

LA CURA PASTORALE DEGLI INFERMI

1. MALATTIA E INVECCHIAMENTO

La percezione della malattia varia da una cultura all'altra e non è facile definire né la salute né la malattia.

L'O.M.S. (Organizzazione Mondiale per la Sanità) ha definito la salute come "lo stato completo di benessere fisico, mentale e sociale, e non meramente l'assenza di malattia o infermità" (1946).

Questa definizione sembra accettare il fatto che lo 'star male' possa non essere necessariamente legato ad una esperienza reale di malattia, quanto anche ad una situazione di infermità. Malattia e infermità sembrano, infatti, riflettere due prospettive differenti. "La malattia connota il modello biomedico in quanto implica il riconoscimento di disfunzioni biologiche e/o fisiologiche. L'infermità si riferisce all'esperienza e alla percezione della malattia entro il contesto socioculturale. Essa si riferisce al modo in cui il singolo, la sua famiglia, e la rete sociale individuano, spiegano la malattia e reagiscono ad essa".

Differenziazione istituzionale

Mentre la malattia e la guarigione erano tradizionalmente legate ad altri campi istituzionali, quali la religione e la famiglia, perché l'attività curativa era compito di madri, erboristi, guaritori popolari, ostetriche, religiosi ecc., ora con la medicina moderna sono diventate appannaggio di un corpo di specialisti, che hanno una professione a se stante con uno sviluppo di conoscenze distinte e differenziate dal resto del corpo sociale.

Questa differenziazione istituzionale ha legittimato professionalmente la medicina moderna, consentendole di imporsi e di occupare le funzioni precedentemente condivise o controllate dalla famiglia, dalla religione e da altre istituzioni. Conseguenza secondaria di questa differenziazione è l'attenzione specializzata alle patologie biofisiche: la "medicina moderna... si concentra sulle malattie - identificate come patologie distinte - anziché sui malati".

Medicalizzazione

Con questo termine si vuole indicare un atteggiamento mentale e culturale che conduce ad accreditare come centrale e fondamentale la visione medica del disagio, visto sempre come 'malattia'. La definizione medica in quanto appare 'scientifica' e razionale, basata cioè su perizia tecnica, si accredita come concetto indipendente da valutazioni troppo umane e soggettive. In realtà questa 'razionalità' della diagnosi medica non è affatto scientificamente neutrale; essa maschera un processo essenzialmente valutativo e ideologico. Basterà valutare con occhio critico quanto subdolamente siano stati medicalizzati molti processi 'normali' della vita: fertilità, gravidanza e parto, nutrizione ed educazione dei bambini, menopausa, invecchiamento e morte sono soggetti al dominio professionale della medicina occidentale. Questo processo ha drasticamente "ridotto il potere dei malati, delle famiglie e delle autorità non mediche di prendere decisioni in importanti settori della vita, della salute, della malattia e della morte".

Una conseguenza di questa prevaricazione medica è stata quella di separare la cura della malattia (come entità biofisica) dalla funzione di dare un senso di appartenenza al malato. L'assistenza fisica al malato non si coniuga con l'interessamento alla condizione di malato del paziente, cioè di che cosa significa per lui la malattia, come la sperimenta, come si ripercuote sulle sue emozioni e sulle sue relazioni interpersonali.

L'invecchiamento

Anche questa esperienza non appare facilmente definibile in modo universale. Si invecchia molto prima nel Burundi che in Italia.

Per quanto attiene la nostra riflessione, ci riferiamo all'invecchiamento secondo i parametri dei paesi industrializzati, caratterizzati da elevati livelli di sviluppo, da forte urbanizzazione e da drastica e volontaria flessione della natalità. In questi paesi la vecchiaia inizia quando, dopo le età abituali dell'adolescenza, della gioventù e della mezza età, la persona viene definita "da una *éxis*, e non da una *pràxis*: dall'essere e non dal fare".

Il convergere di vari fattori demografici, medici ed economici ha creato una popolazione anziana che, nei paesi industrializzati, costituisce ormai una classe sociale ben definita, pari al 20-25% dell'intera società. Molte più persone si trovano ad affrontare un lungo periodo di pensionamento, legato al ritiro dall'attività economicamente produttiva, prima del sopraggiungere della disabilità. Molte più persone vivono per decenni un processo di declino fisico che pone loro problemi di onere sociale e di dipendenza, come pure di confronto con la propria morte.

Invecchiare presenta, dunque, aspetti non solo medico-sociali, ