per le ragioni esposte dal noto opinionista, sovente nella fase finale della vita, quando questa è accompagnata da malattia grave, si può instaurare una finzione tra pazienti e familiari nella quale il malato sembra non voglia sapere come stanno le cose e i familiari sono contenti di nascondergliela.

Fa eco 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. È questo che dovremmo sempre pensare, un'idea con cui convivere serenamente. È 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"⁸.

3. 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, la 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 il quale non può esimersi dal porsi

domande sul senso del vivere e del morire.

La morte di una persona non è solamente un fatto biologico e per questo interpella tutta l'esistenza. La morte di un altro uomo richiama sempre la mia morte e dunque la mia fede e la mia vita. È 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 da solo, evoca il tempo della solitudine della mia morte e qualifica l'uomo nel suo divenire storico e nella coscienza della sua limitatezza. Diciamolo con schiettezza: è necessaria maturità umana e spirituale per accettare di essere finiti, non onnipotenti, fragili e deboli.

Quello che affermiamo della morte lo possiamo affermare dell'esperienza del morire, del venire progressivamente meno delle facoltà fisiche, psichiche, relazionali. Anche questo 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".⁹

Di fronte a tutto questo le vie d'uscita sono fondamentalmente due: fuggire il pensiero della morte oppure cercare delle chiavi di lettura che possono illuminare e umanizzare la morte e dunque anche l'esistenza.

Tra le chiavi di lettura possibili vi è quella offerta dalla fede cristiana, fondata sulla morte e resurrezione di Cristo e che aiuta la persona a vivere il morire con speranza ed apertura alla

⁷ P. Angela, Atti del convegno *La verità e il malato*, Milano, 1987.

⁸ L. Geymonat, Atti del convegno *La verità e il malato*, Milano, 1987.

⁹ A. Donghi, *Morire oggi*, Milano, 2004, p. 114.

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.

4. Il morente

Può essere utile, a questo punto, proporre una definizione, speriamo condivisa, di "malato in fase terminale", giacché la visione antropologica determina il nostro pensiero e dunque il nostro agire. Mi sembra adeguata quella proposta dal professor Massimo Petrini, geriatra e gerontologo, già Preside del Pontificio Istituto Teologico Camillianum di Roma: *"Il morente è un malato affetto 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".*¹⁰ È un tempo nel quale *"al male e alla sofferenza fisica sopraggiunge il dramma psicologico e spirituale del distacco che il morire significa e comporta".*¹¹

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

Elisabeth Kübler Ross nella sua opera ma-

gistrale *La morte e il morire*¹², ha illustrato con notevole precisione le diverse fasi attraversate dai malati terminali e dai loro familiari, individuando le seguenti tappe:

- a. Rifiuto: *"No, non sono io"*. Alla notizia della diagnosi infausta il paziente rifiuta la verità, non di rado ripetendo con diversi specialisti e in luoghi diversi, le indagini diagnostiche. Occorre rispettare questo comprensibile meccanismo di difesa per la necessaria prima elaborazione della notizia. Un intervento violento e prematuro che richiami la realtà, per il malato potrebbe essere eccessivamente traumatico e insopportabile.
- b. Rivolta: *"Perché io? Cosa ho fatto per meritarmelo?"*. In una seconda fase subentra una comprensibile ribellione per essere stato aggredito dal morbo nefasto. Anche in questo caso è bene dare tempo al paziente di elaborare quanto prova con drammatica sofferenza interiore, senza minimizzare la fatica che sta affrontando, bensì accogliendo lo spazio emotivo, fin quando perde la sua intensità in vista dello sbocco successivo.
- c. Patteggiamento: *"Sì, sono io... però"*: il paziente cerca di instaurare una sorta di compromesso sulla verità e di entrare a patti, soprattutto con Dio, per rubargli un po' di tempo se non la stessa guarigione, assicurandogli una contropartita in un cambiamento nello stile di vita, nelle relazioni interpersonali e nella conversione ad una vita moralmente migliore.
- d. Depressione: *"Sì sono io!"*: la persona cosciente ormai che la propria situazione sta peggiorando, avverte un senso di profondo abbattimento.
- e. Accettazione: *"Sono io e sono pronto!"*. Secondo la Kübler Ross, non di rado, se accompagnato, il malato giunge ad una fase

¹⁰ M. Petrini, *Accompagnamento del morente*, in Dizionario di Pastorale Sanitaria, Camilliane, 1997, p. 775.

¹¹ *Carta degli Operatori Sanitari*, n. 115.

¹² Cfr. E. Kübler Ross, *La morte e il morire*, Cittadella, 1992.

finale in cui si riconcilia con la realtà, con una discreta capacità di guardarla in faccia con rassegnazione e coraggio; un'elaborazione che non è mai indolore!

Ritengo che lo schema proposto dalla Kubler, donna che ha vissuto tanti anni accanto alle persone morenti, in modo particolare malati di AIDS, sia sostanzialmente ancora valido, senza dimenticare, però, quanto la stessa autrice sottolinea e cioè l'analisi proposta è descrittiva, le diverse fasi del compromesso rispettano la personalità di ciascuno, che ci sono fattori determinanti quali la maturità psico-affettiva o le chiavi interpretative dell'esistenza, che le diverse fasi hanno temporalità molteplice e che possono vedere progressione o regressione nel loro attuarsi.

5. Il pericolo della medicalizzazione

Di fronte ad un morente non è sempre facile sottrarsi alla tentazione di medicalizzare l'evento, caratterizzato da 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.

Solo una visione olistica della persona e quindi un approccio terapeutico capace di prendersi cura del malato oltre che della sua malattia, può dare al paziente una risposta integrale alla sua domanda di salute. Nessuna delle dimensioni che costituiscono la globalità dell'esperienza personale di ciascuno può essere dimenticata, nemmeno quando si parla di accompagnamento al morente.

La dimensione *fisica*, infatti, con i suoi bisogni assistenziali e sanitari, interagisce con le altre dimensioni e si condizionano reciprocamente. Il rischio di ridurre l'interazione alla sfera fisica con

interventi quali: hai mangiato? Ti è tornato l'appetito? Hai male? Non può che essere l'inizio di un dialogo di relazione d'aiuto. Occorre andare oltre ed esplorare l'impatto della malattia sulle altre dimensioni esistenziali.

Non va sottovalutata la *dimensione intellettuale* con le sue capacità motivazionali. Almeno nella prima fase, il paziente non perde le capacità mentali di valutare, comprendere, ricordare, progettare, analizzare, sintetizzare, comprendere possibili soluzioni e partecipare a strategie appropriate.

La persona 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, allora, canali vitali per aiutare l'individuo a gestire dubbi, preoccupazioni, imprevisti sollevati dall'ospedalizzazione o da una diagnosi infausta. Rispondere ai quesiti del paziente significa manifestargli rispetto e riconoscere il suo diritto all'informazione.

Particolare importanza riveste la *dimensione emotiva* con i sentimenti provati, a volte riconosciuti, qualche volta anche espressi. I sentimenti — e i relativi meccanismi di difesa — possono essere causa di benessere e gratificazione o di 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. Per questo l'accompagnatore deve prestare particolare attenzione al linguaggio verbale (mi sento scoraggiato, mi sento solo...) e a quello simbolico (mi sto arrampicando sui vetri, la strada è in salita, mi è crollato il mondo addosso) senza dimenticare che la sofferenza grave genera notevoli meccanismi di difesa.

Anche la *dimensione sociale* non va sottovalutata. L'evento della malattia grave mette in crisi il proprio progetto e stile di vita, ferisce il ruolo sociale e talvolta impone delle maschere dietro cui nascondere la situazione di sofferenza.

La gravità della situazione aumenta i disagi collegati ai ruoli familiari e professionali e, se dimentichiamo questo, si possono generare ulteriori sofferenze. Il malato è anche portatore di legami affettivi e ruoli professionali che non spariscono improvvisamente.

Infine non va esclusa la *dimensione spirituale*, sostanziata dai valori che hanno orientato la vita del paziente e dal senso esistenziale che egli ha vissuto e vive interiormente. Tra i valori importanti può esservi la dimensione religiosa: occorre essere consapevoli che il dolore scuote la fede e può portare Dio sul banco degli imputati. Nel tempo della malattia, soprattutto se grave, 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.

Se è vero che occorre valorizzare le risorse spirituali del malato, è anche vero che è necessario rispettare il percorso individuale di ciascuno, le sue attese e i tempi di elaborazione delle domande esistenziali quando questo è ancora possibile.

L'esperienza dimostra che, non di rado, i pazienti che giungono a vivere la fase terminale della loro esistenza nutriti ordinariamente da percorsi spirituali seri, manifestano risorse importanti e questo a ulteriore dimostrazione che l'uomo ha sempre bisogno di senso oltre di pane: non basta dare anni alla vita, occorre anche dare vita agli anni.

6. L'Alleanza Terapeutica

Proprio perché la persona è una pluralità di dimensioni, è necessaria un'alleanza terapeutica adeguata tra tutte le figure professionali, assolutamente necessaria per una cura globale della persona. La pluridimensionalità del malato terminale giustifica attorno ad esso una costellazione di persone che, attraverso specifiche competenze, cercano di rispondere a tutti i suoi biso-

gni. 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 in modo adeguato le risorse economiche disponibili.

L'esigenza di avere attorno al malato un mosaico terapeutico efficace nasce dalla complessità della sofferenza umana, realtà che nella fase terminale si acuisce. Il settorialismo con conseguente frantumazione di intervento sul malato, l'enfatizzare la salute biologica e l'attenzione al solo risultato degli esami clinici, il predominio dell'efficientismo e del tecnicismo sono assolutamente da evitare, mentre è da incoraggiare, nella consapevolezza dei propri limiti, la valorizzazione dei diversi contributi professionali, tutti utili e necessari.

Dove non vi è la consapevolezza di essere parte di una squadra che insieme cura efficacemente il paziente subentrano seri pericoli sui quali vigilare: l'individualismo dei professionisti che porta ognuno a voler essere "il capo" e avere il suo campo di azione senza interferenze da parte di altri, l'autosufficienza generata dall'orgoglio di sapere con sicurezza ostentata ciò che si deve fare, la competizione intesa come affermazione personale, l'arrivismo nella ricerca di immagine e prestigio, e non di meno l'affermazione di sentimenti di superiorità.

7. Le cure palliative

Luogo principe nel quale si mostra l'importanza del mosaico terapeutico attorno al malato sono le cure palliative. L'accompagnamento del morente, soprattutto nella sua fase terminale, è affidata proprio 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”¹³. 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 spirituali è l’obiettivo principale della medicina palliativa. È 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”.¹⁴

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

Scrivono la Carta degli Operatori Sanitari: “Il Diritto alla vita si precisa nel malato terminale come diritto a morire in tutta serenità, con dignità umana e cristiana”.¹⁵ Per questo a tutela del diritto a morire con dignità occorre guardarsi da due pericoli: la pratica eutanasica e un tecnicismo abusivo per la capacità della medicina odierna di ritardare artificialmente la morte, senza che il paziente riceva un reale beneficio ma “un uso di mezzi particolarmente sfibranti e pesanti per il malato, condannandolo di fatto ad un’agonia prolungata artificialmente”.¹⁶

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. La Sagra Congregazione per la Dottrina della fede nel documento sull’eutanasia del 5 maggio 1980 scrive: “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. Penso a *Franco*, con il quale il cammino è stato difficile. Fino alla fine egli è stato circondato dall’amore e dall’affetto della famiglia, ha fatto anche un certo cammino spirituale ricevendo i sacramenti della confessione e dell’Eucaristia.

¹³ Caterina de Nicola, *Accompagnamento spirituale nelle cure palliative*, Torino, 1999, p. 36.

¹⁴ Idem, p. 58.

¹⁵ Carta degli Operatori, n. 119.

¹⁶ Giovanni Paolo II, *Ai partecipanti al Convegno internazionale sull’assistenza ai morenti*, 1992.

dopo decenni che questo non avveniva, ma a lui la verità si è sempre nascosta. 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 di fede e con lui si è iniziato a parlare di morte e di preparazione ad essa quando ancora aveva discrete energie fisiche. Ricordo quel 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 prepararvi 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 venuti incontro in Paradiso. Ha vissuto tutta la sua esistenza amando ed è morto con gesti di carità sincera verso le infermiere, gli amici, i medici al punto che, il giorno della sua morte, ormai in edema polmonare, non voleva disturbare troppo gli operatori sanitari pieni di lavoro per farsi mettere in una posizione che potesse aiutarlo a respirare meglio. 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, chi deve dirla e quando bisogna dirla non sono temi trattabili in modo frammentario. Anche per rispondere a queste domande è necessario chiedersi: 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?

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 già nel 1995, un testo di riferimento autorevole e ricco di citazioni del Magistero ecclesiale. Le sottolineature del documento circa il nostro argomento mi sembrano degne di nota quando fa riferimento all'importanza della comunicazione, della veracità, dei rapporti con la famiglia, del discernimento e del tatto umano con cui dialogare, dell'unicità di ogni malato con le sue caratteristiche, del rapporto di fiducia tra medico — malato — paziente, della comunicazione dei significati del morire e dell'opportunità pastorale di comunicare la verità. Nei numeri da 125 a 127 si legge: *"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 veracità. 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 rincontro riconciliatore con Dio nel sacramento della Penitenza.

Non si può abbandonare all'incoscienza la persona nell'«ora» decisiva della sua vita, sottraendola a sé stessa e alle sue ultime e più importanti decisioni. «La morte rappresenta un momento troppo essenziale perché la sua prospettiva venga evitata»¹⁷.

Il dovere della verità all'ammalato termina- le 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 suscitargli 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 (Cfr. 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»¹⁸. Non si tratta, dunque, solo di

trasmettere dati clinici, ma di comunicare significati e questo in un contesto di relazione solidale col malato.

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 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 sé stesso come persona. La sua vita, malgrado tutto, ha un senso, e si dispiega in un orizzonte di significato invero e trascendente il morire.

Come si dice la verità al malato e la capacità 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. Per il cristiano, poi, è necessario non nascondere la verità di fronte alla morte imminente, per il diritto - dovere di prepararsi alla buona morte, in una fede sincera e fiduciosa nell'opera della grazia.

Per sottolineare ancora una volta come la morte e la malattia terminale della persona malata è un forte interrogativo di senso per ogni operatore, concludo citando 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*

¹⁷ Cfr. Pontificio Consiglio "Cor Unum", *Alcune questioni etiche relative ai malati gravi e ai morenti*, in *Enckindion 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).

¹⁸ 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.

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. È perché sono un'allieva infermiera o semplicemente in quanto essere umano che ho coscienza della vostra paura e che questa cresce 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"¹⁹.

Anche su questo tema, tutto si gioca nella dinamica della relazione!

9. La morte dell'uomo alla luce della morte di Cristo

In Gesù che affronta la Sua morte il cristiano trova il significato da dare al proprio morire. È 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.

Anch'egli davanti alla morte ha provato angoscia e sofferenza, ha pianto la morte di Lazzaro 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 di 'resurrezione' ne sono solo un segno. La sua vita è stata tutta dedicata alla liberazione dell'uomo dal male e dalla malattia e mediante la sua morte e resurrezione questa liberazione l'ha resa definitiva. Gesù si è affidato al Padre ed è stato il Padre a liberarlo, così ogni

uomo che si affida al Padre può essere liberato: non di meno, come Cristo egli è invitato a preparare la propria morte facendo della vita un dono incondizionato a Dio ed ai fratelli. Nella logica del dono trova il suo posto, pur nella fatica del mistero, anche la nostra 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.

Concludendo facciamo nostre le parole di papa Francesco quando rammenta: *"All'uomo che soffre, Dio non dona un ragionamento che spieghi tutto, ma offre la sua risposta nella forma di una presenza che accompagna, di una storia di bene che si unisce ad ogni storia di sofferenza per aprire in essa un varco di luce. In Cristo, Dio stesso ha voluto condividere con noi questa strada e offrirci il suo sguardo per vedere in essa la luce".²⁰*

¹⁹ Lettera citata da E. Kubler-Ross, in *Recontre avec le mourants*, conferenze pubblicate in *Gerontologie* nn. 9, 10 e 11 del 1974.

²⁰ Francesco, *Lumen Fidei*, Città del Vaticano, 2013, n.57.

Approccio e accompagnamento alla morte alla scuola di San Giuseppe Benedetto Cottolengo

Don Elio Mo

Sommario: 1. La morte nel '700 e '800. — 2. Il pensiero e la preparazione alla morte. — 3. La predicazione del Cottolengo. — 4. Prepararsi nella vita. — 4.1. La morte del giusto. — 4.2. La vicinanza del sacerdote. — 4.3. La ricchezza della carità. — 4.4. La morte come pedagogia. — 5. Lettere al padre. — 6. Il Cottolengo e la sua morte. — 6.1. Il pensiero del Paradiso. — 7. La vicinanza e l'accompagnamento dei morenti. — 7.1. I modi specialissimi del Cottolengo verso il morente. — 7.2. L'abbandono a Dio, la confidenza, il sacrificio della vita, il desiderio del paradiso. — 7.3. La presenza, la vicinanza fisica, l'attenzione ad ogni bisogno, il sacerdote. — 7.4. Nessuno muoia senza assistenza. — 7.5. La confidenza e l'abbandono in Dio. — 7.6. Imparare a congedarsi dal mondo. — 7.7. Riconciliarsi con la propria storia. — 7.8. Sensibilità e cura verso l'ambiente del morente. — 7.9. Attenzioni e sensibilità per chi assiste i morenti. — 7.10. I Sacramenti ai morenti. — 7.11. Il Viatico. — 7.12. Devozione a san Giuseppe. — 7.13. La cura orante per i morenti. — 7.14. Morire alla Piccola Casa è una grazia. — 7.15. Lasciare preziosa memoria di sé. — 7.16. Il dono delle morti edificanti. — 7.17. Le conversioni. — 7.18. La cura oltre la morte: le esequie. — 7.19. Suffragare i defunti. — 7.20. Una sensibilità diffusa. — 8. Presenza e scomparsa del senso della morte oggi. — 8.1. Un contesto culturale diverso. — 8.2. L'ineliminabile pensiero della morte. — 9. Essere-per-la-morte e la libertà di essere sé stesso: M. Heidegger. — 9.1. Una riflessione critica su Heidegger. — 10. La decostruzione della morte nella società liquida: Zygmunt Bauman. — 11. Accompagnare alla morte nella Piccola Casa oggi. — 12. Una preziosa eredità spirituale. — 12.1. Prepararsi nella vita. — 12.2. La Piccola Casa luogo di donazione di sé. — 12.3. Una Parola vivente e vivificante. — 13. Accompagnamento del morente nella multiculturalità e multireligiosità.

Il tema che mi è stato affidato presenta certamente un interesse significativo all'interno della Piccola Casa, ma il suo interesse va oltre ad essa e tocca la questione del nostro mondo contemporaneo, almeno nella cultura occidentale, del rapporto con la morte e della ricerca di senso, del senso della morte. Questo tema è certamente al di là delle intenzioni di questo articolo, ma non possiamo fare a meno di accennare a questo tratto culturale per cercare di cogliere, poi, quali sensibilità di fronte al morente emergono per noi oggi dal modo con cui il Cottolengo insegnava e viveva il rapporto con la morte, 'male' certo inevitabile che ha tuttavia un suo significato pedagogico per la vita.

1. La morte nel '700 e '800

Il rapporto del XVIII e XIX secolo con la morte si colloca in una sorta di cambiamento della percezione e della tematizzazione della morte che attraversa tutta la storia occidentale. Nel Medioevo si viveva una sorta di familiarità con la morte perché era vissuta come un evento naturale e la morte di una persona conosceva una ritualità precisa e pubblica. Nel XII secolo avviene un cambiamento radicale perché l'uomo prende coscienza della propria soggettività e questa emerge, con evidenza, di fronte alla morte. Questo perché si percepisce che ogni uomo con la propria morte si trova di fronte al giudizio di Dio e dovrà rispondere di sé stesso. È la morte del soggetto individuale che emerge alla coscienza e la morte riguarda solo il morente, non è più un evento naturale universale. Il '700 vede una trasformazione laica della cultura occidentale e alla morte si cerca di rispondere con la vita perciò accanto al morente si sostituisce il medico al sacerdote e ci si preoccupa di più della salute del corpo che non quella dell'anima. I cimiteri che si personalizzano col nome del defunto, gli epitaffi e le tombe di famiglia sono un tentativo culturale di prolungare la presenza del defunto

e di rispondere al desiderio di immortalità. Diventa più faticoso accettare la scomparsa della persona cara. Questo proprio perché si cerca di fronte alla morte di prolungarne la vita. Dopo la metà del '700 riappare la paura della morte e in un nuovo modo, quello cioè di essere sepolti vivi. Più si cerca di sostituire alla morte l'impegno per prolungare la vita, più la morte appare terribile e più si affievolisce il confine tra morte e vita. Gli stessi cimiteri vengono costruiti lontano dalla città. L'800 è caratterizzato dalla paura della morte che diviene una ossessione collettiva e anche culturale. Da parte sua il progresso, sia della medicina che della tecnica, si impegnano a sconfiggere la morte. Compare tuttavia la percezione di una morte compresa in uno stato d'animo, come noia, disillusione e malinconia che caratterizza la letteratura romantica, è il "mal du siècle". Questo si caratterizza anche nella morte della persona cara, di fronte alla quale compare il dolore vero causato da una separazione definitiva che non si riesce ad accettare. Questo però porta i cimiteri a rientrare a far parte della città, anche a motivo dell'espansione urbana, come luogo dove si prolunga la presenza e l'incontro con le persone care. Da parte di chi muore, del moribondo, ora: "egli si affida completamente ai suoi parenti, si fida di loro, e pensa al loro futuro nel testamento, ora completamente laicizzato. Il momento dell'agonia diventa quello in cui si dimostra il maggiore attaccamento alle cose terrene, sia per ciò che riguarda gli affetti che per i beni materiali. Il distacco è netto: mentre prima si pensava alla salvezza dell'anima, all'aldilà, ora si dimostra un estremo attaccamento ai valori terreni. Infine bisogna ricordare che in questo periodo nasce il funerale commerciale: le imprese funebri si incaricano di organizzare tutto, lasciando la famiglia libera di dedicarsi al proprio dolore. Ciò implica un'apparente solidarietà determinata dall'apparire dei necrologi (la morte viene, per così dire, pubblicizzata), ma comporta anche una privazione dell'intimità che la caratterizzava. Inoltre, a partire dal 1870, nasce la cremazione [...] a di-

mostrare che l'ossessione per la morte è divenuta praticamente intollerabile. Tutto ciò dimostra che non c'è più familiarità con la morte, che essa provoca una paura tale che la porterà a diventare, nel 1900, il tabù maggiore.¹

2. Il pensiero e la preparazione alla morte

Nei confronti della morte, il Cottolengo non presenta tratti particolari od originali. L'atteggiamento comune dei fedeli e dei sacerdoti di fronte alla morte e nei confronti del morente trovano la loro espressione sia nelle Massime eterne di Sant'Alfonso de' Liguori, scritto nel 1728, sia nel seguente libro intitolato *Apparecchio alla morte*, scritto nel 1758. I libri di pietà del tempo presentano anche altre meditazioni e preghiere prese da Fénelon e da Bossuet. Queste considerazioni ispirano anche la predicazione del Cottolengo. I temi che ritornano nelle considerazioni riguardanti la morte considerano il fine dell'uomo, la sua importanza, il peccato mortale, la morte, il giudizio finale, l'inferno, la sua eternità. Le preghiere per ricevere l'"Estrema unzione", il sacramento pensato per i morenti, percorrevano la propria vita in una rilettura spirituale, riconoscendo i peccati fatti con i cinque sensi, con le mani e con i piedi di cui si chiedeva perdono a Dio, per il cattivo uso che si era fatto di essi. Nella preghiera per la buona morte che non riguardava il morente, ma era una contemplazione della propria morte immaginata nella consumazione del proprio corpo, ci si preparava a vivere quel momento in cui si lascerà il mondo presente e questa vita. Considerazioni suggestive e un po' macabre che suscitavano timore e nello stesso tempo abbandono a quell'ultimo momento della

vita. Riporto qui alcune di queste considerazioni proposte in queste preghiere, perché possono introdurci in quel clima spirituale che si prospettava in occasione della propria morte:

Gesù, Signore Dio di bontà. Padre di misericordia, Spirito Santo divina Carità, io mi presento innanzi a Voi con un cuore umiliato, contrito e confuso. Vi raccomando la mia ultima ora e ciò che dopo di essa attende l'Anima mia.

Quando le mie mani tremule ed intorpidite non potranno più stringervi Crocifisso e nella Corona del santo Rosario, e mio malgrado Vi lascerò cadere sul letto del mio dolore; misericordioso Gesù, abbiate Pietà di me.

Quando i miei piedi, immobili, mi avvertiranno che la mia carriera in questo mondo è presso a finire, misericordioso Gesù, abbiate Pietà di me.

Quando i miei occhi, offuscati e stravolti dall'orrore della morte imminente, fisseranno in Voi gli sguardi languidi e moribondi, misericordioso Gesù, abbiate Pietà di me.

Il seguito lo riporto in nota per non appesantire il lettore, invitando però alla lettura perché aiuta a capire come era l'immaginario collettivo della morte tra la descrizione un po' ossianica e un po' romantica, supportata però sempre dalla fiducia e dall'abbandono in Dio.² È da notare

² Quando le mie labbra, fredde e tremanti, pronunzieranno per l'ultima volta il vostro Nome adorabile, misericordioso Gesù, abbiate Pietà di me.

Quando le mie guance, pallide e livide, ispireranno agli astanti la compassione e il terrore; e i miei capelli, bagnati dal sudore della morte, annunzieranno prossimo il mio fine, misericordioso Gesù, abbiate Pietà di me.

Quando le mie orecchie, presso a chiudersi per sempre ai discorsi degli uomini, s'apriranno per intendere la Vostra voce, che pronunzierà l'irrevocabile sentenza onde verrà fissata la mia Sorte per tutta l'eternità, misericordioso Gesù, abbiate Pietà di me.

Quando la mia immaginazione, agitata da orrendi e spaventevoli fantasmi, sarà immersa in mortali tristezze, ed il mio spirito, turbato dall'aspetto delle mie iniquità e dal timore della vostra giustizia, lotterà contro l'angelo delle tenebre, che vorrà togliermi la vista consolatrice delle vostre misericordie e precipitarmi in seno alla disperazione, misericordioso Gesù, abbiate Pietà di me.

¹ <https://www.storiadigitale.it/la-morte-nei-secoli/> Ho preso da questo sito alcune indicazioni perché riassume studi importanti sulla morte come quello di Philippe Ariès e di Vovelle Michel.

che il male descritto non riguarda solo e neppure troppo il disfacimento del corpo, quanto piuttosto le angosce e le paure, i timori dell'anima.

Se questo era il clima con cui nell'Ottocento e anche nel Novecento, fino al Vaticano II, si pensava cristianamente alla morte e ci si preparava ad essa, rendendone presente quotidianamente o temporalmente il pensiero al fine di vivere una vita moralmente degna e santa, il Cottolengo nella sua predicazione riprende tematiche come queste.

3. La predicazione del Cottolengo

Raccogliere dalle prediche del Cottolengo le suggestioni che egli offriva ai suoi ascoltatori circa il pensiero della morte sovrasta la possibi-

Quando il mio debole cuore, oppresso dal dolore della malattia, sarà sorpreso dagli orrori di morte, e sarà spossato dagli sforzi che avrà fatto contro i nemici della mia salute, misericordioso Gesù, abbiate Pietà di me.

Quando verterò le mie ultime lacrime, sintomi della mia distruzione, ricevetele, o mio Gesù, in sacrificio di espiazione, affinché io spiri come una vittima di penitenza: ed in quel terribile momento, misericordioso Gesù, abbiate Pietà di me.

Quando i miei parenti ed amici, stretti a me d'intorno, s'inteneriranno sul dolente mio stato, e v'invocheranno per me, misericordioso Gesù, abbiate Pietà di me.

Quando avrò perduto l'uso di tutti i sensi, ed il mondo intero sarà sparito da me, ed io emerò nelle angosce dell'estrema agonia e negli affanni di morte, misericordioso Gesù, abbiate Pietà di me.

Quando gli ultimi sospiri del cuore diranno che l'anima mia starà per separarsi dal corpo, accettateli come atti di una santa impazienza di venire a Voi e Voi, misericordioso Gesù, abbiate Pietà di me.

Quando l'anima mia uscirà per sempre da questo mondo, e lascerà il mio corpo pallido, freddo e senza vita, accettate la distruzione del mio, essere come un omaggio che io vengo a rendere alla vostra Divina Maestà; ed allora, misericordioso Gesù, abbiate Pietà di me.

E quando, finalmente, l'anima mia comparirà innanzi a Voi, e vedrà per la prima volta lo splendore immortale della vostra Maestà, non la rigettate dal Vostro cospetto; degnatevi ricevermi nel seno amoroso della Vostra misericordia, affinché io canti eternamente le Vostre lodi: misericordioso Gesù, abbiate Pietà di me.

lità di questo studio per quanto potrebbe presentarsi interessante per una analisi del contesto sociale e culturale in cui egli viveva e predicava. Mi limiterò pertanto qui a presentare solo alcune citazioni che possono essere significative al fine di interrogarci oggi sul rapporto con la morte che la Piccola Casa è chiamata ad offrire e suggerire ai suoi figli che in essa giungeranno alla fine della loro vita. Questo infatti vuole essere il senso di questo studio, ma le radici storiche, culturali e cristiane nelle quali e dalle quali la Piccola Casa è nata nel cuore stesso del Cottolengo, esigono una rilettura che risalga alla sua sensibilità e ai suoi insegnamenti.

4. Prepararsi nella vita

Quando il Cottolengo parla della morte e dell'essere preparati per il momento della morte, vede questa preparazione come un impegno di tutta la vita. Non si tratta allora solo di un ultimo momento che avviene in un accompagnamento alla morte, ma di tutta una vita, del modo con cui abbiamo vissuto e viviamo la nostra vita. In un certo senso la morte fa parte della vita e la vita va vissuta anche nella consapevolezza della morte intesa come momento del giudizio su tutta la nostra vita. L'uomo preparato alla morte è l'uomo che ha vissuto come uomo giusto.

4.1. La morte del giusto

Così il Cottolengo fa riflettere i suoi ascoltatori dicendo che se la morte sarà la cosa più terribile per chi "idolatrò il mondo", non così sarà per l'uomo giusto. Anzi san Gregorio dice che l'uomo giusto "gioviale ne attende l'incontro"³ dal momento che vivendo sulla terra guardando "con

³ Le citazioni seguenti riportano espressioni di una predica sulla 27ma Domenica dopo Pentecoste (G.B. Cottolengo, Prediche, Vol. VII, Domenica 27 post Pentecostem [306-307]). Nelle citazioni viene rispettato il testo originale anche quando può presentare difficoltà o errori.

occhio di qual pelegrino le terrene cose giammai ne li attaccò il suo cuore” ed essendo vissuto come il servo fedele che attende il suo padrone “traficò con tutta la possibile attenzione li affidati talenti” e “tenne sempre preparati i suoi conti” certo di riceverne il premio. Così “la cristiana pietà” deve dire con franchezza “al giusto moribondo”, come fece Isaia con Ezechia quando gli disse che la sua malattia lo avrebbe portato alla morte, per disporlo alla morte perché “l’uom dabbene” di fronte a una tale notizia “ben longi dal sentirne raccapriccio e duolo... parmi sentirlo esultar” con le parole di Davide che dice “Quale gioia quando mi dissero: Andremo alla casa del Signore” (Sal 122,1) e “giungere di fatti, mercé la vicina morte, al beato regno”. Infatti gli sono motivo di speranza la sua vita cristiana e le sue opere buone. In quel momento infatti si presenterà al giusto che muore “nel riandar tra i sensi della più profonda umiltà le sue virtuose azioni” e sebbene sia “mai sempre incerto l’esito di sua sorte in sin che vive... tranquillo riposa nella divina misericordia”.

In un’altra predica sul Vangelo della Vedova di Nain, sempre parlando della morte del giusto, Il Cottolengo dice: “o morte o felice, o invidiabil morte del vom giusto, e chi di voi non sentasi destar in seno vivo desiderio di poterne una simil morte incontrare”. Per questa dice che cosa vi è richiesto? E risponde “Sol vi s’esige fedel osservanza sì de generali, che rispettivi nostri doveri, che però se la morte incontrar desiderate del vom giusto, come il giusto vivente che così dopo aver in morte goduto di un seggio dirò così di paradiso, al maggion de beati felici volete come ad ognun di voi v’auguro, e desidero.”⁴

4.2. La vicinanza del sacerdote

In un’altra copia di questa predica il Cottolengo considera il compito del sacerdote vicino al morente, dal momento che dice, proprio

⁴ G.B. Cottolengo, Prediche, Vol. VII - 15° domenica dopo la Pentecoste] « Noli flere » [252].

nell’ora della morte si fa più viva l’opera del tentatore. Il sacerdote invita il morente a ricevere il sacramento della Penitenza “e per disporvi al degnò dilui ricevimento prescrive a suoi fedeli ministri che con tenerezza la più affettuosa del loro cuore vi porgan sott’occhio i tanto pregiati divini attributi di bontà, misericordia, d’Iddio, e quanto per nostro commune bene ha operato Cristo Gesù, vi fa proporre che la divina clemenza sta colle braccia aperte per ricevere chi pentito a lei ricorre, ed al vedervi disposti v’assolve e per vostro conforto vi munisce del sacro viatico, acciò mercè questa celeste manna franchi vengiate alla beata terra dei viventi”⁵. Qui sentiamo da vicino il cuore del Cottolengo, la tenerezza piena di affetto, la sensibilità e l’esperienza della bontà di Dio, della sua misericordia, di ciò che ha fatto Gesù Cristo morendo in croce per noi il quale sta con le braccia aperte per accoglierci con tanta clemenza, cuore che il Cottolengo vuole ci sia nel sacerdote vicino al morente.

4.3. La ricchezza della carità

Sempre in ordine a questo tema di preparazione alla morte da vivere in tutta la nostra vita, il Cottolengo, in un’altra predica richiama l’importanza di vivere la carità cristiana:

Si cari se volete salvarvi dovete avere vera carità verso Iddio, e reale, ed effettivo amor pei vostri simili del resto siete nel baratro di morte a cagion del peccato, e se non emendate sta preparato per voi un orribil inferno. O adonque pregiatissima carità, o quanto mai felice, e beato sarebbe mai il mondo tutto se siccome tu sei la prima, e regina di tutte le altre virtù sì teologiche che morali così ancora regnassi nel cuor degli uomini padrona e sig[no]ra di tutti i loro affetti⁶.

⁵ G.B. Cottolengo, Prediche, Vol. VII - 15° domenica dopo la Pentecoste - [267].

⁶ G.B. Cottolengo, Prediche, VII, Domenica 16 post Pentecostem [301-302].

Infine abbiamo un richiamo all'importanza dell'aiuto dato ai poveri. In una predica sull'elemosina Il Cottolengo considera che se coloro che sono stati liberali in vita, già in vita vengono ringraziati, in morte vengono rimpianti, non solo ma i poveri ci apriranno le porte del cielo.

Se tante dimostrazioni di stima, di concetto, di venerazione ricevono in vita i liberali, e morti appena ognuno li compiangere, li sospira, li bacia, e li lascia quai padri tolti al loro buon essere, si credetelo i poveri sono i veri vostri amici, che vi stimano in vita, e vi mandan pace dopo morte, e la nel final giudizio faranno tutto il fattibile per vedervi salvi. «Nos te in die iudicii sequeremur, et quidquid petieris procurabimus tibi»⁷.

E citando san Gregorio Magno dice che "sta sulla porta che mette all'altro modo la misericordia per accogliervi, se mai per sola supposizione vi intrordeste verso le infernali porte vi respingerebbe subito la citata misericordia"⁸ e, sempre nello stesso discorso, citando san Pier Damiani aggiunge "Dà il pane, dà da bere, se vuoi avere Dio come debitore e non come giudice", questo in riferimento al detto di Gesù "quello che avete fatto o non avete fatto al più piccolo dei miei fratelli l'avete fatto o non l'avete fatto a me" (Mt 25,45).

4.4. La morte come pedagogia

Il pensiero della morte si presenta come una pedagogia che ci fa vivere una vita più ricca di bontà e di dedizione. Infatti scrive che la morte è

capace se ben si pondera a farci vegliar di continuo su de nostri andamenti, o quanto ella e ancora valevole, fedeli miei, a farci tener sempre nel camin di questo nostro breve pellegrinaggio, fisso lo sguardo al dilui vicino termine, che s'è la morte, e così coll'allontanarci dall'o-

⁷ G.B. Cottolengo, Prediche, Vol. X, (Delle virtù - Elemosina [76-77]).

⁸ Ivi.

zio, e dal vizio portarci alla pratica della virtù ed al buon impiego del tempo affin fuggire nel tremendo divin giudizio una estrema confusione nel essere come scialaquatori del tempo condannati⁹.

5. Lettere al padre

Questa sensibilità a fare della vita un tempo di preparazione alla morte appare anche in alcune lettere indirizzate a suo padre nel 1827, quando il Cottolengo giunge al culmine di una sua trasformazione e maturazione spirituale. Le circostanze che inquadrano il contesto di queste lettere sono ampiamente indicate dallo studio di L. Piano¹⁰. Qui interessa solo cogliere le considerazioni del Cottolengo circa il tema della mortalità e dell'eternità dopo la morte. Così scrive al padre il 30 gennaio 1827 in merito alla malattia contratta dalla madre, dal fratello e dalla sorella:

...ben si vede che il pietoso Iddio ci vuole bene in così visitarci da qualche anno in qua, e se ho da dirvi ciò che io penso è un beneficio rarissimo del Cielo quale vuole che così si pensi da ognuno di noi alla nostra caducità, e si sap[pi]ano approfittare dalle disdette di qua giù di ciò che tiene preparata la Divina giustizia per chi non sa approfittare mercé la pazienza ed insieme la rassegnazione...¹¹

E più avanti:

Mi crea che in così scriverli mi sembra vi sia il Signore Iddio mi parli al Cuore, io desidero di vederlo santo, come tutti gli altri di nostra Casa, io abbenché di non ancora 40 anni di vita mi

⁹ G.B. Cottolengo, Prediche, Vol. VII - 8° domenica dopo la Pentecoste] «Homo quidam...» 1° agosto 1813 [158].

¹⁰ L. Piano, San Giuseppe Benedetto Cottolengo. Fondatore della Piccola Casa della Divina Provvidenza sotto gli auspici di San Vincenzo de' Paoli (1786-1842), Torino 1996, pp. 163-167.

¹¹ Carteggio di San Giuseppe Benedetto Cottolengo, a cura di Lino Piano, I, Torino 1989, p. 263s (30 gennaio 1827).

sembra ogni giorno di dover pensare alla interminabile eternità... il solo pensiero di rendersi felici in Cielo è ciò che ci debbe stare ogni giorno a cuore per non dir ogni istante¹²

Sempre al padre, in un'altra lettera datata 13 giugno 1827 scrive:

...io mi sento ognora più che m'avvicino al termine di vita una positiva ripugnanza nel dovere non che trattare, ma persino pensare volendo a fac[c]lende di terra per la sua sordidezza e vanità che in esse per divino schiarimento ad ogni istante io ravviso¹³

Naturalmente legata a questo sensibilità verso il termine della vita, si inserisce la sensibilità circa il giudizio di Dio sulla nostra vita. Il fine della vita non è semplicemente un evento naturale e indifferente che riguarda tutti, ma è un evento decisivo per ciascuno, perché si prospetta un giudizio su come abbiamo vissuto e questo giudizio deciderà eternamente di noi. Così il Cottolengo scrive esortando il padre e poi parlando di sé:

mettersi al sicuro di potersi mercé la pietà Divina d'incontrar placata la faccia di quel Giudice Supremo, di cui parlando S. Paolo dice esser terribilissima cosa cadervi nelle sue mani... O Dio mi palpita il cuore, e quasi mi trema la mano in ciò riandando mentre lo scrivo... se non si fa bene il passo estremo il tutto è perduto, un'eternità, eterna, eternità infelice non metterà fine a' guai eterni, pereat mundi lucrum ne fiat animi damnum (perisca la ricchezza del mondo affinché non si faccia danno all'anima)...¹⁴

Se l'ultimo istante cosciente della vita non lo si compie bene, cioè se non si vive la propria morte come un'abbandono nelle mani misericordiose di Dio e con il retaggio delle opere buo-

ne compiute in vita, la vita umana è perduta in una infelicità eterna.

Certo questa era la sensibilità culturale e religiosa del suo tempo per quanto il Cottolengo, alla scuola di san Vincenzo e di san Francesco di Sales avesse compreso sempre di più la misericordia infinta di Dio e su di essa invitasse a confidare sempre.

6. Il Cottolengo e la sua morte

La predicazione del Cottolengo, come abbiamo visto, ci presenta il suo sguardo e i suoi insegnamenti nei confronti della morte. Anche il modo con cui il Cottolengo ha vissuto la sua stessa morte ci viene incontro per orientare il modo con cui la Piccola Casa si accosta alla questione della morte.

6.1. Il pensiero del Paradiso

Le testimonianze dei processi ordinari per la sua beatificazione ci dicono che egli guardava alla morte con serenità e speranza, la speranza del paradiso. Così la sua sorella Teresa: "il Servo di Dio della sua morte, mi diceva: "Oh che gioia morire!" ed esclamava, "Paradiso Paradiso!"¹⁵. Questo desiderio del paradiso, come il distacco da questo mondo, andava aumentando, come ci raccontano i testimoni, verso gli ultimi anni della sua vita come ci racconta sr. Ciriaca:

Dalle Suore poi mie correligiose ho sentito a dire, che il Servo di Dio negli ultimi anni della sua vita nei suoi discorsi tanto in chiesa, che famigliari soleva parlar spesso del distacco, che si doveva avere dalle cose terrene, e del loro nulla, e dell'importanza dell'eterna salute; che egli parlava spesso del paradiso, esternando vivo desiderio e speranza di andarlo a posse-

.....
¹² Ibid.

¹³ Ibid.

¹⁴ Ibid.

.....
¹⁵ T. Cottolengo, Sessione LXXXI, int. art. 112, vol. 3, p. 288.

dere: esortava i ricoverati a pensare al paradiso, a far di tutto per conseguirlo, e diceva che il suo desiderio era, che manco uno della Piccola Casa fosse escluso dal paradiso; e che in più circostanze, massime nel tempo più vicino alla di lui morte esternava il vivo desiderio [p.342] di lasciar questa terra per andare in Cielo, ed in ciò dire manifestava tale un desiderio, ed una fiducia, che sembrava che già egli fosse al possesso del paradiso¹⁶.

È pensabile che questi pensieri sostenessero una preparazione alla morte e accompagnassero i morenti. Era anche notorio nella Piccola Casa che egli avesse approntato un letto inviato a Chieri presso il suo fratello sul quale desiderava morire. Questo letto in ferro lo aveva acquistato quando aveva aperto la Volta Rossa e su questo letto desiderava dormire presso i ricoverati e morirvi dentro, ma i suoi colleghi canonici gli dissero che la Congregazione avrebbe provveduto a lui, per questo motivo lo inviò al suo fratello Luigi a Chieri, sempre con l'intenzione di morirvi dentro¹⁷, come di fatto vi morì. La morte appare con un pensiero costante della sua vita, ma non un pensiero angoscioso, ma sereno e orientativo della vita. Il Renaldi ci dice che crebbe in lui questa fortezza spirituale "fino al termine della sua vita, guardando alla morte colla confidenza del giusto, sopportando con pazienza, con fortezza ogni pena."¹⁸

Questo sguardo sereno e pacificato nei confronti della propria morte, apparve particolarmente nell'ultimo discorso che tenne al monastero del Suffragio di cui ci ragguaglia sr. Clara Massola, testimone oculare del fatto:

Un anno circa prima della sua morte stando egli nel nostro monastero del Suffragio in compagnia della signora Fabre, e contorniato da noi Suore, si parlava del gran vantaggio della soli-

tudine, e del desiderio ch'egli aveva di tal genere di vita, e dopo averci detto che non era più fatto per la missione, che aveva avuta in terra, ci soggiungeva che si sentiva una forte attrattiva di vivere solamente più con Dio. Quindi alzatosi con impeto, e diretta la parola colla signora Fabre, col dito le indicò la collina di Superga, che sta a levante di Torino, e le disse: "Ella sa che cosa c'è là di dietro e rispondendo la signora Fabre che dietro a quella collina vi era la città di Chieri; il [p.208] Servo di Dio soggiunse esclamando con allegria: Ah! colà. Ah! colà... disse pure un'altra parola, che era precisamente non saprei indicare, ma che abbiamo interpretato nel senso, che il Servo di Dio volesse dire che colà sarebbe stato il luogo del suo riposo¹⁹.

Il Dottor Lorenzo Granetti aggiunge che in quell'occasione disse queste parole:

"Bisogna che questo misero corpo si disciolga". Dopo il sermone genuflettendo dinanzi all'altare disse: "Sono alla fine dei miei giorni". Non reggendogli l'animo di uscire dal Monastero senza benedir le Suore disse loro: "E' l'ultima benedizione che vi do", e fu veramente l'ultima. Debbo notare [p.144] che il Servo di Dio in quel sermonino si trattenne a parlare della beatifica visione di Dio²⁰.

Il Granetti, quindi giorni prima della sua morte, aveva visitato il Cottolengo e gli aveva detto che era affetto di tifo e il Cottolengo gli ripose: "Il Signore vuol usare una misericordia anche a me"²¹ inoltre, testimone oculare, ci riporta le sue ultime parole sul letto di morte:

Nella mattina stessa della sua morte tenne un lungo discorso della bontà e Provvidenza di Dio, ed alle dieci di mattina, temendo il fratello Canonico che troppo si affaticasse, gli suggerì di tacere. Egli obbedì dicendo: "Tu autem Domine miserere nobis", oltre ad altre sante

¹⁶ Sr. Ciriaca Montarolo, Sessione CCLIII, vol. VI, int. 17, p. 341.

¹⁷ L. Renaldi, Sessione XLVIII, int. 19, vol. 3, p. 23.

¹⁸ L. Renaldi, Sessione XLVI, vol. 2, int. 17, p. 392.

¹⁹ Sr. C. Massola, Sessione CCCCLXVIII, Vol. 9, int. 21, p. 206.

²⁰ L. Granetti, Sessione LXIII, int. 21, vol. 3, p. 143.

²¹ G. Costamagna, Sessione CLXXXV, vol. 5, int. 21, p. 291.

espressioni, diceva: "Mamma mia Maria, Madre mia: In te Domine speravi, non confundar in aeternum: Laetatus sum in his, quae dicta sunt mihi in domum Domini ibimus: Te Deum ecc. [/p.150] Paradiso", e così finì col sorriso del giusto. A tutto questo fui io presente, e me ne ricordo precisamente.²²

Il Cottolengo visse le sofferenze della sua morte sempre guardando alle sofferenze di Gesù Cristo in croce pensando che il Signore aveva patito più di lui. Questo pensiero rivolto alla Passione di Gesù, era profondamente presente nel cuore del Cottolengo e alla contemplazione della Passione istruiva tutti i figli della Piccola Casa e fondò a questo scopo il Ritiro della Pietà, con lo scopo di pregare per i morenti. Prima di morire ricevette i sacramenti e si confessò dal Canonico Luigi Anglesio. La sua fu una morte edificante.

7. La vicinanza e l'accompagnamento dei morenti

Lo spirito con cui il Cottolengo si rapportava con la morte era anche lo spirito con cui si accostava ai morenti. Già da giovane prete. Quando in Bra si sviluppò il 'morbo petecchiale', egli "benché non astretto da obbligo di sorta, per sua carità si vedeva dei più solleciti sacerdoti per prestar l'opera sua agli affetti dal morbo"²³ e questa sensibilità e dedizione crebbe con la fondazione della Piccola Casa. Così "Negli ultimi anni quattro della sua vita, il Servo di Dio per esser pronto all'istante per assistere il morente, non si coricava più in letto, ma dormiva sopra una sedia, e voleva prestare egli stesso questo servizio ai moribondi per sollevar gli altri sacerdoti."²⁴ Questo ancor

più negli ultimi giorni della sua vita, perché era rimasto quasi solo, a causa della morte di alcuni sacerdoti suoi collaboratori, nell'assistere i malati di tifo. Così "non si risparmiava né notte, né giorno"²⁵. Nella Piccola Casa "si aveva una gran cura e sollecitudine per l'amministrazione dei Sacramenti agli ammalati"²⁶ e il Cottolengo "si prestava volentieri, e frequentemente per amministrare i Sacramenti agli infermi" (ivi). Questa dedizione senza limite che lo portò inevitabilmente a contrarre il tifo e poi a morire ebbe una forte eco nella Piccola Casa tanto che "è voce comune nella Piccola Casa, che il Servo di Dio sia stato vittima della sua carità [/p.228] verso il prossimo"²⁷. Quando suo fratello Alberto, Domenicano, vedendolo affaticarsi troppo, gli fece notare che per la cura spirituale e la predicazione poteva servirsi di altri sacerdoti egli rispose: "Sicuramente che tutti predicherebbero meglio di me; ma il pane del padre talvolta è migliore di un altro, benché di pasta più grossa e ciò; soggiungeva, specialmente sul formarsi che fa una famiglia"²⁸.

7.1. I modi specialissimi del Cottolengo verso il morente

Il Cottolengo non solo aveva questa dedizione totale verso i malati e i morenti, ma dimostrava "modi specialissimi" e per questo era ricercato dagli infermi: "Cogli infermi poi aveva modi [/p.402] specialissimi ed è perciò che era cercato tante volte dagli stessi, come si vedeva in Torino"²⁹.

Rimase in molti il ricordo di un condannato a morte per omicidio, che chiese esplicitamente di essere accompagnato al supplizio dal Cottolengo cosa che avvenne nel 1830 e di cui ci raguglia sr. Clara Massola, testimone oculare:

perché voleva essere pronto ad ogni chiamata" (ivi, p. 172).

²² A. Cottolengo, Sessione CXLVIII, int. 17, vol. 4, p. 403.

²³ G. Costamagna, Sessione CLXXV, vol. 5, int. 13, p. 210.

²⁴ Sr. Ferdinanda Calieris, Sessione CCXXXVIII, vol. VI, int. 17, p. 227.

²⁵ A. Cottolengo, Sessione CXXXIX, int. 13, vol. 4, p. 301.

²⁶ A. Cottolengo, Sessione CXLVIII, int. 17, vol. 4, p. 401.

²² L. Granetti, Sessione LXIII, int. 21, vol. 3, p. 149.

²³ A. Cottolengo, Sessione CXXXVI, int. 11, vol. 4, p. 268.

²⁴ L. Granetti, Sessione LIX, int. 13, vol. 3, p. 101, o anche "appoggiato con un gomito sopra il tavolino, e ciò massime

“Quando quell’infelice era condotto al supplizio il Servo di Dio sedendo sul carro, e tenendo il paziente abbracciato con tanta amorevolezza ed affetto, inteneriva tutti che lo vedevano. Io saputo, che il Servo di Dio accompagnava quel paziente, ancor ragazza per curiosità mi portai sulla via del passaggio, e vidi tutto quanto sopra e sentii che il popolo ammirava la tenerezza e la carità del Servo di Dio, ed ho poi inteso a dire, che quel paziente era morto rassegnato e tranquillo.”³⁰. Vi fu anche chi, come l’Avvocato Costa, il quale contribuì a sua volta come Capo Sezione del Ministero degli Affari Interni a far chiudere il Deposito della Volta Rossa, che “diventò ammiratore del Servo di Dio e della Piccola Casa, a segno che volle chiuder i suoi giorni ritirandosi nella stessa Piccola Casa, dove morì nelle braccia del Servo di Dio.”³¹. Questi diventò al Cottolengo “affezionatissimo per le virtù che ammirava nel Servo di Dio” (ivi). Questa sensibilità e dedizione del Cottolengo andava oltre le mura della Piccola Casa soprattutto durante le epidemie: “egli si prestava imperturbabilmente ad assistere gli infermi nella Piccola Casa, e visitandoli anche in quegli ospedali di provincia, dove si trovavano le Suore della Piccola Casa”³². Molti parlavano “del cuore, con lui (cui) accorreva pel sollievo degli afflitti, sani e infermi”³³. Questa sensibilità e dedizione, questa carità “sebbene sempre sollecita, cresceva, ove fosse maggiore il bisogno dei poveri ed infermi”³⁴.

7.2. L’abbandono a Dio, la confidenza, il sacrificio della vita, il desiderio del paradiso

Egli “era tutto carità verso i poveri infermi” soprattutto verso i moribondi per i quali si preoccupava che ricevessero in tempo i sacramenti:

³⁰ Sr. C. Massola, Sessione CCCCLXXIV, Vol. 9, int. art.131, p. 270.

³¹ – L. Cottolengo, Sessione CXVI, int. 17, vol. 4, p. 131.

³² L. Cottolengo, Sessione CXX, int. 17, vol. 4, p. 160.

³³ A. Cottolengo, Sessione CXLVIII, int. 17, vol. 4, p. 401.

³⁴ A. Cottolengo, Sessione CXLVIII, int. 17, vol. 4, p. 402.

il più delle volte portava loro egli stesso il S.S. Sacramento ed amministrava l’estrema unzione e dava la benedizione papale, li assisteva moribondi, confortandoli nel passaggio da questa all’altra vita; i moribondi mostravano una particolare contentezza di vedersi assistiti dal Servo di Dio, si vedeva che le parole di lui avevano una particolare efficacia sulle anime dei moribondi; imperciocchè generalmente si vedeva, che i moribondi assistiti dal Servo di Dio si mostravano rassegnati e contenti a fare il sacrificio della vita³⁵.

Anche sr. Ferdinanda Calieris fu presente quando il Cottolengo seguiva un moribondo:

Mi occorre talvolta di trovarmi presente quando il Servo di Dio assisteva a qualche moribondo nella Piccola Casa e posso ben dire che le espressioni che egli usava in esortare il moribondo a far volentieri il sacrificio della vita e a lasciar questa terra per andar in Paradiso, rivelavano un animo pieno di confidenza nel Signore e desiderava di lasciar questa terra per andar in paradiso; ed osservava, che le sue parole riuscivano efficaci e che i moribondi da lui assistiti morivano con animo tranquillo e sereno³⁶.

7.3. La presenza, la vicinanza fisica, l’attenzione ad ogni bisogno, il sacerdote

Sr. Crescentina Dellavalle narra di un moribondo che non voleva confessarsi e bestemmiava contro la religione. Il Cottolengo ne fu avvertito e subito “si portò al letto di quell’infermo, lo abbracciò e lo trattò con tanta bontà di cuore, ed amorevolezza cristiana, che quell’infermo si arrese alle esortazioni del Servo di Dio, ricevette i santi sacramenti, e morì cristianamente”³⁷.

³⁵ Sr. Teresa Rey, Sessione CCXXI, vol. VI, int. 17, p. 79.

³⁶ Sr. Ferdinanda Calieris, Sessione CCXXXVII, vol. VI, int. 17, p. 219.

³⁷ Sr. C. Dellavalle, Sessione DXVIII, Vol. 10, int. 17, p. 190.

Per questo Il Cottolengo "non risparmiava nessuna [p.25] fatica per provvedere, a che nessuno morisse senza i conforti della religione. In qualunque tempo o stagione dell'anno nei casi d'improvviso bisogno le Suore assistenti alle infermerie si portavano tosto a chiamare il Servo di Dio, ed egli vi accorreva con tutta sollecitudine, e ciò non solo nella indicata occorrenza del tifo, ma in tutti gli anni precedenti, ed in qualunque circostanza. Credo che ciò le Suore facessero per ordine del Servo di Dio."³⁸. Questa sensibilità e cura, non solo spirituale, verso il morente la insinuava alle suore, come ci narra il sacerdote don Gaetano Costamagna di aver udito il Cottolengo "raccomandare che si usassero tutte le cure necessarie ai poveri infermi travagliati da quel morbo, e che le Suore inservienti dovessero osservar bene, se avessero il necessario, perché in caso di bisogno egli sarebbe stato disposto di vendere le lampade della Chiesa per provvederlo."³⁹. Ogni sera poi prima di ritirarsi nella propria camera "visitava tutti gl'infermi, e raccomandava alle Suore, che se mai lungo la notte sopravvenisse qualche pericolo, si portassero tosto a chiamarlo, perché desiderava, che gl'infermi nel punto della morte fossero assistiti dal Sacerdote"⁴⁰.

7.4. Nessuno muoia senza assistenza

Verso gli agonizzanti, poi, dopo aver ricevuto i sacramenti, soprattutto quelli "che si trovavano, come si dice, in agonia, massime in agonia lunga, per ordine del Servo di Dio venivano assistiti continuamente sino al loro spirare dalle Suore addette al servizio delle infermerie, le quali avevano l'istruzione dal Servo di Dio di suggerir loro sentimenti di conforto addattati alla circostanza, cosiché, a meno d'un caso impreveduto, non moriva alcuno senza che fosse assistito

sino all'ultimo respiro"⁴¹. Questa assistenza competeva soprattutto alle Suore di San Vincenzo perché "si prestassero per tutte le opere di carità da disimpegnarsi sia verso gl'infermi, che verso di tutte le altre famiglie della pia opera, per le infermerie, alle quali assistevano sì di giorno che di notte medicandoli all'uopo, pettinandoli, non solamente i vivi e i moribondi assistendoli, ma anche i morti: col vestirli, portarli nel feretro ecc. ecc."⁴², di modo che la cura verso il corpo andava anche oltre il momento della morte.

7.5. La confidenza e l'abbandono in Dio

Nella cura spirituale del morente, il Cottolengo mirava a liberare dagli scrupoli e "dal timore dei divini giudizi che le portavano alla diffidenza"⁴³, perché bisogna morire confidando in Dio. Egli voleva portare il morente in questa confidenza in Dio che permette di lasciarsi andare, abbandonarsi alla sua bontà e clemenza di Padre. A una persona che pur essendo un'anima buona tuttavia soffriva di scrupoli e aveva timore di essere dannata, il Cottolengo chiamato a darle una benedizione disse: "sappi, le disse, che tu dovevi morire, ma il Signore ti ha fatto una doppia grazia, perché se fosti morta non ti saresti salvata per motivo di tua diffidenza. Ora il Signore ti fa la grazia, ma non fargli per l'avvenire torto sì grave"⁴⁴. La grazia che il Cottolengo prometteva a questa persona era la grazia della guarigione e di fatto guarì e imparò la confidenza in Dio, tanto che, più avanti negli anni, quando morì, morì abbandonata.

7.6. Imparare a congedarsi dal mondo

L'accompagnamento del morente passa

³⁸ Sr. M. Degioanni, Sessione CCCLXXII, Vol. 8, int. 13, p. 24.

³⁹ G. Costamagna, Sessione CLXXXVIII, vol. 5, int. 27, p. 321.

⁴⁰ Sr. C. Dellavalle, Sessione DXII, Vol. 10, int. 13, p. 123.

⁴¹ Sr. G. Aschero, Sessione CCCCXXVII, Vol. 8, int. 13, p. 431.

⁴² P. L. Anglesio, Sessione CCCCLXXXVII, Vol. 9, int. 13, p. 352.

⁴³ Sr. C. Massola, Sessione CCCCLXIV, Vol. 9, int. 19, p. 171.

⁴⁴ P. L. Anglesio, Sessione DII, Vol. 10, int. 19, p. 20.

anche nell'aiuto a prendere congedo dal mondo. Così, si pensò, abbia fatto il Cottolengo stesso quando, volendo ritirarsi a Chieri perché malato di tifo, andò al monastero di Gassino senza scendere dalla vettura e visitò anche le Taidine. A Torino poi si recò al monastero del Suffragio, come già abbiamo segnalato parlando della sua morte. Questo prendere congedo dal mondo esprime una libertà interiore che rende più sereno e abbandonato il morente.

7.7. Riconciliarsi con la propria storia

Terminare il proprio cammino umano riconciliati col mondo, con le persone con cui abbiamo vissuto e con sé stessi, era un altro aspetto della spiritualità del morente e del suo accompagnamento alla morte. Alcuni testimoni ricordano un fatto avvenuto dopo la morte del Cottolengo alla Piccola Casa a proposito di un giovane, ivi ricoverato, che perse conoscenza e rimase così per alcuni giorni. Venne poi a trovarlo il suo fratello maggiore e gli chiese se avesse perdonato al fratello minore che si chiamava Carlo. Vi erano infatti stati "gravi guai tra l'infermo e il suo fratello Carlo minore, che il Carlo in una occasione di gravissima malattia aveva fatto chiedere perdono, e l'infermo non aveva voluto concederlo, e non aveva pur voluto andarlo visitare, per cui continuava il suo odio verso il Carlo"⁴⁵. A fronte di questa durezza di cuore sr. Pia raccomandò l'infermo al Cottolengo e avvenne che questo infermo prima di morire disse a sr. Pia che lo aveva perdonato ed era disposto a stringere la mano a suo fratello in segno di perdono.

7.8. Sensibilità e cura verso l'ambiente del morente

Abbiamo già visto la sensibilità che il Cot-

tolengo dimostrava verso il morente, ma in una testimonianza emerge un'attenzione ulteriore e particolare: "Non voleva che dal letto, o dalla camera dei moribondi si trasportasse qualsiasi oggetto sin dopo passato qualche tempo dopo che fosse spirato, per non dare [p.121] occasione al moribondo di rattristarsi; e ciò perché avrebbe anche potuto fare sinistra impressione agli infermi vicini di letto". L'ambiente, quello della vita come quello della propria morte è espressione di dignità e di rispetto verso la persona che si congeda dal mondo. Il luogo e la dignità dell'ambiente incorniciano, in un certo senso, e danno un senso di familiarità al morente che sente la familiarità delle cose cui era affettivamente legato.

7.9. Attenzioni e sensibilità per chi assiste i morenti

Un'ulteriore e particolare sensibilità il Cottolengo la manifesta anche verso coloro che sono chiamati ad assistere i morenti, evitando di inviare persone che ne avessero difficoltà. Così sr. Massola racconta la sua esperienza: "Prima di destinare le persone [p.118] della Piccola Casa a qualche ufficio, il Servo di Dio procurava di studiarne bene l'indole, la capacità e le inclinazioni, e non affidava un ufficio ad alcuno, a cui non avesse attitudine, e rispettava anche le inclinazioni degli individui. Io ne ebbi una prova in me stessa: io aveva una apprensione, ed anche una paura nello assistere i moribondi, e nel trovarmi sola di notte nelle infermerie: perciò da principio non mi lasciava mai sola di notte, e mi destinò di preferenza per la scuola. [p.118]"⁴⁶

7.10. I Sacramenti ai morenti

In riferimento sempre al morente, il Cottolengo insisteva sull'importanza dei sacramenti, la confessione, la comunione e l'unzione dei malati, che allora era detta estrema unzione. Questo

⁴⁵ Sr. M. Degioanni, Sessione CCCLXXXVI, Vol. 8, int. 27, p. 138.

⁴⁶ Sr. C. Massola, Sessione CCCCLIX, Vol. 9, int. 17, p. 118.

perché la morte di una persona è un atto sacro, in quanto definitivo e irripetibile, momento in cui si respira l'assoluto nella sorte di una persona. La morte era inoltre vista come il momento in cui ci si sarebbe presentato al giudizio di Dio e poiché di questo si tratta, allora solo l'atto sacramentale e di culto può disporre la persona nel modo migliore. In riferimento a questo sempre suor Massola ci racconta di una suora chiamata suor Ermenegilda, una delle sue suore che erano travagliate dagli scrupoli e diffidavano del perdono di Dio: "io poi ho avuto occasione di assistere la Suor Ermenegilda nella sua morte avvenuta il Venerdì Santo del mille ottocento quarantasette, e la vidi calma nello spirito; ed essa mi diceva che dopo aver ricevuto l'Olio santo [/p.176] le era stata tolta dal capo come una nuvola oscura, e che risperava in Dio, come un bambino e senza pene; e dopo la guarigione dal cholera si osservò, che esortava tutti con molto calore a confidare pienamente in Dio"⁴⁷.

7.11. Il Viatico

La comunione data in punto di morte si chiamava 'viatico' perché muniva e poi accompagnava il morente nel suo viaggio verso l'eternità. Prima che nella Piccola Casa venisse costruita la chiesa con la possibilità di custodire il Santissimo, l'Eucaristia, il Cottolengo andava a prendere le ostie consacrate nella parrocchia cui apparteneva la Piccola Casa, per evitare che vi fosse qualche morente che non potesse essere 'viaticato'. Ce ne ragguaglia sr. Pregno: "Quando si trattava di viaticare qualche infermo, andava pur egli a prendere il S.S. Sacramento alla parrocchia del Borgo Dora, nel cui distretto si trovava il nuovo stabilimento, e la Signora Nasi con alcune figlie della Carità di sua casa si portava per l'accompagnamento."⁴⁸. Per questo ministero il Cottolengo era sempre pronto: "Per quanto riguarda

poi l'assistenza [/p. 376] spirituale degli infermi, il Servo di Dio era sempre pronto a qualunque ora fosse chiamato, ne ascoltava le Confessioni, amministrava il viatico, e l'estrema unzione, assisteva ai moribondi, e faceva le esequie."⁴⁹

7.12. Devozione a san Giuseppe

Il Cottolengo, inculcava la devozione a san Giuseppe in quanto protettore degli agonizzanti. La devozione considera che san Giuseppe morì tra le braccia di Gesù e di Maria e per questo venne invocato come protettore dei morenti. Santa Teresa d'Avila fu la grande santa che diffuse la devozione a san Giuseppe e il Cottolengo aveva anche una particolare sensibilità verso di lei. Ci dice sr. Ferdinanda: "Il Servo di Dio era pure particolarmente divoto di S. Giuseppe di cui portava il nome; e la festa di S. Giuseppe dopo quella del Rosario e di S. Vincenzo de' Paoli, era quella che si solennizzava nella Piccola Casa più particolarmente, egli animava i ricoverati ad avere una devozione a questo santo per averlo protettore massime nel punto della morte; e pose una delle famiglie della Piccola Casa, cioè quella dei Fratini, sotto la particolare protezione di questo santo."⁵⁰.

7.13. La cura orante per i morenti

L'attenzione del Cottolengo verso i morenti si manifesta ancor più nella fondazione del ritiro della Pietà, o Pietadine adibite proprio a tale scopo: "Oltre a quanto il Servo di Dio aveva stabilito nella Piccola Casa in Torino stabili pure altre famiglie fuori della medesima, e prima di tutte il monastero del Suffragio a poca distanza dalla Piccola Casa sulle sponde del [/p.217] fiume Dora, di cui ho già parlato, in cui vi stanno le Suore del Suffragio a pregare pei defunti e le Suore Pietà-

.....
⁴⁷ Sr. C. Massola, Sessione CCCCLXV, Vol. 9, int. 19, p. 175.

⁴⁸ Sr. G. Pregno, Sessione CXCV, vol. 5, int. 13, p. 352.

⁴⁹ Sr. G. Pregno, Sessione CXCVI, vol. 5, int. 13, p. 370.

⁵⁰ Sr. Ferdinanda Calieris, Sessione CCXXXVI, vol. VI, int. 17, p. 205.

dine a pregare per i moribondi⁵¹ o di modo che "le loro preghiere fossero dirette particolarmente a soccorso degli agonizzanti"⁵² e diceva loro che queste regole di vita gli erano stata ispirate dal Signore e dalla Madonna⁵³. La loro devozione era particolarmente orientata alla meditazione dei dolori di Maria e sulla Passione del Signore. Guardare infatti alla sofferenza vissuta da Maria e dal Figlio di Dio, dava senso e forza alla sofferenza del morente.

7.14. Morire alla Piccola Casa è una grazia

Questa attenzione verso il sofferente e soprattutto verso il morente, faceva sì che morire alla Piccola Casa diventasse un desiderio di molte persone malate e povere. Non sappiamo come avveniva la morte in altri ricoveri di Torino o negli ospedali. Certo la cura verso il morente era un'attenzione propria della Chiesa e i sacerdoti si sentivano moralmente obbligati a stare vicino al morente, ma nella Piccola casa avveniva qualcosa di più significativo, perché si moriva con tutte le attenzioni, mediche, infermieristiche, umane e religiose del caso. Così lo stesso Cottolengo ebbe a dire che morire alla Piccola Casa era una grazia: "Mi ricordo aver udito il Servo di Dio che l'essere chiamati per la Piccola Casa era un segno di predestinazione, per chi non se ne rendesse indegno; e che ciò non era solo per i sani ma anche per gli ammalati, i quali il Signore non avrebbe permesso che morissero impenitenti"⁵⁴.

7.15. Lasciare preziosa memoria di sé

Un ulteriore aspetto che riguarda la cura del morente e in generale l'attenzione all'evento

della morte che tocca la persona, è quello che nella Piccola Casa morivano persone che lasciavano una preziosa memoria di sé. Ci ragguaglia in merito sr. Massola a proposito di una giovane di nome Giacinta Abba, che non voleva rimanere alla Piccola Casa, incontrò il Cottolengo che, pur lasciandola libera di decidere, "la credeva fatta per restare alla Piccola Casa" e poi disse ai presenti che "ne sarebbe stata una buona colonna". A queste parole la giovane si fermò e fu destinata prima Cavoretto come probanda e poi al "monastero del Suffragio, dove fece la sua professione, fu per molti anni maestra delle Novizie, e per tre anni abbadessa, e morì in quest'ultimo ufficio, lasciando preziosa memoria di sé stessa"⁵⁵.

7.16. Il dono delle morti edificanti

Questa presenza della memoria di persone defunte nella Piccola Casa è un aspetto che si intreccia con l'attenzione alla morte edificante che molte persone in essa lasciavano nel ricordo di molti. La morte edificante diviene così una sorta di preparazione alla morte o pedagogia del morire, lasciata in eredità a tutti i figli e le figlie della Piccola Casa e non solo. Di una suora che era tentata di lasciare la Piccola Casa, alla quale il Cottolengo disse che "se rimaneva in quella famiglia si sarebbe fatta sempre più buona ed avrebbe fatto una morte da santa" sr. Cavallaro ci ragguaglia che "...Suor Pelagia continuò a restare in quella famiglia, andò sempre progredendo in virtù ed in atti di penitenza e fece una morte edificante a tutta la comunità, e non andò mai più soggetta al mal caduco. Ella morì in età di circa ventisei anni dopo essere stata in quella famiglia quattro anni circa. La guarigione di detta giovine e la perseveranza nella vita penitente si cita come ad esempio anche oggi in detta

⁵¹ Sr. A. Cavallero, Sessione CCCC, Vol. 8, int. 14, p. 216.

⁵² Sr. A. Cavallero, Sessione CCCCV, Vol. 8, int. 17, p. 255.

⁵³ Sr. C. Massola, Sessione CCCCLVII, Vol. 8, int. 13, p. 610.

⁵⁴ Sr. C. Massola, Sessione CCCCLXXIII, Vol. 9, int. art. 85, p. 257.

⁵⁵ Sr. C. Massola, Sessione CCCCLXVI, Vol. 9, int. 19, p. 191.

famiglia.⁵⁶ Il sacerdote Gaetano Costamagna, incaricato dal Cottolengo di seguire la Famiglia id santa Taide a Gassino, che raccoglieva figlie "pericolanti", afferma che le loro superiori, Suor Anania e la sua vicaria Suor San Filippo, furono "persone di eminente virtù morte in odore di santità"⁵⁷. Non solo ma nella stessa Famiglia di Santa Taide ha "veduto regnare lo spirito di penitenza, ed ebbi la [p.200] consolazione di assisterne alcune negli estremi, le quali fecero una morte edificante"⁵⁸. Sempre di queste Taidine anche sr. Massola ce ne dà testimonianza, le quali dopo un incontro avuto in occasione di una visita che il Cottolengo fece loro "rimasero fedeli osservatrici della loro regola, e tutte morirono nell'istituto, in modo edificante e consolante"⁵⁹. Sempre sr. Massola ci parla di una certa Susanna Martini che entrò nel monastero del Suffragio la quale "riuscì una suora di molta virtù, e morì nel monastero di morte edificante."⁶⁰. Così pure di una certa suor Veremonda la quale colpita dalla Carità con la quale il Cottolengo l'aveva trattata gli chiede di poter vivere una vita penitente e "il Servo di Dio aderì ai di lei desiderii, la mandò a Cavoretto, dove visse per alcuni anni in modo edificante, e fece una santa morte."⁶¹

7.17. Le conversioni

Il ricordo di morti edificanti non riguardava solo persone vissute nella Piccola Casa, ma anche di persone che per malattia vennero accolte in essa e prima di morire si convertirono alla fede cristiana e morirono santamente. Don Giovanni Borel ci ragguaglia in merito di un Ungherese, di nome Carlo Federico Zzalimary "Capitano già dei Garibaldini, uomo che aveva un'istruzione non

comune, ed era di religione luterano" dopo essere stato in diversi ospedali venne alla Piccola Casa dopo la morte del Cottolengo, nel 1866. Era un uomo "molto inquieto ed irascibile", ma "ma ammirava la carità che si usava nella Piccola Casa e sentiva con piacere a parlare del Fondatore che aveva dato un sì buon ordine alle cose" e proseguì: "Questo Ungarese dopo pochi giorni fece la sua abiura dopo le convenienti pratiche ed autorizzazioni, ricevette i Santi Sacramenti con straordinaria ed edificante preparazione e raccoglimento, quindi dimostrò la sua perfetta tranquillità nell'aver abbracciata la Religione Cattolica e morì di quella malattia dando segni di rassegnazione e di viva fede."⁶². Rimase anche nell'impressione di tutta la Piccola Casa una conversione avuta da una ebrea, di nome Sara Pescarolo, ricoverata in essa nel 1863 ottenuta per intercessione del Santo, la quale morì da cristiana, battezzata col nome di Maria Giuseppa Vincenza della cui morte rimase il ricordo della conversione, ma non si parlò tuttavia di morte edificante perché, dopo il battesimo si trovò in uno stato soporoso e a non avere più cognizione alcuna.

7.18. La cura oltre la morte: le esequie

La cura del morente e l'attenzione verso i defunti nella Piccola Casa si manifestavano anche in riferimento alle esequie. Quando aprì la Piccola Casa, dice sr. Genoveffa Pregno, il Cottolengo si curava dell'organizzazione e del servizio degli infermi, poi quando "moriva qualche infermo nel nuovo ricovero, il Servo di Dio accompagnava egli stesso il cadavere alla sepoltura nella propria parrocchia, facendovi intervenire una Suora, due figlie orsoline, ed un giovane per portar la croce, a questa sepoltura io interveniva quasi sempre."⁶³. In seguito le esequie poterono

⁵⁶ Sr. A. Cavallero, Sessione CCCCXIV, Vol. 8, int. 19, p. 335.

⁵⁷ G. Costamagna, Sessione CLXXIV, vol. 5, int. 13, p. 199.

⁵⁸ G. Costamagna, Sessione CLXXIV, vol. 5, int. 13, p. 199-200.

⁵⁹ Sr. C. Massola, Sessione CCCCLVIII, Vol. 9, int. 17, p. 101.

⁶⁰ Sr. C. Massola, Sessione CCCCLXXI, Vol. 9, int. 26, p. 237.

⁶¹ Sr. C. Dellavalle, Sessione DXXI, Vol. 10, int. 19, p. 229-230.

⁶² Don G. Borel, Sessione CCCIII, vol. 7, int. 26, p. 148-149.

⁶³ Sr. G. Pregno, Sessione CXCIII, vol. 5, int. 13, p. 351.

essere celebrate alla Piccola Casa e ce ne ragguaglia sr. Teresa Rey "Il Servo di Dio aveva pure stabilito, che alla morte d'un membro di ciascuna famiglia, questa recitasse la terza parte del Rosario, il salmo miserere e facesse una Comunione in suffragio del defunto e assistesse alla messa cantata presente corpore, che si celebrava nella Chiesa della Piccola Casa. Per quelli poi che morivano nelle infermerie, si recitava il miserere da chi [p.78] li accompagnava dalle infermerie nel deposito. A defunti delle famiglie religiose si rendevano gli onori funebri coll'intervento della famiglia, cui apparteneva il defunto; e ai defunti delle infermerie si facevano le esequie semplicemente e da alcuni altri individui al deposito colla recita del miserere."⁶⁴. Anche sr. Pia Collomb ci dà una descrizione dettagliata della cura verso il defunto: "Le salme di coloro che morivano nella Piccola Casa venivano collocate in apposito deposito, ed alla sera il Servo di Dio vestito delle Sacerdotali divise vi si portava a compiere sopra di esse le preci esequiali, e ciò faceva per quanto era possibile egli stesso personalmente; e se ne era [p.281] impedito di farlo, delegava altro sacerdote della Piccola Casa a farlo in sua vece. La sepoltura delle Suore voleva che fosse di un decoro conveniente al loro stato e compatibile colla povertà che vi era nella Piccola Casa; egli stesso potendolo vi interveniva e si vedeva che in quelle occorrenze il Servo di Dio si mostrava compreso dall'ufficio che esercitava e dal dolore della perdita avvenuta. Voleva poi che appena spirato un infermo nella Piccola Casa la suora che presiedeva all'infermeria recitasse alternativamente cogli infermi un Deprofundis, e per le suore che morivano si recitasse inoltre subito la terza parte del Rosario. Queste pratiche religiose sono cose notorie nella Piccola Casa ed io le ho osservate per tutto il tempo che vi rimasi."⁶⁵. La cura delle Suore assumeva un carattere partico-

lare perché erano religiose e persone consacrate a Dio e avevano inoltre dato la loro vita al Signore e ai poveri della Piccola Casa. Questo tratto veniva evidenziato nella cura delle loro esequie. Sr. Dellavalle aggiunge un'osservazione: "Aggiungo che ogni sera dopo la visita degli infermi il Servo di Dio indossava la cotta, la stola, facendosi portare l'aspersorio, e si recava nella camera mortuaria, e sia che si trovassero cadaveri, o no, faceva le esequie con qualche altra preghiera, che continuava nel restituersi al posto destinato per deporre gli abiti sacri. Qualche volta l'ho visto io stessa a portarsi a fare questo caritatevole ufficio, ma non l'ho mai accompagnato nella camera mortuaria; ma ciò seppi dalle Suore che lo accompagnarono."⁶⁶.

7.19. Suffragare i defunti

Oltre le esequie la cura dei defunti era costantemente presente nella Piccola Casa mediante le preghiere di intercessione per essi. A questo scopo il Cottolengo fondò un monastero affinché fosse sempre presente la preghiera per i defunti, il Monastero del Suffragio. Espressione della Carità del Cottolengo che si estendeva ai defunti: "Già dissi come la carità del Servo di Dio non paga di esercitarsi in pro dei viatori, si estendesse a vantaggio delle anime del purgatorio, segnatamente coll'erezione del monastero del Suffragio dove giorno e notte si prega per esse"⁶⁷. Questo era il motivo di questa fondazione "Lo scopo di questa famiglia era di pregare in suffragio dei defunti specialmente della Piccola Casa. Siccome nella Piccola Casa occorre più decessi nel giorno, e non si potevano per ciascun morto fare suffragi particolari affine di accelerare la liberazione delle anime del Purgatorio, il Servo di Dio istituì la predetta famiglia del Suffragio destinata particolarmente a suffragare le anime del Purgatorio. Difatti diede a queste Suore una

⁶⁴ Sr. Teresa Rey, Sessione CCXXI, vol. VI, int. 17, p. 77-78.

⁶⁵ Suor Pia Collomb, Sessione CCCXXI, vol. 7, int. 17, p. 280-281.

⁶⁶ Sr. C. Dellavalle, Sessione DXVIII, Vol. 10, int. 17, p. 199.

⁶⁷ L. Renaldi, Sessione XLIV, vol. 2, int. 17, p. 379.

divisa d'un abito di panno di color nero, con scapolare bianco, e con un velo altresì bianco con tornato sul davanti con una lista di crepo nero, ed un cuore di panno rosso cogli emblemi della morte, e le lettere S. V.⁶⁸.

Padre Luigi Anglesio ce ne dà una descrizione dettagliata aggiungendo un particolare relativo alla Laus Perennis vissuta nell'adorazione perpetua: "Dal dilatarsi che aveva fatto la Piccola Casa era convenuto accrescere in proporzione la famiglia delle suore, di necessità quindi coll'andare del tempo la salute corporale in non poche veniva logorandosi, rendendosi affatto, o poco meno, che inabili ai pesanti lavori della casa; d'altronde altre tra esse mostravano inclinare meglio alla vita di Maddalena, che a quella di Marta; altre infine mostraronsi non troppo ferme nella vocazione; quindi nacque al Servo di Dio il pensiero di formarne un'apposita famiglia affatto separata, che poscia collocò nel caseggiato lungo la Dora in quei tempi abitato dagli invalidi, come si disse (i quali venivano trasportati nell'interno della Piccola Casa); ed essendo quel locale attiguo al Cimitero di S. Pietro in Vincoli, denominava perciò la suddetta casa e famiglia entrostante col titolo di Monastero del Suffragio. Imponeva in fatti alle suore medesime di indirizzare in suffragio dei defunti quel tanto di bene, che giornalmente erano per fare sia colle Comunioni, sia colle mortificazioni, assegnando per regola di dover recitare ogni giorno l'intero uffizio dei morti. Credo poi che sia in questa famiglia dove prese ad istituire la perpetua adorazione al S.S. Sacramento sì di giorno che di notte, succedendosi per turno a tre a tre tutte le suore, siccome poi la estese questa adorazione all'Eremo di Gassino, ed all'ospizio di Cavoretto, di cui parlerò in appresso ed alle figlie così dette della Pietà"⁶⁹.

7.20. Una sensibilità diffusa

Questo ricordo orante per i defunti non si esauriva tuttavia all'impegno delle suore del suffragio, benché richiesto da sr. Teresa Rey di incrementare le preghiere di suffragio per le suore defunte le rispondesse: "Sta tranquilla quelle del suffragio pagano per tutti."⁷⁰, ma coinvolgeva tutte le famiglie della Piccola Casa. Ce ne dà testimonianza sr. Pia Collomb: "Il Servo di Dio era pure sollecito nel procurare suffragi alle anime purganti, oltre all'instituto delle suore del Suffragio destinato specialmente a far continue preghiere pel suffragio de' defunti, aveva pure stabilito che ad ogni ora del giorno dopo le orazioni di cui feci parola nelle antecedenti mie deposizioni, si recitasse un Requiem aeternam come pure il miserere che si recitava prima e dopo il cibo congiuntamente [p.280] al Deprofundis, era pure destinata a suffragare le anime purganti. Nella ricorrenza della commemorazione di tutti i fedeli defunti il Servo di Dio oltre le solite funzioni sacre a cui interveniva tutta la comunità teneva un discorso per eccitare a compassione verso le povere anime del purgatorio, ed io vedeva in lui tal commozione da intenerire chiunque lo ascoltava. Frequentava in modo speciale l'obbligo che ciascuno aveva di pregare per le anime dei proprii parenti, amici e benefattori, e ciò faceva con tanto zelo, che tutti ne sentivano proprio commossi e penetrati e disposti a far quanto si poteva in suffragio dei morti."⁷¹

8. Presenza e scomparsa del senso della morte oggi

8.1. Un contesto culturale diverso

Il tema della morte e del morire ha attraver-

⁶⁸ G. Costamagna, Sessione CLXXIV, vol. 5, int. 13, p. 195.

⁶⁹ P. L. Anglesio, Sessione CCCCLXXXVIII, Vol. 9, int. 13, p. 359-360.

⁷⁰ Sr. Teresa Rey, Sessione CCXXI, vol. VI, int. 17, p. 79.

⁷¹ Suor Pia Collomb, Sessione CCCXXI, vol. 7, int. 17, p. 2767-280.

sato tutta la storia della filosofia e tutti i tentativi dell'uomo di eliminare la morte dall'immaginario, sia di esorcizzarla mediante ritualità o di affrontarla in nome di una speranza oltre la morte, di fatto non possono ottenere il proprio scopo perché la morte parla da sé di sé stessa e non è possibile far tacere la sua parola. Proprio quando si cerca di silenziare la morte ecco che essa torna con forza da sé stessa incurante dei nostri simboli o dell'immaginario collettivo, incurante delle nostre dimenticanze culturali o degli stragemmi per negarla. La morte si impone da sé e di fatto smentisce e ridicolizza chi cerca di porsi al di sopra di essa come Empedocle che, secondo la leggenda, avendo costruito la sua dimora sull'Etna per studiare quella potenza della natura si gettò nel vulcano per dimostrare che era diventato immortale, trovando la morte, come Icaro, ignorando la morte, credette di volare con le sue ali di cera. È pur vero che in filosofia ci sono anime diverse e per una serie di filosofi la morte appare come il problema decisivo dell'esistenza umana, mentre per altri la morte non è che una questione speciale, relativa a un momento della biologia o un momento del processo eterno di trasformazione della natura senza però saper dire che cosa si trasforma nella morte e rimane, o che cosa termina definitivamente nella trasformazione. Queste due anime della filosofia rappresentano di fatto l'ambivalenza di fronte alla morte che anche ha oggi l'uomo della strada. Ma quando la morte ci tocca da vicino, con la scomparsa della persona amata o con una malattia incurabile l'indifferenza che la riduce a un evento o l'angoscia che essa suscita al suo solo pensiero, non sono riducibili alle convinzioni filosofiche. Eppure per parlare dell'accompagnamento al morente oggi, in modo particolare nella Piccola Casa, non possiamo non considerare, in modo più generale, rapidamente l'approccio della cultura alla morte oggi e con essa l'approccio che ha l'uomo della strada o gli approcci degli uomini della strada.

8.2. L'ineliminabile pensiero della morte

Leone Tolstoj diceva a Maksim Gor'kij: "Se un uomo ha imparato a pensare non importa su cosa rifletta: starà sempre pensando alla propria morte. Tutti i filosofi sono sempre stati così. E quali verità ci possono essere se c'è la morte?".⁷² Questo significa che la morte è una struttura del pensiero e non ci si può liberare dalla morte cercando di non pensarvi, perché ogni pensiero è abitato dalla morte. Alla fine del Medioevo, con l'inizio delle città mercantili, le repubbliche marinare e poi con l'umanesimo e infine con l'industrializzazione, l'occidente ha cercato di costruire città, industrie, mercato, scambio e innovazione continua e questo in ordine al futuro. La stessa esistenza dell'uomo è progettuale perché la vita è progetto. La morte però si presenta come la fine di ogni progetto dell'uomo sulla propria vita, ma anche il suo progetto passerà di mano e non sarà più il suo progetto, ma di un altro e sarà diverso dal suo. La morte è percepita proprio come fine della vita, o meglio come la fine di tutto, punto. Per questo è diventata un tabù, non se ne deve parlare. Anche per Feuerbach la morte è annientamento della persona e pensare ad una vita futura è mera fantasia. Per lui infatti "La fantasia è l'organo del futuro". In una cultura materialistica come la nostra, dove nella materia tutto finisce, è inevitabile che la morte sia un tabù. Infatti è nella materialità della natura che sperimentiamo la morte. Materialmente parlando a tutto c'è rimedio tranne che alla morte. D'altra parte la morte appare anche come una liberazione da una vita che diventa invivibile. Spesso di fronte a morti difficili, se non atroci, dopo lunghi tempi di agonia non siamo come liberati dal costatare la fine dell'agonia di una persona della quale finalmente possiamo dire che non sof-

⁷² Il pensiero filosofico e il tema della morte, di Andrea Oppo, in http://www.pfts.it/images/docenti/oppo_andrea/La_filosofia_e_la_morte1.pdf

fre più? E non è questa una consolazione di fronte alla sua morte? Non è più consolante sapere che questa persona cara adesso non soffre più, di quanto sia una sofferenza sapere di averla persa? Vengono in mente i drammi di Beckett dove l'inferno vero è non morire mai. Questioni di questo genere però si infrangono di fronte alla possibilità di disporre della morte o della vita, perché come il dono della vita così anche la morte è indisponibile all'uomo.

9. Essere-per-la-morte e la libertà di essere sé stesso: M. Heidegger

Se il secolo precedente è stato segnato dall'Illuminismo e poi dalla visione tragica della vita di Schopenhauer, l'autore che ha influenzato maggiormente il pensiero sulla morte nel '900 è stato certamente M. Heidegger, che in una sorte di rivoluzione copernicana invita a superare l'approccio metafisico alla realtà ritornando alla questione dell'Essere e dell'essere situato nella sua esistenza, il Dasein, cioè del suo Essere-nel-mondo.

Questo essere che è l'uomo si trova gettato nel mondo e sperimenta la sua fatticità: l'uomo si esperisce e si comprende come "buttato al mondo": la sua esistenza e il compito di realizzarsi nelle opzioni della sua libertà gli vengono imposti. Tanto nella sua condizione originaria, quanto nella permanenza della sua esistenza, è marcato dalla negatività del non-essere, cioè, dal nulla. Perciò l'esperienza fondamentale dell'uomo è "l'angoscia": esperienza che tutto nel mondo "scivola", "svanisce", "affonda" nella mancanza totale di significato: il mondo è diventato "estraneo" e "inospitale" per me. "L'angoscia" rivela il "nulla" degli enti, del mondo e dell'uomo. Dall'esistenziale "essere-nel-mondo" passa Heidegger all'analisi dell'esistenza umana come "essere-per-la-morte", "essere-per-la-fine". In

quanto "buttato" al mondo, l'uomo è "buttato" alla morte: la morte segna permanentemente l'esistenza come destinata a finire, come possibilità ultima e suprema dell'uomo. La morte è personalmente e insostituibilmente mia: fra tutte le possibilità dell'esistenza, la morte è la più propria, insuperabile, e irriferribile (distrugge ogni rapporto dell'uomo). "Essere per-la-morte" è essenzialmente "angoscia", in cui si rivelano la condizione originaria dell'esistenza nella sua "fatticità" e la morte come la sua ultima e insuperabile possibilità. L'esistenza umana si mostra così assediata dalla negatività della sua origine e della sua fine: accerchiata fra i limiti del suo essere-nel-mondo. Dalla sua origine l'uomo è proiettato verso il definitivo "non-potere-esistere-più". Se l'angoscia rivela il nulla degli enti, essa rivela più profondamente il nulla dell'uomo, ma rivela anche l'unica possibilità dell'Esserci dell'uomo.

La morte è la possibilità dell'Esserci più propria, incondizionata, certa e, come tale, indeterminata e insuperabile. Soltanto riconoscendo tale possibilità l'uomo ritrova il proprio essere autentico e comprende veramente sé stesso. La morte diventa la possibilità per eccellenza dell'Esserci per il semplice fatto di essere la fine dell'Esserci. Essa è in fondo la sua unica possibilità di Esserci nel mondo, la possibilità di vivere autenticamente la sua esistenza. Ogni tentativo di vivere senza la morte, ignorando la morte, è vivere un'esistenza non mia, alienata dalla verità della mia esistenza che vanifica ogni tentativo non solo di vivere come uomo, ma di essere anche me stesso, cioè ogni possibilità di identificare l'io che io sono. Ogni esistenza che non si compia includendo la morte nel proprio esistere è alienata, inautentica e irreale.

Heidegger pone dunque la questione dell'autenticità o inautenticità dell'esistenza. L'esistenza inautentica è una "fuga" davanti alla morte, mentre l'esistenza autentica è "essere-per-la-morte": comprendendo ed accettando la possibilità della morte come impossibilità dell'esistenza, l'uomo ritrova il suo essere

autentico. Ma questo essere autentico è essere-per-la-morte e questo essere-per-la-morte è sostanzialmente angoscia. Esistere autenticamente implica il coraggio di guardare in faccia alla possibilità del proprio non-essere, morire, accettare la propria finitezza. L'esistenza autentica progetta la "decisione anticipatrice" di essere-per-la-morte, nel senso che accetta di convivere con la possibilità della morte e sceglie di liberarsi da una vita anonima.

L'esistenza autentica è quella nella quale l'Esserci è sé stesso, esistenza nella quale l'Esserci decide originariamente sé stesso. L'esistenza inautentica è quella caratterizzata da non-scelte, da un'assoluta non originarietà, cioè da una vita anonima, la vita del "si". L'uomo, infatti, è un essere e, in quanto tale, si relaziona col mondo e, nel suo relazionarsi col mondo, potrà assumere atteggiamenti che lo portano a rinunciare alla propria autenticità, rinunciando in questo modo all'esistenza e alla progettualità. Il Si riflessivo (si fa, si pensa, si crede, ecc.) caratterizza la scelta inautentica, imperante nell'età della massificazione. Quando l'esistenza umana è inautentica, perché dominata dal "si", l'uomo non parla più, né aspira alla conoscenza: il parlare cede il passo alla chiacchiera, avvalendosi di modi di pensare comuni e parlando delle cose di cui tutti parlano nel modo in cui tutti ne chiacchierano. Si può parlare di esistenza autentica solo nel caso in cui vi sia progettualità e libertà assoluta nelle scelte. Questa libertà assoluta ci viene solo di fronte alla morte. In un certo senso la morte è assoluta, definitiva, limite radicale di ogni possibilità che rende impossibile ogni possibilità, ma proprio per questo de-finisce l'autenticità o la non autenticità dell'Esserci.

9.1. Una riflessione critica su Heidegger

Al termine della sua analisi esistenziale della morte Heidegger si domanda espressa-

mente se la questione sull' "al-di-là della morte" sia, o meno, questione dotata di senso; nella sua risposta dichiara di non pronunziarsi per il sì o per il no. Non può non sorprendere che egli si sia disfatto così facilmente di tale questione: non si tratta in essa di un momento decisivo della questione dell'uomo, dalla quale parte tutta la sua filosofia? Non è proprio la sua ontologia dell'esistenza umana, marcata dalla morte, a imporre la questione del l'al-di-là della morte? Non sarà tale domanda una tappa decisiva nella questione ontologica? Se la morte è dimensione costitutiva dell'esistenza umana come "essere-per-la fine", questa esistenza e la sua comprensione dipendono da ciò che sarà "la fine": sarà essa l'annientamento totale e definitivo dell'uomo, o semplicemente il termine dell'uomo come l'essere nel mondo"? Senza tale questione non si può comprendere l'esistenza dell'uomo come essere "nel mondo", "per la morte", "per la fine".

La questione s'impone più radicalmente, se si tiene conto che secondo Heidegger la morte è personalmente mia come l'esistenza è "essere-io-stesso". Allora il dilemma s'impone da sé: la morte, affondamento totale della persona nel nulla o sopravvivenza del mio insostituibile io personale. La questione del al-di-là-della-morte scuote i due pilastri, in cui si basa l'ontologia di Heidegger: l'esperienza fondamentale dell'angoscia e la struttura fondamentale dell'esistenza umana come mera fatticità: è proprio la morte a squalificare l'angoscia e qualificare la speranza, come esperienza fondamentale dell'uomo.

10. La decostruzione della morte nella società liquida: Zygmunt Bauman

Se l'analisi di M. Heidegger ha portato la morte all'interno della vita come possibilità stessa dell'esistenza dell'uomo, l'analisi sociologica di Bauman smaschera ogni tentativo di eliminare

la morte dall'orizzonte della nostra cultura e società che si costruisce sul consumismo e sulla logica del mercato dove tutto viene monetizzato e ridotto all'unico valore considerato: l'utile.

In una sua pubblicazione dal titolo *Paura liquida*⁷³, Bauman affronta la paura della morte nella società del consumo e la sua elaborazione spettacolare. La nostra società funziona come il Grande Fratello, dove di un concorrente "l'eliminazione imminente la sente ormai a fior di pelle". Il Grande Fratello è uno specchio della nostra vita⁷⁴, dove "Non c'è un modo infallibile per sfuggire all'eliminazione. La minaccia non scomparirà" anche se "Non ha fatto nulla perché meritasse di uscire", di fatto "il punto fondamentale è che non occorre «aver fatto qualcosa» per «meritare» l'eliminazione". Così "Ciò che i reality raccontano è il destino. Per quel che ne sapete, l'eliminazione è un destino inevitabile. Come la morte, che potete cercare di tenere a distanza per un po', ma non potete fermare quando, alla fine, colpisce". Il Grande Fratello oggi "non parla di come tenere le persone dentro ...ma di come buttarle fuori e fare in modo che, una volta cacciate, se ne vadano senza fare storie e non tornino... La questione non è se qualcuno sarà eliminato, ma chi e quando. L'unica regola è che bisogna necessariamente eliminare qualcuno ogni settimana e non c'è una regola, un motivo oggettivo per cui qualcuno viene eliminato. Poiché poi gli spettatori partecipano arbitrariamente all'eliminazione, dopo aver creato un momento di suspense, di ansia di fronte a chi verrà eliminato, si sperimenta infine con l'evento dell'eliminazione una

liberazione dall'ansia. Ci sono altri spettacoli che celebrano "la routine dell'eliminazione", nel giro di pochi minuti, dove "Sopravvivere è possibile per uno solo: per tutti gli altri il destino e la condanna" e la causa della condanna è "non essere riusciti a mettere nel sacco gli altri...". Queste "favole morali" del nostro tempo, come le definisce Bauman, parlano di minaccia ingiusta, di eliminazione imminente e di impotenza di fronte alla eliminazione, seminano paura e non promettono alcuna redenzione. Le paure che esse seminano sono incurabili, non sono esorcizzabili e non c'è antidoto ad esse. Questi "apologhi del nostro tempo sono prove pubbliche di morte" e tramite esse le

nostre favole morali cercano di renderci immuni alla paura della morte banalizzandone la vista. Esse sono una prova generale, aperta al pubblico, della morte mascherata da esclusione sociale, nella speranza che prima che essa giunga nella sua forma nuda avremo saputo abituarci alla sua banalità.

Irreparabile... irrimediabile... irreversibile... irrevocabile... senza appello... Il punto di non ritorno... il definitivo... l'ultimo... la fine di tutto... Esiste uno e un solo evento cui si possano attribuire a pieno titolo tutte queste qualificazioni nessuna esclusa, un solo evento che renda metaforico ogni altro loro impiego, l'evento che conferisce a quei termini il loro significato primario, originario, incontaminato e non diluito. Quell'evento è la morte.

La morte ci coglierà comunque impreparati anzi "aggiungendo il danno alla beffa, essa invalida e svuota la stessa idea di «preparazione»".

Per questo tutte le culture hanno cercato di rendere possibile vivere l'inevitabilità della morte e lo hanno fatto in tre modi.

Il primo e di gran lunga il più diffuso, è pensare che la morte è un passaggio e il memento mori, un po' heideggeriano, qualifica la vita e rende vivibile la morte. La vita si trasforma dopo

⁷³ Zygmunt Bauman, *Paura Liquida*, Bari 2009 ed. Laterza (titolo originale *Liquid Fear*, Cambridge 2006). Bauman pubblicò un più ampio studio sulla morte nel 1992 dal titolo *Mortality, Immortality and Other Life Strategies*, Polity Press, Cambridge, attualmente tradotto in italiano col titolo *Mortalità, immortalità e altre strategie di vita*, Bologna 2012 Ed. Il Mulino. In *Paura liquida* abbiamo tuttavia una sintesi chiara delle tesi e riflessioni di quel primo studio.

⁷⁴ Ivi, p. 31. Le citazioni sono prese dal capitolo 1°, *Paura della morte*, pp. 30-68.

la morte e nella vita oltre la morte riceviamo un premio o una pena riferita alla vita vissuta al di qua della morte. Per questo la morte costringe a qualificare la vita facendo sì che la vita sia ricompensata per il bene compiuto. L'eternità dell'anima conferisce un valore immenso alla vita terrena. Scrive Bauman:

Capovolgere il significato della morte — ridefinendo la più abominevole delle cadute come la più beata delle ascese — è stato un autentico virtuosismo. Si è riusciti così non soltanto a riconciliare i viventi con la propria natura mortale, ma a conferire alla vita un senso, uno scopo e un valore che il verdetto di morte avrebbe certamente negato se ci si fosse fermati alla sua rigorosa e austera semplicità. Quella mossa ha trasformato la potenza distruttiva della morte in una forza di valorizzazione della vita: ha aggiunto la morte al carro della vita. Ha collocato l'eternità alla portata di ciò che è transitorio e posto esseri che riconoscono di essere mortali alla plancia di comando dell'immortalità. Quell'atto era difficilmente imitabile, sebbene lo si sia tentato in ogni modo e molto probabilmente non lo si cesserà mai di tentare⁷⁵.

Dentro questa prospettiva si situa in modo meno significativo la sopravvivenza attraverso la fama, una fama individuale o impersonale quella dell'eroe e del martire.

Un secondo stratagemma va prendendo forma oggi in una società che perde il senso religioso e della trascendenza e non è interessata né al fascino dell'eroe né a quello del martire. Questo stratagemma "sembra aver conquistato il posto d'onore nella nostra società liquido-moderna di consumatori" e consiste "nel rendere marginali le preoccupazioni per ciò che è irrevocabile, attraverso la svalutazione di tutto ciò che durevole, persistente e a lungo termine: di qualsiasi cosa che abbia probabilità di sopravvivere alla propria

esistenza individuale ...persino di quelle esperienze che sono il materiale di cui è formata la materia dell'idea di eternità"⁷⁶. Si tratta di "eliminare dalla coscienza umana la preoccupazione dell'eternità... e privarla dei poteri di dominare, formare e ottimizzare il corso della vita individuale... tagliando alle radici tutte le preoccupazioni riguardo all'immortalità". Questo tentativo di eliminare la morte dalla coscienza conosce due modi uno è la decostruzione della morte, l'altro è la banalizzazione.

Nella decostruzione della morte, la morte stessa viene suddivisa nelle molteplicità degli atti e problemi che si presentano nel suo processo fisico, dove ciascuno è preso separatamente dall'insieme e affrontato singolarmente per essere risolto singolarmente a seconda della conoscenza e dei mezzi tecnici che attualmente si ha per ogni problema che si pone. Si tratta di un metodo di sezionamento del processo di morte, per affrontare le singole parti singolarmente e staccarle dal processo. Questa visione ignora volutamente che la morte è scritta nella stessa biologia del vivente. Anche nella diagnosi di morte è difficile che si scriva che uno è morto per cause naturali, ma si cercherà la causa ultima, cioè immediata che ha determinato l'evento. Questa decomposizione, anatomizzazione degli atti di un processo fa sì che ogni singolo evento possa trovare la sua soluzione specifica a prescindere dall'insieme e cioè rende evitabile che questo singolo atto avvenga. Il singolo evento biologico critico è, nella medicina, in sé evitabile. Si tratta del mito della contingenza della morte, cioè la morte avviene in un atto contingente che può essere in sé evitato dalla conoscenza e dalla cura medica. Si tratta di evitare il terrore di pensare che la morte sia ineluttabile, sopprimere "la consapevolezza dell'inevitabilità della morte". Ottiene però l'effetto contrario perché ogni evento di salute è guardato come ad un evento

⁷⁵ Ivi, p. 43.

⁷⁶ Ivi, p. 51.

verso la morte e si crea una sorta di ossessione per la cura della salute che paventa la morte che si avvicina, non solo ma gli eventi patogeni si trovano ovunque, nella malattia come nella cura della malattia: "Non c'è più neanche un momento di tregua dalla minaccia di morte. La lotta contro la morte inizia dalla nascita e riempie la vita... l'ultima battaglia è destinata a essere persa"⁷⁷.

Legata a questa si presenta anche la banalizzazione della morte. La banalizzazione della morte rende il confronto con la morte come qualcosa di ovvio, di quotidiano facendo del "vivere con la morte" qualcosa di meno insopportabile. La morte tuttavia è un evento definitivo e la definitiva scomparsa di un mondo che non sarà più raggiungibile, il mondo di ogni persona con cui sono entrato in relazione e che faceva parte del mio mondo. La morte del "tu", della persona cara, ci mette drasticamente di fronte alla definitività e irreparabilità della morte e non può essere banale, perché è anche, in senso personale, relazionale, la mia morte. "Man mano che questi altri, uno dopo l'altro, se ne vanno, i nostri mondi, i mondi dei sopravvissuti, perdono, pezzo dopo pezzo, il proprio contenuto. Chi ha vissuto a lungo e ha visto i propri cari andarsene si duole per la marea crescente della solitudine: l'esperienza misteriosa e inusitata del mondo vuoto, altra indiretta introspezione nel significato della morte"⁷⁸. Di fatto però ogni fine di una relazione può introdurci in questa esperienza della definitività, esperienza di morte.

Quando poi i legami umani diventano sempre più fragili, come nella nostra società "liquido-moderna ... la vita si trasforma in una quotidiana prova di morte e di «vita dopo la morte», di «morte-rinascita-morte». La morte è spogliata del suo mistero, familiarizzata e addomesticata, ma anche qui "«un mondo», ogni volta «unico», svanisce". Questa esperienza però nella società

liquido-moderna porta a uno scollamento tra l'idea della morte e la preoccupazione dell'eternità. La morte non è considerata un passaggio dal transitorio all'eterno, ne è contemplata come via di accesso all'immortalità. Nella vita liquida non esistono punti di non ritorno finita una relazione ne inizia un'altra, proprio perché le relazioni non sono legami forti, ma deboli. Qui le rotture creano sofferenze, attori e vittime della rottura che mantiene vivo il terrore di esse esclusi per primi dalla relazione, come nei reality. Nella società dei consumi poi gli individui "vengono incoraggiati a progettare e a usare da solisti, ciascun per sé".

La ricerca della felicità, poi, cui sono provocati gli individui della società dei consumi, tende ad eliminare ciò che crea disagio, anche le persone che impediscono la felicità: "La vita liquido-moderna viene vissuta come su un campo di battaglia", ma un campo dove si combatte sulle sabbie mobili.

In sintesi Bauman riassume queste strategie di vita:

La prima strategia consiste nella costruzione di ponti tra vita mortale ed eternità, ridefinendo la morte come nuovo inizio (stavolta, di una vita immortale), anziché come fine definitiva.

La seconda strategia consiste nello spostare l'attenzione (e la preoccupazione!) dalla morte in sé — evento universale e inevitabile — alle «cause» specifiche di morte, che vanno neutralizzate o contrastate.

La terza strategia consiste nel quotidiano svolgimento di una «prova generale metaforica» della morte nella sua terribile verità di fine «assoluta», «definitiva», «irreparabile» e «irreversibile», in modo tale che una simile «fine», come nel caso delle mode e manie «rétro», possa essere vista come qualcosa di non assoluto ma revocabile e reversibile, nulla più che un evento normale tra tanti altri⁷⁹.

La morte riempie la nostra vita di angoscia, di

.....
⁷⁷ Ivi, p. 54.

⁷⁸ Ivi, p. 57.

.....
⁷⁹ Ivi, p. 64.

una paura primitiva, originaria, inalienabile, panica, irrepresentabile, ma agisce anche come un potentissimo stimolante, conferisce cioè una enorme importanza alla vita, fa sì che nella vita "i giorni contano e noi contiamo i giorni" (Hans Jonas).

11. Accompagnare alla morte nella Piccola Casa oggi

Il tema è impegnativo perché abbiamo visto, attraverso il pensiero di Hediegger e le analisi di Bauman il cambiamento significativo, se non radicale, che è avvenuto nell'uomo contemporaneo, almeno nella cultura occidentale, tra il mondo dell'Ottocento e quello di oggi, tra l'illuminismo e la post-modernità o fine della modernità nella società liquida, e tra la visione religiosa del mondo univoca dell'Ottocento e la multi-religiosità di un mondo globalizzato. Multi-religiosità che riguarda spesso lo stesso individuo con intrecci inestricabili nella convinzione circa il senso della vita, o nella negazione di esso con la prospettiva di un ateismo strisciante, anonimo, culturale e indifferente.

È una vera sfida per la cura del morente nella Piccola Casa, ma anche per il pensiero cristiano, cattolico e cottolenghino, che dalla fede cristiana è nato e nella fede cristiana ha la sua continua radice vitale e che nella Chiesa si pone come protagonista di evangelizzazione, in uno sguardo e in una sensibilità così lontana dalla cultura laica o laicista contemporanea. Non possiamo indicare orientamenti e progettualità pastorali feconde, ma solo delle riflessioni che spero siano utili a questo scopo.

12. Una preziosa eredità spirituale

La prima attenzione possiamo ricavarla dall'eredità che ci viene dalle origini della Piccola Casa, nel tempo in cui il Fondatore era presen-

te e con la sua comunità fondante poneva le basi della cura dell'uomo e in particolare del morente che comprendeva un ampio spettro di attenzioni.

12.1. Prepararsi nella vita

La prima considerazione è che la preparazione alla morte è anzitutto un impegno della singola persona durante tutta la sua vita. La morte è la conclusione della vita e di una vita, pertanto alla morte ci si prepara nella vita.

12.2. La Piccola Casa luogo di donazione di sé

Questo impegno è certamente lasciato al singolo, ma ai tempi del Cottolengo e fino a tempi più recenti, nella Piccola Casa esistevano soggetti che venivano ricoverati per motivi di malattia e ivi poi morivano, come abbiamo visto, ma esistevano anche soggetti che o venivano liberamente a vivere nella Piccola Casa a servizio delle persone povere e fragili ivi assistite, come le Suore, i Fratelli e i Sacerdoti, oppure che venivano accolte in essa per esservi assistiti nella loro vita. Questo faceva sì che nella Piccola Casa si vivesse uno stile di vita che educava alla carità, alla fraternità, al perdono, alla compassione e anche alla sofferenza e poi anche alla morte. La morte era di casa nella Piccola Casa, proprio perché era un luogo di cura e di accoglienza di persone sofferenti e malate, oltre che non abbienti e povere. Le esperienze poi di malattie infettive ed epidemiche mietevano in essa in quei tempi molte vite e la morte non solo abitava la Piccola Casa, ma anche esigeva una disponibilità a dare la vita col rischio di ammalarsi e anche di morire per servire i suoi figli bisognosi di cure. La morte che abitava allora la Piccola Casa diventava anche l'occasione per una esposizione eroica della propria vita in nome della carità e questo era vissuto, da parte dei religiosi, come un onore che permetteva di fare il dono di sé anche a rischio della propria vita, un dono totale di sé in nome della carità e per il Signore.

Questa esperienza dei tempi del Cottolengo legata soprattutto alla diffusione del colera e poi del tifo, ha però attraversato i secoli a seconda dei tempi più o meno soggetti alla mortalità ed è arrivata anche ai nostri giorni con la pandemia del Covid19 che tanti morti ha visto anche nella Piccola Casa, ma anche tanta dedizione da parte del personale religioso e laico che non ha esitato a rischiare di ammalarsi proprio per offrire la cura ai malati e anche ai morenti. La Piccola Casa ha così in qualche modo rivissuto esperienze di altri tempi dove, abitata dalla morte, era un luogo di condivisione di vita e di morte e la cura del morente diventava pedagogia di vita del senso della vita, di quel senso della vita che dà senso anche alla morte, perché ci si dispone a correrne il rischio mossi dalla compassione, dall'amore e dal dovere professionale di soccorrere il malato e di accudire al morente. Questa cura del malato e del morente nella Piccola Casa è accompagnata anche dall'affetto che accompagna anche la persona che si prende cura del bisognoso nei confronti del bisognoso stesso e viceversa. Anche le persone malate e bisognose nutrono spesso sentimenti di affetto verso il personale religioso e anche laico, perché una persona ama chi si prende cura di lei. Questa dimensione affettiva di familiarità, avvicina il vissuto di chi serve con il vissuto di chi soffre e questa vicinanza, che è empatia, compassione, fa dell'esperienza della sofferenza e della morte un'esperienza condivisa, in un certo senso vissuta insieme. Prendersi cura di alimentare questo aspetto della Casa, è certamente fare dello stesso clima di vita della Piccola Casa una pedagogia di vita che rende la morte un'esperienza condivisa, un dramma che ci porta insieme, ma anche un evento che non soffoca la speranza sorretta dalla promessa di Cristo di una nuova e altra vita, che fa della morte un viaggio verso Dio e la pienezza del suo Regno.

Questa lettura ci porta a considerare che dobbiamo liberare la morte e la percezione che abbiamo di essa, da una prospettiva troppo individualistica e fare di essa un evento di comu-

nità, non un evento privato che riguarda solo la persona o al massimo i suoi cari, ma un evento sociale. Se è vero infatti che con ogni persona muore tutto un mondo e le nostre relazioni diventano più povere e più povero il nostro mondo senza di lei, allora la morte non può essere un fatto privato, ma comune. Alla morte si partecipa in forza delle relazioni e la morte è come condivisa nelle relazioni. La cura delle relazioni è una parte importante sia di pedagogia di vita che, poi, di accompagnamento del morente. Per questo la Piccola Casa è "Casa" e i suoi abitanti sono delle "famiglie", come voleva il nostro fondatore. Questo aspetto familiare della morte e questa "casa" dove la cura, la dedizione, l'affetto, la carità sfida anche la drammaticità e la durezza della morte e dove si corre anche il pericolo di esporsi ad essa, fa del clima di vita della Piccola Casa una sorta di "brutta copia del paradiso" e in un certo senso è come un segno della speranza cristiana di quel mondo promesso in Cristo dove la morte sarà vinta e non impedirà più la vita. Infatti nella Piccola Casa la morte non impediva di vivere in pienezza la propria vita anche e forse appunto dando la propria vita per amore. Non penso che queste considerazioni siano retoriche, perché davvero molte persone hanno dato e danno la propria vita nella Piccola Casa in nome della carità, della cura, del sacrificio e in nome di Dio.

12.3. Una Parola vivente e vivificante

Se la Piccola Casa è il luogo della pedagogia di una vita che integra la morte e la supera nel dono di sé fino al sacrificio e, questo, nella speranza di una vita che vive un amore più forte della morte, l'amore di Cristo per noi, allora l'accompagnamento del morente si fa credibile, cioè la presenza della Piccola Casa, presso il morente, si fa credibile e diventa una parola credibile nell'affetto che avvicina le persone, l'affetto di chi sta vicino e di chi riceve vicinanza. È la vita di una persona che rende credibile sia la vicinanza e sia

la parola che media ed esprime la relazione.

Qui possiamo fare riferimento alle testimonianze che abbiamo letto circa il Cottolengo e agli insegnamenti che lui lasciava. Il gesto di abbracciare il condannato a morte con amorevolezza e affetto era un linguaggio che cerca di esprimere comprensione, partecipazione e conforto là dove le parole non bastano più. Il linguaggio corporeo a volte dice ciò che è ineffabile del cuore. Quante volte di fronte a un morente siamo silenziosi ed esprimiamo la sola ineffabile vicinanza tenendogli ad esempio la mano.

Là dove poi la parola è ancora possibile, il Cottolengo suggeriva l'abbandono, il lasciarsi andare ad una volontà più grande di noi e certo migliore della nostra, la volontà di Dio. Questa capacità di lasciarsi andare da parte del morente, presuppone la fiducia, la confidenza, l'offerta di sé. Questo aspetto è importante perché è anche redentivo di una vita. Infatti se una vita è stata vissuta senza troppa sensibilità verso il prossimo e verso Dio, il momento ultimo della consegna di sé, redime una vita che si è cercato di trattenere per sé.

Non possiamo ignorare qui che la presenza del sacerdote accanto al morente, non solo per un servizio sacramentale, ma per offrire una presenza che significa l'incontro del morente con Dio, diviene decisiva per portare quella pace interiore, quella pace della coscienza che permette anche l'abbandono e il dono di sé per amore, nel rendere a Dio la vita che da Lui abbiamo ricevuto. È compito proprio del sacerdote vicino al morente, portarlo alla pace con Dio, con sé stesso, col mondo e offrirgli speranza e fiducia. Il Sacerdote infatti è adibito e abilitato dal suo ministero a toccare e ad agire nella coscienza del morente con la Parola della Vita che viene "da" e "che è" Gesù stesso.

La riconciliazione del morente con la propria storia è un altro aspetto decisivo dell'aiuto che gli si dà, perché la riconciliazione con la propria storia, con la famiglia, con le persone che lo hanno fatto soffrire e gli hanno fatto del male, lasciando a Dio il giudizio, ma riconciliazione an-

che con sé stesso, con gli errori fatti nella propria vita, con il male di cui si è stati causa, con le proprie condizioni e situazioni di vita, con le proprie sofferenze, è fonte di pacificazione della coscienza e di intima serenità. La pace con il passato che abita la coscienza riconciliata è quello stato d'animo e di coscienza che permette di abbandonarsi all'ignoto della morte e si entra nell'ignoto con la pace nel cuore, con abbandono e fiducia. Una coscienza non pacificata rende drammatico l'evento che ci inghiotte nell'ignoto.

Forse alla luce di questa considerazione riferita alla riconciliazione e alla pacificazione si spiega anche quella sensibilità che il Cottolengo aveva verso l'ambiente del morente. Morire in un ambiente familiare al morente, non fare nulla che possa sembrare ad un trasloco di cose, che fanno di spogliamento dal mondo e dice che cosa avverrà con la morte e l'assenza del morente dove tutto ciò che lui ha avuto e usato diventerà inutile e destinato allo scarto e trasmette al morente il suo destino di annientamento, è certo privarlo del conforto dell'importanza della sua persona. Questa osservazione sembra superflua, ma impercettibilmente a volte si fanno cose come se il morente, magari ancora cosciente, fosse già morto e oggetto ormai di scarto. Cose come parlare del funerale, parlare della destinazione dei suoi beni, anche solo prendere qualcosa come suo ricordo o chiamare la ditta funebre, magari davanti ai parenti e in presenza del morente, per organizzare il funerale prima che muoia.

È inoltre interessante notare la sensibilità che il Cottolengo manifesta verso chi assiste i morenti. Forse non tutti sono idonei a svolgere questo servizio, perché la condizione è forse che, chi assiste il morente, abbia in qualche modo anche già elaborato, se così si può dire, la propria morte, per non accostarsi con paura, con disagio, ansia, angoscia o viceversa con superficialità, indifferenza, indelicatezza, insensibilità e così via. La cura verso chi si prende cura è un aspetto importante, soprattutto quando le morti sono incalzanti e non c'è tempo di elaborarne il lutto. Sì, chi

si prende cura del morente ha comunque sempre la necessità di elaborare il lutto nei confronti della persona che è mancata, perché ogni cura è relazione e ogni relazione, come abbiamo visto, intreccia dei mondi e quando un mondo viene a mancare, è anche il proprio mondo che cambia e nel quale viene a mancare definitivamente qualcosa. Questa necessità di elaborazione del lutto da parte del personale addetto alla cura e all'accompagnamento del morente non sempre è sufficientemente considerata.

Nella sua Piccola Casa, il Cottolengo aveva previsto la 'cura orante' per i morenti. Questa dimensione della preghiera era per lui fondamentale. La preghiera porta l'esperienza della morte che la Piccola Casa fa e le persone in essa, soprattutto coloro adibite alla cura dei morenti, in una dimensione 'altra', rispetto alla dimensione puramente mondana e temporale, e tiene viva la speranza per i morenti e i defunti, alimentando una sorta di comunione tra i vivi e i morti che fa dell'esperienza della morte un passaggio tra questo mondo e il mondo di Dio. Collocare la morte in questo contesto orante, la libera dalla sua drammatica tragicità. Significa che la morte non è più tragica? La morte la viviamo a seconda di come la percepiamo: senza speranza è tragica, inaccettabile e angosciante, dentro una speranza condivisa nella comunione orante essa è accettabile come consegna di sé.

Se la Piccola Casa presenta queste caratteristiche anche di fronte alla morte, morire alla Piccola Casa è una grazia, perché si conclude la vita in una comunione di persone la cui fraternità, sensibilità e benevolenza, ma soprattutto la cui fede permette la pacificazione con sé e con Dio e l'abbandono di sé nella certezza di essere accompagnati umanamente e spiritualmente dalla fede di tutti. Qui possiamo aggiungere che il morente lascia ai suoi conviventi la memoria di sé, lascia loro in eredità la memoria di sé stesso e questa memoria è tanto più ricca e significativa quanto più egli è stato una persona spiritualmente ricca e buona. Con la morte è certo che

perdiamo dei mondi, ma è altrettanto certo che questi mondi li portiamo dentro di noi perché il nostro stesso mondo si è impregnato della presenza di chi è mancato arricchendoci interiormente. Così il morente che lascia una eredità spirituale alimenta il tesoro umano e spirituale della Piccola Casa e diventa patrimonio di una memoria che arricchisce la casa arricchendo di sé, della sua memoria il cuore di molti. Nella Piccola Casa abbiamo una infinità di esempi di questo genere e un patrimonio unico di memoria che forse non sappiamo valorizzare. Aggiungo qui che una cura nei confronti dei defunti nella Piccola Casa non solo alimenterebbe la ricca memoria di cui la Piccola Casa gode e potrebbe godere di più, ma anche un clima nuovo, una nuova percezione del significato della morte, ma anche della vita, per la Piccola Casa e di fatto un accompagnamento al morente. Infatti quando muore una persona, essa non perde il significato della sua vita nella Piccola Casa, ma rimane viva nella memoria, pur essendo morta è presente e questa presenza è ancora feconda di vita tanto più quanto più la Piccola Casa ne fa memoria. Per questo la memoria viva dei defunti nella Piccola Casa, memoria tenuta viva e ravvivata con modalità da progettare, è una ricchezza per essa e per tutti coloro che conoscono il patrimonio della memoria senza aver conosciuto le persone che hanno fatto la storia della Piccola Casa. Perdere la memoria significa anche perdere la propria storia e sé stessi, cioè il significato stesso di essere qui, di vivere e lavorare nella Piccola Casa. Forse è anche un po' perdere la stessa Piccola Casa.

13. Accompagnamento del morente nella multiculturalità e multireligiosità

Le considerazioni che abbiamo fatto fin qui e che seguono le indicazioni ricevute dal patri-

monio spirituale della Piccola Casa, si prestano ad un accompagnamento alla morte soprattutto di chi nella Piccola Casa vive o viene accolto a partecipare del clima di vita in essa presente. Quanto detto, necessita probabilmente del contesto cottolenghino e del clima di vita della Piccola Casa, se manca questo clima, il contesto, sarebbe più difficile applicare le indicazioni qui offerte. Questo avviene quando nella Piccola Casa vengono accolte persone esterne di provenienza culturale varia e di fede religiosa diversa o con diverse visioni del mondo. La globalizzazione infatti ha come diluito i nostri confini. Penso che in questi casi la multiculturalità e la multi-religiosità che si incontra con l'accoglienza della Piccola Casa, richieda una multidimensionalità di approcci e di vicinanze anzitutto verso chi viene accolto e poi di conseguenza verso il morente. Anche nella nostra cultura occidentale e nordatlantica alla luce dell'analisi di Bauman l'approccio al morente diventa problematico e multidimensionale a seconda della concezione della morte che ciascuno si fa.

Ci sono scienze specificamente impegnate in questo settore, come la tanatologia, che portano avanti studi ormai da anni sia dal punto di vista psicologico che spirituale, intendendo la spiritualità come le risorse che lo spirito dell'uomo, al di là della sua fede, può dispiegare di fronte all'avvicinarsi della morte. Non possiamo pertanto entrare in questo settore e neppure ne ho le conoscenze e competenze dal punto di vista delle scienze umane che lo riguardano, ma possiamo offrire delle riflessioni che aprano ad un confronto più specifico nella stessa Piccola Casa.

Il primo aspetto che vorrei sottolineare è il senso della dignità dell'uomo e in modo particolare della dignità del morente. Questa dignità emerge in modo eminente nel rispetto sacro che si ha di fronte all'evento della morte e del morente. Nella Piccola Casa questo senso della dignità del morente, del rispetto sacro verso la sua persona, verso il suo dolore e la sua fine, è e rimane un messaggio che dà dignità al momento del-

la morte e rivela il valore che ogni persona ha e che viene evidenziato soprattutto nel momento della sua massima debolezza. La società odierna rischia di appiattire la dignità di una persona alla sua riuscita nella vita, alla sua capacità di influenzare la società, ai followers che ha nel suo sito web, alle sue conoscenze sociali di rilievo e così via. Nel suo declino sovente la persona sperimenta sempre più la sua irrilevanza sociale e, di conseguenza, la sua insignificanza fino sentire di scomparire nel senso della sua esistenza e nel valore della sua persona quanto precipita verso l'annientamento. Essere presenti nella Piccola Casa al morente e portare il rispetto verso di lui tanto più grande quanto più è grande la debolezza e la prova che è chiamato a vivere, significa trasmettere un messaggio di speranza dove il valore della persona non è dovuto al suo più o meno grande successo, ma al suo stesso essere persona umana e la dignità non viene data dagli uomini, ma è affermata in sé stessa per il solo fatto di essere persona umana esprimendo così una trascendenza valoriale che dà valore all'uomo, dal momento che la dignità nessuno può darla a sé stesso. E se questa dignità è riconosciuta tanto più grandemente quanto più è grande la debolezza e la fragilità, allora significa che questa trascendenza valoriale che l'afferma assolutamente viene da una Trascendenza personale che ci chiama per nome. Questo è esattamente il carisma della Piccola Casa e la sua missione, quella di affermare la dignità inalienabile e non negoziabile della persona umana. Accompagnare il morente con questo assoluto rispetto della sua dignità è accompagnarlo alla morte, ma anche a quel senso della sua persona che prescinde dalla morte e va oltre la morte.

Un secondo aspetto che incontra l'interculturalità nell'accompagnamento del morente è la partecipazione, o la fraternità, o anche l'essere in comunione con lui nel suo morire, la relazione grazie alla quale il suo evento è vissuto non individualmente e in modo solitario, ma partecipativo e comunitariamente. Qualcuno ha detto

che si muore da soli perché nessuno può entrare nella morte dell'altro. Nella Piccola Casa però, dove la morte è di casa, la morte è un evento che tocca la Casa. Non si tratta di essere fisicamente presenti al morente, ma di portargli la partecipazione della Famiglia della Piccola Casa. La pandemia ci ha insegnato come sia difficile questo, perché la solitudine si vince solo quando c'è una vicinanza affettiva, ma sapere che la morte di qualcuno non riguarda solamente lui, ma tutti, è anche sentire che la morte non separa, ma unisce, non isola, ma suscita partecipazione. Anche questa può essere una sfida per la missione della Piccola Casa oggi nei confronti dei morenti. Abbiamo anche accennato al ricordo dei morti come spazio della memoria che rende vive le persone nella coscienza collettiva della Piccola Casa. Forse dobbiamo sviluppare strategie e sensibilità perché la morte di ciascuno sia un evento di comunione.

Dentro queste due dimensioni, la dignità del morente e la dimensione comunitaria della morte, vanno poi le altre dimensioni quali la riconciliazione con la vita, con sé stessi, la propria storia, le persone incontrate. Anche la dimensione del congedo dal mondo e dagli altri viene vissuto con disponibilità dove si fa esperienza di comunione e di comunità.

Non mi affaccio poi su temi di grande attualità come il fine vita, la sperimentazione sul fine vita, le cure palliative, lo spegnimento della coscienza, il suicidio assistito o quant'altro la scienza e la coscienza umana si trova ad affrontare eticamente, ma anche in queste riflessioni la Piccola Casa con la sua storia di cura verso i morenti ha una parola propria da dire sulla morte come sulla vita, sulla dignità e sulla comunione e la familiarità, sul senso del dono dove la vita è dono e donata e la vita degli altri non ci è disponibile e non ci appartiene e neppure la nostra. Ma qui si aprono tematiche ardue e sensibilità personali.

La Piccola Casa tuttavia riflettendo sulla propria storia e sul suo patrimonio umano e spi-

rituale ha modo di comprendere sempre meglio quel mistero di cui è portatrice e la missione che è chiamata a compiere per l'uomo di ieri come per l'uomo di oggi dal momento che ogni uomo di fronte alla morte cerca sé stesso e nella comunione è dato alla speranza.



L'Hospice: la normativa italiana dalla prima riforma sanitaria fino alla legge 38/2010

Gian Paolo Zanetta

Il filosofo Byung-Chul Han ha definito la nostra società la società senza dolore, perché, a suo parere abbiamo bandito la sofferenza dalle nostre vite: siamo una società algofobica, che coincide con la società della prestazione, il dolore "viene interpretato come un segno di debolezza, qualcosa da nascondere o da eliminare in nome dell'ottimizzazione". Nella società del poter fare non ha alcun posto la società della sofferenza, ed il dolore vien condannato a tacere. Ed anche il modo di concepire la morte, profondamente cambiato nel corso dei secoli, oggi subisce una profonda trasformazione determinata dall'impatto delle tecnologie e dalla conseguente fideistica concezione tutto possa essere risolto, anche la più tremenda delle malattie: il rapporto malattia-cura-morte è trasformato e la morte è quasi come un tabù, perché si ritiene che ormai la scienza medica lo abbia espulso dal nostro panorama, per il quale non possono esistere situazioni di malattia senza rimedio. Nella semplificazione dei processi, molto sensibili alle logiche mediatiche, la risposta che si è trovata, a fronte di drammatiche vicende personali e di inenarrabili sofferenze fisiche e psicologiche, del ricorso al concetto dell'autodeterminazione dell'individuo e quindi al diritto di decidere come morire, dimentica che esistono anche altri percorsi, altre scelte, proprio all'interno dei livelli essenziali di assistenza, che, in rapporto alle

sofferenze del paziente consentono un diverso approccio ed una diversa concezione dei diritti individuali, quali ad esempio le cure palliative e la terapia del dolore.

Ci sono voluti anni prima che gli insegnamenti di Cicely Saunders, colei che studiò ed inventò in Gran Bretagna le cure palliative, trovasse nel nostro paese adeguato riconoscimento e venissero trasfusi in una adeguata normativa che promuovesse un diverso approccio all'assistenza del malato terminale.

Cicely Saunders fu l'ispiratrice, la fondatrice degli hospice, la persona che sottolineò l'importanza delle cure palliative nella medicina moderna, introducendo il concetto del diritto collettivo della assistenza ai malati terminali fino alla fine della loro vita nel modo più confortevole possibile.

L'esperienza che la Saunders fece nel suo percorso professionale la portò a comprendere come non fosse sufficiente alleviare soltanto il dolore fisico dei malati terminali, ma come occorresse non di meno soddisfare le esigenze emotive e spirituali dei ricoverati, maturando la consapevolezza che un grande sforzo dovesse essere avviato per lenire la disperazione dei malati terminali e delle loro famiglie. Iniziò così il progetto della realizzazione di un "hospice", in cui medici ed infermieri si facessero carico anche della tutela psicologica dei pazienti. L'ap-

proccio alla gestione del dolore, intuito dalla Saunders, divenne uno dei capisaldi dell'assistenza all'hospice. Nello stesso modo costruì il concetto di empatia nei confronti delle famiglie dei pazienti.

Il St. Christopher Hospice vide la luce nel 1967, come istituto che ospitava malati terminali, di cancro o di altre malattie, ma anche anziani e malati cronici costretti a letto, tanto che venne definito un ospedale ed una casa. Disse la Saunders, in occasione della consegna di un riconoscimento internazionale per la sua attività: "La scienza e l'umanità devono procedere insieme e questo è ciò su cui si fondano gli hospice".

Quando in Italia si fa strada questa nuova cultura sanitaria e ricevono riconoscimento ed attuazione principi legati a tale diverso approccio al malato terminale? Non è stato facile, nel nostro paese, introdurre un metodo diverso, più articolato, più mirato alla gestione complessiva del malato, fisica e psichica, perché questo ha significato rivoluzionare radicalmente l'occhio sull'altro, l'attenzione sul paziente, modificare alla radice il rapporto medico ed utente, riconoscendo quest'ultimo come persona, titolare di un diritto, la salute, al cui interno risiede anche il diritto alla dignità ed alla etica dell'atto sanitario.

Per comprendere il significato dell'evoluzione culturale che ha riguardato l'approccio medico, attraverso l'introduzione nell'organizzazione sanitaria nazionale degli hospice, bisogna prioritariamente analizzare il concetto di cure palliative.

Secondo la definizione dell'OMS, le cure palliative sono un approccio clinico specialistico che mira a migliorare la qualità della vita dei pazienti nelle ultime fasi di una malattia inguaribile, attraverso la prevenzione ed il sollievo dalla sofferenza fisica, psicologica, spirituale.

Le cure palliative sono pertanto un approccio terapeutico attivo, tutt'altro che rinunciatario e sono un diritto fondamentale dell'essere umano. Non si tratta solo di somministrare antidolorifici, ma di prendere in carico il dolore totale del

paziente e della sua famiglia, anche attraverso supporto psicologico e spirituale.

Vediamo ora il percorso giuridico che ha portato all'attuale quadro normativo che vede le cure palliative e la terapia del dolore poste a carico del servizio sanitario nazionale.

La legge 30 dicembre 1978 n.833, istitutiva del servizio sanitario nazionale, è la legge fondamentale che ha dato attuazione all'articolo 32 della Costituzione e che, pur scontando un ritardo trentennale rispetto all'entrata in vigore della Carta, rappresenta uno dei punti più alti e significativi della legislazione italiana: ebbene, essa nulla dice sul tema che stiamo trattando e su una visione olistica della cura del paziente. Il fatto è da un lato comprensibile, avendo la legge di riforma il compito di superare ben più ataviche e pesanti manchevolezze e storici ritardi nell'assistenza sanitaria, dall'altro lato colpisce che una riforma, mutuata in gran parte dal sistema sanitario britannico, non abbia preso in considerazione un elemento organizzativo, l'hospice, che, nella sanità inglese, era stato introdotto con la realizzazione nel 1967 del St. Christopher hospice. D'altra parte parliamo di una stagione di welfare e di diritti sanitari che vedeva ancora un rapporto con il paziente finalizzato quasi esclusivamente alla cura, all'acuzie, all'intervento diretto a sanare il danno e lo stesso approccio al dolore non aveva strumenti idonei, né materiali, né culturali né scientifici. Il dolore veniva quasi considerato inevitabile e quindi ineliminabile nel processo di cura.

Ripeto: era ancora il tempo nel quale occorreva garantire ai cittadini, quale obiettivo principale e prioritario, l'universalità, l'uguaglianza, l'uniformità, la gratuità delle cure. Era ancora obiettivo da raggiungere quanto garantito dall'articolo 32 della costituzione.

Ciononostante, la grande rilevanza della riforma era non solo negli obiettivi sopracitati, ma anche nei principi posti a base del nuovo servizio nazionale, tra i quali emergevano (articolo 1) il rispetto della dignità e della libertà della persona umana.

Ed elemento importante, lo stesso comma dell'articolo precisa che il compito della pubblica di tutelare la salute come diritto fondamentale dell'individuo, riguarda sia la salute fisica che psichica, concetto ribadito nel comma successivo, e che rappresenta già una novità rispetto alla tradizionale e limitativa considerazione del rapporto terapeutico. Quindi l'attività di protezione della salute non è più considerata come fine a se stessa, ma come mezzo per la completa realizzazione dello sviluppo individuale e personale.

L'articolo 2 richiama, tra gli obiettivi della riforma, la necessità della formazione di una moderna coscienza sanitaria, evidenziando il fatto che il concetto moderno, per quell'epoca, di salute non è soltanto biologico, ma anche etico e sociale. In conclusione, la prima riforma sanitaria non parla di malati in fase terminale.

Di cure palliative in Italia si è iniziato a parlare solo tra la fine degli anni 70 e la prima metà degli anni ottanta, grazie alla spinta coraggiosa ed innovativa di alcuni pionieri, tra i quali il professor Vittorio Ventafridda e la Fondazione Floriani. Nascevano così alcune realtà che, su base volontaristica, iniziavano a rispondere a livello domiciliare alla complessità e mutevolezza dei bisogni dei malati terminali e delle loro famiglie. In Italia il primo servizio di cure palliative nasce nel 1977 grazie ad una collaborazione tra l'Istituto Tumori di Milano, la Fondazione Floriani (il cui Direttore scientifico era il già citato prof. Ventafridda) ed i volontari della sezione provinciale di Milano della Lega Italiana per la lotta contro i Tumori. Il primo hospice nasce nel 1987 presso la "Casa di cura Domus Salutis" di Brescia.

Queste organizzazioni no profit, pur senza una normativa di supporto, iniziarono a lavorare e ad assistere i primi pazienti, contando non solo sullo spirito solidaristico, ma anche su principi e valori quali la qualità della vita, la dignità della persona malata, il rispetto della volontà da loro espresse, la famiglia come oggetto e soggetto di cura, il valore della multi professionalità.

Il momento fondamentale nella storia che stiamo ripercorrendo è rappresentato dalla pubblicazione del "Technical Report" dell'OMS nel 1990, redatto da nove esperti tra cui il già citato prof. Ventafridda, che ha dato la prima definizione di cure palliative: "la cura attiva globale di malati la cui patologia non risponde più a trattamenti volti alla guarigione o al controllo dell'evoluzione delle malattie (medicina curativa). Il controllo del dolore, di altri sintomi e degli aspetti psicologici, sociali e spirituali è di fondamentale importanza. Lo scopo delle cure palliative è il raggiungimento della miglior qualità di vita possibile per i malati e le loro famiglie". Aspetti fondamentali della definizione sono, oltre la centralità del malato, il controllo del dolore e dell'evoluzione della malattia, il mutamento ed ampliamento del concetto di cura, sia in quanto rivolto anche a persone inguaribili, e sia in quanto contenuto nella presa in carico della persona nella sua interezza. Quindi curare avviene anche quando non si può guarire ed aiutare i malati inguaribili non deve essere più un peso per i singoli e per la famiglia, ma diventa un obbligo della collettività non solo da un punto di vista gestionale e finanziario ma soprattutto da un punto di vista etico e culturale.

Il Piano sanitario Nazionale 1998-2000 apre in maniera significativa al nuovo modo di intendere l'assistenza al malato e nell'indicare gli obiettivi di salute del triennio considerato indica nuove prospettive: nella parte dedicata ai tumori introduce indicazioni operative e linee guida che vanno nella direzione indicata dall'OMS.

In linea generale, in considerazione delle tendenze dell'incidenza delle patologie tumorali, della mortalità e della sopravvivenza per tumori, il Piano si propone di realizzare obiettivi generali che riguardano la riduzione della mortalità derivante da tumori maligni, la riduzione delle differenze di sopravvivenza, la riduzione delle disuguaglianze per classi sociali, e, elemento innovativo, il miglioramento della qualità della vita del paziente oncologico. Non solo, ma per gli interventi previsti in tale ambito, miglioramento della qualità della vita, il piano prevede:

- a) Produzione, diffusione ed adozione di Linee guida per l'assistenza ai pazienti oncologici terminali
- b) Attivazione di appropriati programmi di riabilitazione e per la terapia palliativa e del dolore
- c) Diffusione di forme di assistenza domiciliare che favoriscano il concorso della famiglia e della rete sociale del paziente.

Viene dedicato un capitolo alla assistenza alle persone nella fase terminale della vita, nel quali si afferma con forza che le persone affette da patologie evolutive irreversibili per le quali non esistono trattamenti risolutivi, occorre prevedere un'assistenza finalizzata al controllo del dolore, alla prevenzione e cura delle infezioni, al trattamento fisioterapico ed al supporto psicosociale. Non solo, ma oltre al paziente, l'attenzione deve essere dedicata ai famigliari prima e dopo il decesso del malato. In questi casi, un'assistenza di buona qualità deve offrire la possibilità di trascorrere l'ultima parte della vita in famiglia, o, quando questo non è possibile, in strutture di ricovero adeguate alla natura dei problemi.

Al fine di migliorare l'assistenza erogata alle persone che affrontano la fase terminale della vita, sono da privilegiare le azioni volte:

- Al potenziamento dell'assistenza medica ed infermieristica a domicilio
 - All'erogazione di assistenza farmaceutica a domicilio, tramite le farmacie ospedaliere
 - Al potenziamento degli interventi di terapia palliativa ed antalgica
 - Al sostegno psicosociale al malato ed ai suoi famigliari
 - Alla promozione ed al coordinamento del volontariato di assistenza ai malati terminali
 - Alla realizzazione di strutture residenziali e diurne (hospice) autorizzate ed accreditate.
- Appare così per la prima volta la parola hospice.

È la legge 26 febbraio 1999 n.39, di conversione del decreto-legge 28 dicembre 1998

n.450, che, al fine di assicurare interventi urgenti di attuazione del Piano sanitario nazionale 1998-2000, attribuisce riconoscimento ufficiale alle cure palliative, inserendole ufficialmente nel nostro sistema sanitario. L'articolo 1 impegna il Ministro della sanità ad adottare tempestivamente un programma su base nazionale per la realizzazione, in ciascuna Regione e provincia autonoma, in coerenza con gli obiettivi del PSN, di una o più strutture, ubicate nel territorio in modo da consentire un'agevole accessibilità da parte dei pazienti e delle loro famiglie, dedicate all'assistenza palliativa e di supporto prioritariamente per i pazienti affetti da patologia neoplastica terminale che necessitano di cure finalizzate ad assicurare una migliore qualità della loro vita e dei loro famigliari. L'Hospice così diventa struttura sanitaria a tutti gli effetti. Con successivo atto di indirizzo e coordinamento verranno stabiliti i requisiti strutturali, tecnologici, ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle nuove strutture realizzate con oneri a carico dello Stato, che dovranno integrarsi, unitamente all'assistenza domiciliare, con le altre attività di assistenza sanitaria erogata sul territorio.

Conseguentemente è la terza riforma sanitaria, approvata con dlgs 19 giugno 1999 n.229, che inizia a prendere in esame percorsi assistenziali integrati e nuovi bisogni di salute. L'articolo 3 septies del testo aggiornato, dal citato dlgs, del decreto legislativo 30 dicembre 1992 n.502 (seconda riforma sanitaria), riferito all'integrazione socio-assistenziale, al comma 4 parla di prestazioni socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria, caratterizzate da particolare rilevanza terapeutica ed intensità della componente sanitaria, che attengono prevalentemente alle aree materno infantile, anziani," e patologie in fase terminale, inabilità o disabilità conseguenti a patologie cronico-degenerative".

Non solo, ma con il decreto ministeriale 28 settembre 1999, il Ministro della sanità adotta, in attuazione della succitata legge 39/99 il programma su base nazionale per la realizzazione, in

ciascuna Regione e Provincia autonoma, in coerenza con gli obiettivi del PSN, di una o più strutture con ubicazione territoriale tale da consentire una agevole accessibilità da parte dei pazienti e delle loro famiglie, dedicate all'assistenza palliativa e di supporto, prioritariamente per pazienti affetti da patologia neoplastica terminale che necessitano di cure finalizzate ad assicurare ad essi e ai loro famigliari una migliore qualità della vita. Tali strutture sono parte integrante della rete di assistenza ai malati terminali, costituita da servizi e da attività territoriali ed ospedaliere finalizzate all'erogazione delle cure palliative. Per rendere efficace la strategia delineata di rete e strutture di accoglienza, il Ministero prevede il riparto di risorse tra le varie realtà regionali, al fine di avviare celermente la realizzazione delle prime strutture, affinché tutte siano dotate di almeno un centro residenziale di cure palliative (hospice) e della rete di cure palliative di cui il centro è parte integrante. Il decreto prevede inoltre, allo scopo di dare concreta e rapida attuazione al programma ulteriori misure, quali:

- Ritardi nella presentazione dei progetti comportano revoca dei finanziamenti e loro riassegnazione in altre realtà
- Verifica ministeriale sulla congruità e compatibilità dei progetti e dei piani di integrazione con la rete
- Verifica ministeriale sull'attuazione del programma
- Valutazione sistematica e continuativa della soddisfazione del servizio da parte dei pazienti e dei loro famigliari
- Attivazione di programmi di comunicazione, mirati a diffondere informazioni sull'istituzione, localizzazione, finalità, caratteristiche e modalità di accesso.
- Promozione di programmi di formazione del personale.

Di particolare importanza è l'allegato al decreto, che definisce le modalità di integrazione della rete delle cure palliative e ne definisce le linee attuative di realizzazione. La rilevanza del

documento è racchiusa non solo nelle sottolineature di alcune parole chiave ma soprattutto nel disegno complessivo che emerge, che appare caratterizzato da una reale volontà di porre il paziente a centro di una rete e di una attività multidisciplinare che mira a rispondere a tutte le esigenze di un paziente in stato terminale.

Innanzitutto, si prevede una ricomposizione complessiva di funzioni ospedaliere e territoriali, per garantire una presa in carico globale del paziente stesso, unita ad una continuità di cure nelle varie fasi assistenziali, e sono questi elementi fondamentali che dimostrano un nuovo approccio alla malattia. A questa ricomposizione si deve collegare una rete di solidarietà sociale, attraverso onlus, organizzazioni di volontariato, forme di collaborazione, che è segnale di comprensione della rilevanza sociale ed etica della malattia. Altri elementi innovativi sono rappresentati dal programma o piano terapeutico individualizzato di intervento, e quindi centralità del paziente, e multidisciplinarietà dell'intervento, che vede coinvolte discipline, ambiti professionali integrati ed in grado di dare una risposta olistica ai bisogni. Per raggiungere tali scopi diventa indispensabile, ed il decreto sottolinea tale aspetto, adeguate forme di supporto psicologico e di formazione permanente di personale.

Gli obiettivi specifici della rete di assistenza sono:

- Assicurare ai pazienti una forma di assistenza, finalizzata al controllo del dolore e degli altri sintomi, improntata al rispetto della dignità, dei valori umani, spirituali e sociali di ciascuno di essi ed al sostegno psicologico e sociale del malato e dei suoi famigliari
- Agevolare la permanenza dei pazienti presso il proprio domicilio garantendo ad essi ed alle loro famiglie la più alta qualità di vita possibile
- Ottenere una riduzione significativa e programmata dei ricoveri impropri in ospedale.

Gli hospice sono l'elemento innovativo della rete, concorrendo alla realizzazione del progetto terapeutico individualizzato, e si propongono quale ricovero temporaneo per pazienti per i quali non sussistono le condizioni necessarie all'assistenza domiciliare o al ricovero ospedaliero, sono supporto per le famiglie per alleviarle dalla cura del proprio congiunto, possono svolgere attività assistenziale in regime diurno, svolgono attività di monitoraggio delle terapie palliative per il controllo dei sintomi. Gli interventi sanitari erogati dagli hospice, precisa con grande chiarezza il decreto, sono "ad alta intensità assistenziale (ecco il valore umano dell'intervento e del rapporto professionista medico-paziente), a limitata tecnologia e, dove possibile, a scarsa invasività". Benessere psicologico ed ambientale del paziente e dei suoi famigliari, grande disponibilità nei rapporti, professionalità sanitaria che si estrinseca nella umanità ed empatia, comfort ambientale, sicurezza e tutela della privacy sono gli elementi che rendono l'hospice struttura adeguata ed umanamente attrezzata.

Il DPCM 14 febbraio 2001 definisce la natura delle prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, le prestazioni sociali a rilevanza sanitaria, le prestazioni socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitarie. Tra queste ultime vengono inserite le prestazioni da particolare rilevanza terapeutica ed intensità della componente sanitaria, le quali attingono prevalentemente alle aree materno-infantile, anziani, handicap, patologie psichiatriche e dipendenze, inabilità e disabilità conseguenti a patologie cronico-degenerative, patologie terminali. Tali prestazioni, in particolare, sono quelle attribuite alla fase post-acuta caratterizzata dall'inscindibilità del concorso di più apporti professionali e sociali, nell'ambito del processo personalizzato di assistenza, dalla indivisibilità. Dell'impatto congiunto degli interventi sanitari e sociali sui risultati dell'assistenza e dalla preminenza dei fattori produttivi sanitari impegnati nell'assistenza. Dette prestazioni ad elevata integrazione sanitaria sono erogate dalle aziende sanitarie e sono a

carico del fondo sanitario. Per quanto riguarda i pazienti terminali, l'allegato al decreto prevede, in attuazione della già citata legge 28 febbraio 1999 n.39, prestazioni e trattamenti palliativi in regime ambulatoriale, domiciliare, semiresidenziale, residenziale (hospice). È, questo decreto, la chiusura di un cerchio che, partendo da una situazione di silenzio sul tema "malato terminale", nell'arco di vent'anni da compiutezza ad un percorso ed inserisce le cure palliative nell'elenco delle prestazioni erogate, al 100%, a carico del SSN.

Anche per quanto riguarda la terapia del dolore si fanno passi avanti. È con la legge 8 febbraio 2001 n.12 che vengono stabilite nuove norme per agevolare l'impiego dei farmaci analgesici oppiacei nella terapia del dolore, agevolandone la somministrazione e rendendo più snelle le procedure, al fine di garantire un più efficace trattamento del dolore e della sofferenza nei malati terminali. In particolare, in deroga alle precedenti disposizioni, la consegna di sostanze sottoposte a controllo può essere fatta anche da operatori sanitari, per quantità terapeutiche di particolari farmaci, accompagnate da dichiarazione sottoscritta dal medico di medicina generale, di continuità assistenziale o dal medico ospedaliero che ha in cura il paziente, che ne prescrive l'utilizzazione anche nell'assistenza domiciliare di pazienti affetti da dolore severo in corso di patologia neoplastica o degenerativa, ad esclusione del trattamento domiciliare degli stati di tossicodipendenza da oppiacei. Non solo, ma sono previste modalità semplificate per l'uso professionale urgente, nonché la possibilità per il personale che opera nei distretti sanitari di base o nei servizi territoriali o negli ospedali pubblici o accreditati delle Asl a consegnare al domicilio di pazienti affetti da dolore severo in corso di patologia neoplastica o degenerativa, le quantità terapeutiche dei farmaci, indicati specificamente dalla legge, accompagnate dalla certificazione medica che ne prescrive la posologia e l'utilizzazione nell'assistenza domiciliare.

Quindi, le due norme citate la legge 39/99 e la legge 12/2001 ha dato dignità normativa ai due aspetti, assistenza e cure palliative da un lato, terapia del dolore dall'altro, che a partire dal PSN 1998-2000 sono entrate a pieno titolo nelle prestazioni erogate dal servizio sanitario nazionale.

Il DPCM 29 novembre 2001 riguardante la definizione dei livelli essenziali di assistenza, nella individuazione delle prestazioni di assistenza garantite dal servizio sanitario nazionale, riconducibili ai diversi livelli di assistenza, inserisce nell'assistenza territoriale residenziale e semi-residenziale l'attività sanitaria e socio-sanitaria rivolta a pazienti nella fase terminale.

Ma il riconoscimento definitivo di una dimensione collettiva di risposta alla sofferenza e quindi di un obbligo dello Stato a farsene carico avviene soltanto con la legge 15 marzo 2010 n.38, relativa alle disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative ed alla terapia del dolore.

Con cure palliative si intendono l'insieme degli interventi terapeutici, diagnostici ed assistenziali, rivolti alla persona malata sia la suo nucleo familiare, finalizzati alla cura attiva e totale dei pazienti la cui malattia di base, caratterizzata da una inarrestabile evoluzione e da una prognosi infausta, non risponde più a trattamenti specifici. Terapia del dolore è invece l'insieme di interventi diagnostici e terapeutici volti ad individuare ed applicare alle forme morbose croniche idonee ed appropriate terapie farmacologiche, chirurgiche, strumentali, psicologiche e riabilitative, tra loro variamente integrate, allo scopo di elaborare idonei percorsi diagnostico-terapeutici per la soppressione ed il controllo del dolore.

Ai sensi dell'articolo 1, è tutelato e garantito l'accesso alle cure palliative ed alla terapia del dolore del malato, nell'ambito dei livelli essenziali di assistenza approvati con il citato DPCM 29 novembre 2001, al fine di assicurare il rispetto della dignità e dell'autonomia della persona umana, il bisogno di salute, l'equità nell'accesso

all'assistenza, la qualità delle cure e la loro appropriatezza. Il programma di cura individualizzato per il malato e la sua famiglia, essendo obiettivo prioritario del PSN ed adempimento regionale ai fini dell'accesso al finanziamento integrativo a carico del bilancio pubblico, deve potersi realizzare senza discriminazione, ricercando la tutela e la promozione della qualità della vita fino al suo termine e garantendo adeguato sostegno sanitario e socio-assistenziale per i soggetti interessati.

Compete al Ministero della salute:

- Promuovere la realizzazione di campagne istituzionali di comunicazione destinate ad informare i cittadini sulle modalità e sui criteri di accesso alle prestazioni ed a programmi di assistenza in materia di cure palliative e di terapia del dolore connesso alle malattie neoplastiche ed a patologie neoplastiche ed a patologie croniche e degenerative. È richiesto il coinvolgimento e la collaborazione dei medici di medicina generale, delle farmacie pubbliche e private, delle organizzazioni private senza scopo di lucro, impegnate nella tutela dei diritti in ambito sanitario e nell'assistenza.
- Promuovere, attraverso una ricognizione e rilevazione dei diversi territori, l'attivazione e l'integrazione tra la rete delle cure palliative e quella del dolore, garantendone l'uniformità su tutto il territorio nazionale ed il relativo coordinamento.
- Operare al fine di individuare, di intesa con le Regioni, le figure professionali con specifiche competenze ed esperienza nel campo delle cure palliative e della terapia del dolore, anche per l'età pediatrica, ritenute essenziali per il governo delle strutture nelle quali le due reti si articolano a livello regionale.
- Per dare ulteriore concretezza alla definizione delle reti territoriali, verranno precisati i requisiti minimi e le modalità organizzative necessarie per l'accreditamento delle strutture di assistenza ai malati terminali.

delle unità di cure palliative e della terapia del dolore domiciliari presenti in ciascuna regione, con particolare riferimento ad adeguati standard strutturali qualitativi e quantitativi: fondamentale è l'integrazione tra strutture di assistenza residenziale e le unità operative di assistenza domiciliare. In questo ambito. Al fine di rafforzare l'attività dai comitati "Ospedale senza dolore", vengono disposti ulteriori finanziamenti per sviluppare il progetto e trasformarlo in un più efficace rapporto Ospedale-territorio senza dolore, e vengono avviate iniziative, anche a carattere formativo e sperimentale, volte a sviluppare il coordinamento delle azioni di cura del dolore, favorendone l'integrazione a livello territoriale.

Sempre al fine di sviluppare le politiche sanitarie intese a garantire l'accesso alla terapia del dolore, si fa obbligo ai professionisti medici ed infermieristici, all'interno della cartella clinica, in uso presso tutte le strutture sanitarie, di riportare le caratteristiche del dolore rilevato e della sua evoluzione nel corso del ricovero, nonché la tecnica antalgica ed i farmaci utilizzati, i relativi dosaggi ed il risultato antalgico conseguito.

Formazione ed aggiornamento del personale medico e sanitario diventano strategici nella creazione delle reti: Il Ministero dell'Istruzione individuerà, con più decreti i criteri generali per disciplina degli ordinamenti didattici di specifici percorsi formativi in materia di cure palliative e di terapia del dolore, connesso alle malattie neoplastiche ed a patologie croniche e degenerative. Con i medesimi decreti sono individuati i criteri per l'istituzione di master in cure palliative e nella terapia del dolore. Purtroppo si devono, ad oggi, riscontrare ritardi notevoli nella definizione delle procedure e quindi il mancato rispetto dei tempi definiti nella legge.

Anche per quanto riguarda i farmaci la legge 38/2010 dimostra attenzione ed impegno nel governo dell'utilizzo corretto degli stessi, coinvolgendo i professionisti interessati e cercando

di migliorare i processi di evoluzione del settore:

- la prescrizione e l'utilizzazione sono sottoposti a monitoraggio, onde evitare disomogeneità territoriali e valutare il livello di integrazione delle strutture.
- vengono avviate modalità di semplificazione delle procedure di accesso ai medicinali impiegati nella terapia del dolore.

Il percorso che abbiamo individuato evidenzia la difficoltà non solo organizzativa, ma soprattutto culturale, che può sintetizzarsi nella formula "effettività delle cure palliative". Il tasso di copertura del bisogno si ferma a valori decisamente bassi, con una disomogeneità territoriale molto forte, il che fa dubitare della reale esigibilità del diritto alle cure palliative sancito dalla legge 38/2010. Numero di posti letto, decisamente inferiore alle necessità e formazione universitaria assente (solo nel decreto rilancio si è parlato per l'anno accademico 2021/2022, di corso di specializzazione in medicina e cure palliative) sono la palla al piede per l'esercizio di un diritto fondamentale ed una priorità assoluta per le politiche della sanità.

Come già ha avuto modo di esprimersi il Comitato nazionale per la Bioetica, non è un paradosso "non punire l'aiuto al suicidio senza prima aver assicurato l'effettività delle cure palliative"?



Evoluzione dell'aspetto giuridico e medico in Italia dopo la legge 38/2010

Ferdinando Cancelli

Sono passati dodici anni dal 15 marzo 2010. In tale data venne approvata la legge 38, una tappa fondamentale nella storia delle cure palliative in Italia, allora ancora lontane dall'essere considerate una "disciplina" medica come le altre. "La presente legge tutela il diritto del cittadino ad accedere alle cure palliative e alla terapia del dolore" si legge all'articolo 1 comma 1 e subito dopo si sottolinea come le cure palliative siano considerate tra i Livelli Essenziali di Assistenza, specificandone per grandi linee l'organizzazione, territoriale e hospice, e cercando di definire le figure professionali coinvolte nell'assistenza e le modalità di attuazione della stessa. Che cosa è successo in questi dodici anni? È stata sufficiente la legge 38 per assicurare la diffusione della medicina palliativa sul territorio nazionale e soprattutto per garantire quel diritto per i cittadini ad essere curati e accompagnati fino alla fine anche in caso di malattia inguaribile? Attraverso una rapida analisi delle principali tappe giurisprudenziali e legislative potremo rispondere di no. La legge 38 resta ad oggi ampiamente misconosciuta e disattesa, anche del tutto, in molte realtà nazionali e la tendenza alla promozione di iniziative e di leggi che mirano a rendere lecito un aiuto a morire è il frutto più evidente di un meccanismo che è ancora lontano dal corretto funzionamento. Il cittadino che prima di tutto

dovrebbe avere, per legge, il diritto di accedere alle cure palliative e quindi di essere curato da un'équipe multidisciplinare a casa propria o in strutture residenziali come gli hospices, è stato in questi dodici anni spinto verso un altro orizzonte. Perdurando infatti un'insufficiente implementazione di strutture e personale a lui dedicati in un vero orizzonte di cura, alcuni hanno preferito proporre, con la scusa di un esercizio di libertà a senso unico che sfocia nella morte volontaria, l'alternativa che adesso rischia di diventare legge dello Stato.

Il 22 dicembre 2017 è stata varata la legge 219, «Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento», ad oggi la sola che regola la fase finale della vita in Italia. La legge consta di 8 articoli, si presenta come piuttosto scarna e manca di documenti attuativi.

Il legislatore ha unito in un unico testo la materia del consenso informato e quella delle DAT e si è preferito parlare di "disposizioni" piuttosto che di "dichiarazioni". Le prime sono vincolanti per il medico, le seconde no. Da questa scelta deriva uno dei punti più controversi, quello dell'obbligo per il medico di rispettare la volontà del paziente, esplicitato all'articolo 1 comma 6 rispetto al consenso informato e ripreso dall'articolo 4 comma 5 nel caso delle DAT vere e proprie. «Il medico — si legge — è tenuto a rispettare

la volontà espressa dal paziente di rifiutare il trattamento sanitario o di rinunciare al medesimo e, in conseguenza di ciò, è esente da responsabilità civile o penale». Quest'ultima precisazione, l'esenzione di responsabilità, sottolinea la volontà dei legislatori di garantire e forse anche di promuovere le decisioni astensioniste e di rinuncia anche se da queste discendesse un abbreviamento della vita. Il fatto poi che il testo non preveda in nessuna sua parte l'esplicita esclusione di pratiche come l'eutanasia e il suicidio assistito rafforzava già al momento dell'approvazione della legge quei timori di derive che in questi giorni sono sotto i nostri occhi.

Sono tuttavia presenti nel testo alcuni riferimenti interessanti. All'articolo 2 comma 2 si deve notare la valorizzazione della "relazione di cura e di fiducia tra paziente e medico" basata sul consenso informato nel quale si incontrano, si legge, "l'autonomia decisionale del paziente e la competenza, l'autonomia professionale e la responsabilità del medico". Compare inoltre una felice espressione anche al comma 8 dello stesso articolo 1: "il tempo della comunicazione tra medico e paziente costituisce tempo di cura". In questo caso il passo in avanti è stato notevole: chi lavora con i pazienti gravi sa bene che, al di là dell'importanza di gesti tecnici e di conoscenze farmacologiche puntuali, la comunicazione tra medico e paziente, tra medico e familiari e tra paziente e familiari stessi rappresenta davvero una componente fondamentale per la riuscita dell'assistenza. Il problema di questo preziosissimo "tempo di cura" è però che spesso non esiste. Molti pazienti da noi seguiti in hospice o a domicilio ci raccontano dell'ospedale nel quale erano ricoverati: visite affrettate, colloqui brevissimi e superficiali, mancanza di possibilità di restare con calma a discutere dei propri problemi e delle proprie angosce con i sanitari. Detto in altre parole occorrerebbe un radicale cambio di paradigma e un deciso potenziamento di risorse destinate anche a questo aspetto cruciale: pochi medici, pochissimi infermieri in reparti molto grandi sono

destinati a dover seguire molti pazienti e questo a discapito della possibilità di seguirli bene e con umanità oltre che con professionalità.

A distanza di cinque anni dall'approvazione della legge 219/2017 molti aspetti restano oscuri: che cosa si intende per "trattamento sanitario" visto che per esso è necessario il "consenso libero e informato"? Dove si trova, ancora ad oggi, il "fascicolo sanitario elettronico" per inserire i files video che in alcuni casi dovrebbero servire a raccogliere i consensi di cui la legge parla? Come mai non si accenna alla difficoltà oggettiva per il cittadino di stendere delle disposizioni di trattamento senza l'aiuto di un medico? Come si dovrebbero "indicare" (verbo usato nel testo) le persone di fiducia? E poi le DAT vere e proprie sono raccolte ad oggi da tutti i Comuni con appositi registri?

Una nota a parte merita l'articolo 2 che valorizza il ruolo delle cure palliative e della terapia del dolore sottolineando l'importanza della legge 38 del 2010: viene evidenziata la necessità di sapersi fermare nel caso in cui i trattamenti proposti vengano a rappresentare una "ostinazione irragionevole" e siano perciò "inutili o sproporzionati". Il sapersi fermare rappresenta un potente antidoto alla richiesta di anticipare la morte: dal momento che molte situazioni esasperate si creano proprio per l'ostinazione irragionevole di chi non si vuole arrendere alla realtà di una compromissione ormai gravissima e irrecuperabile, il risultato finale è quello di offrire il fianco a chi, per motivi spesso tutt'altro che umanitari, invoca l'eutanasia o il suicidio assistito come soluzione "semplice" a problemi complessi trascurando del tutto l'approccio palliativo che potrebbe invece avere un ruolo fondamentale.

Infine occorre mettere in particolare evidenza l'articolo 5 riguardante la "pianificazione condivisa delle cure", uno degli articoli più trascurati ma forse uno dei più importanti per i risvolti pratici che potrebbe avere se venisse correttamente applicato nella pratica clinica. La differenza tra le disposizioni anticipate di trattamento e la

pianificazione anticipata delle cure è che mentre le prime si scrivono quando si è ancora sani pensando ad una futura e magari lontana situazione di malattia o di inabilità, nel secondo caso, già affetti da una "patologia cronica e invalidante o caratterizzata da un'inarrestabile evoluzione con prognosi infausta", si affronta con il proprio medico una pianificazione anticipata e condivisa dei trattamenti ai quali si vorrebbe o non si vorrebbe essere sottoposti in caso di incapacità ad esprimere il consenso. Tale pianificazione può e deve essere progressivamente aggiornata in caso di evoluzione della malattia. Il fatto che in questo caso ci si trovi già in situazione di malattia rende la pianificazione condivisa delle cure molto più semplice da fare rispetto alle Dat.

Lo scenario è però drasticamente cambiato due anni dopo, nel 2019. La sentenza 242 della Corte Costituzionale ha infatti dichiarato illegittimo l'articolo 580 del Codice Penale ("istigazione o aiuto al suicidio") in determinate situazioni, riferendosi esplicitamente all'aiuto fornito da Marco Cappato a Fabiano Antoniani, un DJ morto in Svizzera tramite suicidio assistito il 27 febbraio 2017 dopo un gravissimo incidente automobilistico che lo aveva reso tetraplegico e cieco tre anni prima.

La sentenza parla di "proposito di suicidio autonomamente e liberamente formatosi di una persona tenuta in vita da trattamenti di sostegno vitale e affetta da una patologia irreversibile fonte di sofferenze fisiche o psicologiche che ella reputa intollerabili ma pienamente capace di prendere decisioni libere e consapevoli sempre che tali condizioni e le modalità di esecuzione siano state verificate da una struttura pubblica del Servizio Sanitario Nazionale previo parere del comitato etico territorialmente competente". Il tanto temuto salto in avanti è tutto racchiuso in poche parole: dal diritto a rinunciare ai trattamenti, come previsto dalla Costituzione e dalla legge 219/2017, al diritto di essere aiutati a morire.

Forti di questo fatto, i fautori della "libera scelta" non hanno perso tempo e hanno cercato

di raccogliere le firme necessarie per promuovere un referendum. È necessario fare una precisazione: la proposta referendaria bocciata in data 15 febbraio 2022 non era però, come la sentenza 242 della Corte Costituzionale, fondata sulla richiesta di abrogazione parziale dell'articolo 580 del CP ma sull'articolo 579 dello stesso Codice, riguardante l'omicidio del consenziente. La tentazione di spingersi ancora oltre è stata forte ma è stata pagata, dal punto di vista dei promotori, molto cara. Le parole con cui tale proposta è stata respinta proprio dalla Consulta sono chiarissime: "con l'abrogazione ancorché parziale della norma sull'omicidio del consenziente, cui il quesito mira, non sarebbe preservata la tutela minima costituzionalmente necessaria della vita umana in generale e con particolare riferimento alle persone deboli e vulnerabili". Giuristi laici come Luciano Violante avevano in diverse occasioni manifestato la propria preoccupazione di fronte alla proposta referendaria e avevano sottolineato come si fosse rischiato di restare "prigionieri delle buone intenzioni", ammesso che queste ci fossero.

E veniamo infine a tempi recentissimi. Più volte invocata da alcuni, considerata inutile da altri, il 9 marzo scorso è stato approvato alla Camera il testo che dovrebbe prossimamente passare l'esame del Senato prima di diventare legge. La "legge sul fine vita" come la si è spesso genericamente chiamata, è diventata "Disposizioni in materia di morte volontaria medicalmente assistita", manifestando chiaramente la volontà di introdurre, per la prima volta in Italia, il diritto di chiedere di morire. Merita anche in questo caso un esame del testo che, giova ricordarlo ancora una volta, non è legge fino a che non sia stato approvato (magari con correzioni) anche in Senato.

Un testo ancora una volta scarno, composto da 11 articoli.

Il disegno di legge "disciplina la facoltà della persona affetta da una patologia irreversibile e con prognosi infausta o da una condizione clinica irreversibile di richiedere assistenza

medica al fine di porre fine volontariamente e autonomamente alla propria vita". Non è chiaro che cosa si intenda per "condizione clinica" e il testo non lo specifica altrove. I presupposti e le condizioni per poter accedere al suicidio assistito (mai chiamato con questo nome) sono, oltre alla "volontà attuale, libera e consapevole", alla "capacità di intendere e di volere" e alla maggiore età, due importanti requisiti: che la persona "sia stata preventivamente coinvolta in un percorso di cure palliative" e le "abbia esplicitamente rifiutate o le abbia volontariamente interrotte" e che sia tenuta in vita da "trattamenti di sostegno vitale". Secondo il testo la morte medicalmente assistita sembra quindi correre su binari diversi dalle cure palliative e così è anche nella realtà se la definizione OMS viene rispettata alla lettera. Questo l'iter della richiesta ("per iscritto e nelle forme dell'atto pubblico o della scrittura privata autenticata") indirizzata dal paziente al medico di medicina generale o al medico che ha in cura il paziente: il medico redige un rapporto "dettagliato" e "documentato" sulla situazione del paziente, lo trasmette "senza ritardo" al comitato per la valutazione clinica che, entro 30 giorni e sentito il paziente e il medico se necessario, esprime un "parere motivato" che verrà trasmesso all'interessato e al medico. Se il parere sarà favorevole, il medico trasmette la domanda alla direzione sanitaria dell'ASL la quale attiva le "verifiche necessarie" perché il decesso (mediante autosomministrazione di un veleno) avvenga presso il domicilio o una struttura ospedaliera. Il testo chiarisce all'articolo 7 che i comitati per la valutazione clinica devono essere "multidisciplinari, autonomi e indipendenti, costituiti da specialisti, ivi compresi palliativisti e da professionisti con competenze cliniche, psicologiche, giuridiche, sociali e bioetiche".

Due note particolari riguardano la morte stessa e l'obiezione di coscienza del sanitario. Se la prima, come c'era da attendersi ma non per questo senza che la cosa lasci più che perplessi, è "equiparata al decesso per cause naturali", l'iter

per gli obiettori è a dir poco farraginoso. All'entrata in vigore della legge è previsto che entro 6 mesi (180 giorni) debba essere pubblicato un "regolamento" con decreto del Ministero della Salute, decreto che istituirebbe tra l'altro i predetti comitati. Entro 3 mesi dalla data di adozione del regolamento, il medico o il sanitario che intende obiettare deve presentare domanda direttamente all'ASL. Quale ASL per chi non è dipendente del SSN non si capisce dal testo, in che forma presentare tale domanda non è chiaro.

Dalla legge 38 del 2010 alla proposta di legge sulla morte volontaria medicalmente assistita del 2022, dal diritto alle cure palliative al diritto di morire con la "tutela" di un'azienda sanitaria locale, il cambiamento di direzione è evidente. Considerando che ad oggi l'accesso alle cure palliative è tutt'altro che scontato in molte zone del nostro Paese, che la formazione degli specialisti veri e propri deve ancora iniziare e che sia le reti di cure palliative domiciliari che i posti letto hospice sono sicuramente lontani dalla piena realizzazione, ci sembra che il fatto di promuovere la morte assistita suoni come una sconfitta per tutti. A pandemia da SARS-CoV2 ancora in corso, la sconfitta sembra ancora più bruciante, addirittura catastrofica per alcuni settori della società che, intimoriti da potenziali derive definite "ancora peggiori" come la modifica dell'articolo 579 del codice penale, pur dichiarandosi contrari all'eutanasia hanno preferito avallare la stesura di una legge pericolosa per le ulteriori derive che potrebbero derivarne. Ma, è lecito chiedersi, le tanto temute derive non sono già presenti nel testo che abbiamo analizzato? Può la medicina permettersi il triste privilegio di dare la morte a qualcuno per mandato legislativo tradendo la propria millenaria missione di cura? Crediamo fermamente che la corretta e piena realizzazione di un programma di cure palliative avrebbe permesso, pur senza la pretesa di risolvere tutti i problemi, di trovare molte soluzioni: il sapersi fermare di fronte a interventi e trattamenti sproporzionati, il trattare adeguatamente i sinto-

mi che derivano da una malattia inguaribile in stadio avanzato, l'offrire vicinanza e presenza alle persone malate e alle loro famiglie in sofferenza, l'attivare un approccio d'équipe. La risposta al fatto che le domande di suicidio assistito siano rarissime in contesti di cure palliative sta tutta qui. "Mi piace questo posto — disse un giorno una nostra paziente in hospice — perché quando la morte arriva ci trova ancora vivi!".

In équipe: l'alleanza terapeutica per la cura del "dolore globale"

Ferdinando Garetto

Sommario: 1. Le storie di cura, nel quotidiano. — 2. "Senza far rumore". — 3. "Un pezzo di strada insieme": l'alleanza terapeutica. — 4. La comunità, "Équipe allargata". — 5. "...Oltre...".

Il 31 gennaio 2022 è stato pubblicato il report della "Lancet Commission on the Value of Death: bringing death back into life", una commissione costituita dalla più prestigiosa rivista medica internazionale per ridefinire "il valore della morte e la necessità di riportarla al centro della vita", attraverso il ripensamento delle relazioni fra le persone che stanno morendo, le famiglie, le comunità, i sistemi di assistenza sanitaria e sociale, e un radicale coinvolgimento della società civile.

Morire nel 21° secolo, secondo Lancet, è una storia di paradossi. Molte persone sono sovra-trattate (è il cosiddetto "accanimento terapeutico"), ma ancora di più rimangono sotto-trattate, morendo di condizioni prevenibili e senza accesso al sollievo dal dolore di base. Le cure palliative non sono sufficientemente conosciute e diffuse. La morte, il morire e il lutto oggi sono diventati sbilanciati. L'ospedale è il contesto in cui molti incontrano la morte e poiché le famiglie sono state spinte ai margini e le comunità frammentate, la loro consuetudine e "naturalità" nell'accompagnamento è diminuita. Le relazioni e le reti sono state sostituite da professionisti e protocolli.

La Commissione Lancet sul valore della morte stabilisce quindi cinque principi di un'u-

topia realistica, secondo un concetto sviluppato dal filosofo americano John Rawls (1921-2002) per una nuova visione della morte e del morire. Una profonda necessità di riflessione sull'urgenza di queste tematiche viene dalle crisi del XXI secolo, dall'emergenza globale climatica, allo "tsunami" clinico, relazionale e sociale della pandemia SARS-Cov2.

I cinque principi sono:

1. i determinanti sociali della morte, del morire e del lutto sono tutti da affrontare in modo globale;
2. il morire deve essere inteso come un processo relazionale e spirituale piuttosto che semplicemente come un evento fisiologico;
3. le reti di cura sono fondamentali per offrire sostegno alle persone che muoiono, si prendono cura e soffrono, e che sono in lutto;
4. nelle conversazioni e nella condivisione delle storie di tutti i giorni, la morte, il morire e il dolore dovrebbero diventare comuni: superare il "tabù", parlandone apertamente anche con i giovani
5. la morte deve essere riconosciuta come un valore, compimento della vita e significativa delle relazioni.

Ancora una volta emerge la complessità di quel “dolore globale”, che secondo l’originale intuizione di Cicely Saunders richiede un approccio di cura che abbracci le dimensioni fisica, psicologica, sociale e spirituale della sofferenza.

1. Le storie di cura, nel quotidiano

Il lavoro della Lancet Commission andrà studiato a lungo, compreso e discusso in tutte le sue sfidanti complessità di profondità e ampiezza d’orizzonte. Leggendolo si può ritrovare anche la quotidianità della vita, degli incontri con i malati e con le loro famiglie, fatti di vicinanza, cura, reciprocità, significati: è l’esperienza di chi lavora nelle cure palliative, che più facilmente può essere raccontata prima ancora che spiegata.

L’attività di un’équipe di cure palliative, infatti, è fatta di incontri, a volte brevi e intensi, in molti altri casi costruiti nel cammino fatto insieme ai malati e alle loro famiglie anche per lunghi mesi di assistenza. La ricerca del senso, il tema della speranza, che non sempre può essere la speranza di guarire, ritornano continuamente nella riflessione che sempre anima le cure palliative, a volte come una domanda almeno apparentemente senza risposta. Sono centinaia le “storie” che quotidianamente, negli ospedali, nelle case e negli Hospice, parlano misteriosamente e intensamente di “vita” anche nei passaggi più dolorosi, anche “alla fine della vita”.

2. “Senza far rumore”

È noto il proverbio che afferma che *“fa più rumore un albero marcio che cade al suolo che una foresta che silenziosamente cresce”*. Fa impressione quanto ancora sia poco conosciuto il lungo cammino delle cure palliative, una rivoluzione silenziosa che dalla metà del secolo scorso ha davvero “fatto qualcosa” per migliaia e

migliaia di malati e per le loro famiglie. Situazioni in cui la complessità dei legami e dei rapporti, nel percorso a volte lungo e travagliato, a volte repentinamente breve, richiede inevitabilmente una presa in carico globale e multidisciplinare di un malato e di un’intera famiglia. Sono le storie quotidiane di fragilità che segnano, ma al tempo stesso spingono avanti, in quel “principio di reciprocità” descritto come *“una relazione biunivoca e non soltanto uno che dà e uno che riceve. Il beneficiario non è un semplice oggetto di benevolenza per chi lo beneficia, ma è qualcuno che restituisce a chi lo sta aiutando il significato del suo operare”* (Zamagni, 2009)

3. “Un pezzo di strada insieme”: l’alleanza terapeutica

Le cure palliative per chi vi lavora sono innanzitutto un’esperienza umana e professionale basata sulla reciprocità fra tutte le figure coinvolte a costruire l’alleanza fra operatori, famiglia e paziente.

- *Fra gli operatori* (medici, infermieri, psicologi, fisioterapisti, volontari...): sappiamo quanto è importante per il malato “respirare” questo clima di reciproca fiducia e stima, e quanto invece può causare sofferenza sentirsi il punto di scarico di tensioni e rivalità. È un’alleanza che si costruisce attraverso gesti e segni concreti e la capacità — a volte — di “saper perdere” qualcosa del proprio ruolo per costruire un’équipe più dinamica ed affiatata. Un vero e proprio “gioco di squadra” finalizzato all’obiettivo condiviso del benessere del paziente e della sua famiglia.
- *Con la famiglia*: non sono sufficienti le buone parole, ma è necessario agire con concretezza. Bisogna che le ore accanto al malato non siano ore di solitudine e paura.

ma siano ore in cui l'assistenza prosegue anche a distanza. Da qui l'importanza di una reperibilità reale e efficace, ma ancora di più di un percorso educativo che permetta di sapere *che cosa fare, come fare, e quando fare*; nelle ore o nei giorni "ultimi" aumentare il supporto e le visite, anche quando tecnicamente c'è poco o nulla da fare, ma è fondamentale interpretare i segni e i piccoli cambiamenti, ripercorrere i ricordi, prepararsi al distacco: nel periodo del lutto, garantire se richiesta una presenza discreta, ma tangibile, senza la quale un percorso di cura sarebbe incompleto.

Il tutto per costruire l'alleanza decisiva, quella *con il malato*: si costituisce un vero e proprio "patto di cura" che costituisce quel consenso relazionale e progressivo che è peculiare del percorso di cure palliative. Un consenso che è un graduale "chiedere permesso":

- di entrare a casa tua
- di conoscere la tua storia
- di visitarti
- di proporti la «nostra» cura
- di tornare nei prossimi giorni
- di «esserci» fino alla fine.

Il lavoro di un'équipe di cure palliative si potrebbe definire come quello di restituire un'immagine di interezza alla persona. E questo non sarebbe possibile, nell'incontro quotidiano, se non ci fosse lo spazio relazionale in cui poter esprimere qualsiasi domanda, anche quelle che ci portano nel cuore degli interrogativi etici più impegnativi.

Farsi carico delle singole domande, anche quelle senza risposta, in un viaggio di cura da costruire insieme senza sapere prima dove ci porterà. La "rabbia" è una fase, va accolta, accompagnata, non può rimanere "l'ultima parola", la "paura" merita risposte concrete, su quanto si può e si deve fare per controllare la sofferenza fisica (ma ci vogliono specialisti di questo, non ci si improvvisa medici e infermieri palliativisti); "esse-

re un peso", "essere un costo": davvero il "dolore globale ha tante facce e dimensioni. La differenza possono farla i luoghi di cura, gli sguardi, le vicinanze. Ma anche i percorsi e i Servizi Sociali capaci di una presa in carico globale anche degli aspetti burocratici e amministrativi. Fondamentale il ruolo degli Psicologi, degli Assistenti Spirituali, dei Volontari.

4. La comunità, "Équipe allargata"

In che modo una comunità (quartiere, gruppo, associazione, condominio, colleghi...) può essere presente accanto a chi soffre e ai soggetti fragili? Il dolore spesso spaventa, imbarazza, o semplicemente vogliamo sfuggirlo. Ma tutti, volendo, possiamo fare qualcosa di importante.

- "Presenza discreta". A volte, soprattutto nelle comunità dove tutti si conoscono, le voci corrono fin troppo velocemente, e con il passaparola le situazioni si ingigantiscono e si modificano. Ci vuole riservatezza: prima di parlare, anche se per slancio generoso di condivisione, chiediamoci sempre se abbiamo il consenso degli interessati e se ne stiamo parlando con le persone a cui a lui farebbe piacere dare sue notizie.
- "Esserci" non solo nei rosari e nei funerali: è risaputo che, nel momento del lutto, tutti si stringono a chi resta...sino al funerale. Poi il tempo passa in fretta, e la routine riprende a consumare i rapporti. Dopo qualche settimana chi è rimasto da solo si trova davvero solo e anzi "disturba" se non torna rapidamente ad essere "quello di prima". Una telefonata, un gesto concreto possono essere di grande aiuto. Anche se stare vicino a chi è nel buio del dolore non è facile, costa, ma può essere il seme di rapporti nuovi da cui la vita può rinascere
- "Che cosa possiamo fare?" (non basta dire "se hai bisogno, chiama"). Chi sta soffren-

do, o chi si sta consumando nell'assistenza a un familiare, in genere "non chiama". Ma quante volte nell'assistenza domiciliare abbiamo sentito suonare il campanello delle porte e abbiamo visto entrare in punta di piedi vicini di casa che avevano avanzato un piatto di minestra ("avete pranzato oggi?") o stavano andando proprio in quel momento in farmacia ("vi serve per caso qualche medicina?") o al supermercato ("mentre sono in giro vi porto un po' di spesa?"). Sono meravigliosi quei vicini che "per caso" ci sono sempre!

- *Pregare?... perché no?* A volte per ritegno, a volte perché ce ne dimentichiamo... Ma più di tante parole spirituali a volte serve di più una preghiera gratuita ("prego per te... preghiamo per voi"). Senza aspettarsi niente in cambio, e certamente con rispetto di chi non ne vuole nemmeno sentire parlare. Momenti di preghiera nella cappella di un ospedale durante un intervento chirurgico; amici radunati nella sala d'attesa di un reparto di oncologia per assicurare "una presenza"; incontri comunitari in una stanza dell'hospice con il malato e la sua famiglia: spesso sono diventati radice di comunità rinnovate e di concreto aiuto per chi soffre.

5. "...Oltre..."

Questo, e molto altro, sono le cure palliative.

"Oltre" è la parola che esprime la ricchezza di riflessione che nasce dai tanti interrogativi clinici, ma anche etici, filosofici e spirituali, di chi si trova accanto alle persone nella fase più delicata dell'esistenza.

Con umiltà, con la consapevolezza dei limiti: prima ancora che curanti e pazienti, uomini e donne accanto ad altri uomini e altre donne nei momenti più difficili, ma spesso più preziosi, della vita.

Quello che resta, alla fine, non sono i singoli atti o i seppur importanti schemi terapeutici, ma l'integrazione di tanti fattori che culminano in una dimensione comunitaria di condivisione, in cui è nodale l'attenta comunicazione fatta di parole e di presenza di quelli che sono i reali obiettivi di cura alla fine della vita.

- Controllare i sintomi (*la sofferenza accorcia la vita...*)
- Evitare eccessi («troppo»)
- Evitare omissioni («troppo poco»)
- Rivalutare con regolarità (*...ci siamo ... davvero*)
- Cura del «dolore globale» (*paziente e famiglia*)
- *Che sentano che sappiamo che soffrono...*
- *... che soffriamo con loro ...*
- *... che «vogliamo bene» a quelli a cui vogliamo bene...*

Ogni volta un po' "oltre", perché, come dice P. Polisca, "... 'oltre' si trova l'oceano sconfinato dei valori umani e spirituali. L'essere oggetto dell'attenzione clinica è una persona, con i suoi sentimenti, le sue aspirazioni, le sue sofferenze che nessuna tecnologia potrà mai cogliere pienamente". E con questa persona unica, la sua famiglia e le sue relazioni.

Bibliografia

- *Lancet Commission on the Value of Death: bringing death back into life* (www.thelancet.com Published online January 31, 2022)
- AA.VV., *Integrating palliative care into health care: WHO guides for planners, implementers and managers. Integrating palliative care and symptom relief into responses to humanitarian emergencies and crises*, WHO 2018
- P. Mirabella, *La vita dentro il morire - cure palliative, accanimento terapeutico, eutanasia*, Cittadella, 2021
- G. Miccinesi, A. Caraceni, F. Garetto et al., *The Path of Cicely Saunders: The "Peculiar Beauty" of Palliative Care*, in *Journal of Palliative Care*. First Published March 14, 2019

- S. Du Boulay, *Cicely Saunders: l'assistenza ai malati 'incurabili'*, Jaca Book, 2004
- S. Zamagni, relazione al XV congresso nazionale SICP, Taormina 2008 "Il ruolo del volontariato nelle cure palliative" — Trascrizione e adattamento a cura di F. Crippa Floriani, FedCP onlus, collana Punto e virgola
- F. Turollo, *L'etica di fine vita*, Città Nuova, 2021
- F. P. Morino, L. Orsi, P. Borsellino, C. Casonato, G. Gobber, S. Selmi, *Informazione e consenso progressivo in cure palliative: un processo evolutivo condiviso*. Raccomandazioni della SICP, ottobre 2015
- F. Garetto, C.M. Marchisio, A. Gusman, B. Barolo, M. Seminara, *"To play": ma non per gioco. Ruoli, dinamiche, significati per una riflessione su gioco e cure palliative*, in *RICP La Rivista Italiana di Cure Palliative* Vol. 2 Anno XX estate 2018
- G. Miccinesi, A. Caraceni, M. Maltoni, *Palliative sedation: ethical aspects*, in *Minerva Anestesiol* 2017; 83: 1317-23. 3.
- P. Polisca, *Comunicazione e relazionalità in medicina - Nuove prospettive per l'agire medico*. Atti Convegno Associazione "Medicina Dialogo Comunione" — Roma, 16/17 febbraio 2007 (p.10 — Introduzione)

Amministrazione:

Pacini Editore Srl, via Gherardesca 1, 56121 Pisa

Tel. 050 313011 • Fax 050 3130300

www.pacinieditore.it • abbonamenti_giuridica@pacinieditore.it

Redazione:

c/o Cottolengo, Piccola Casa della Divina Provvidenza

Via Cottolengo 14, 10152 Torino

I contributi pubblicati su questa rivista potranno essere riprodotti dall'Editore su altre, proprie pubblicazioni, in qualunque forma.

Autorizzazione richiesta al Tribunale di Pisa

Direttore responsabile: Patrizia Alma Pacini

Stampata presso



Industrie Grafiche Pacini

Via A. Gherardesca 1,

56121 Pisa

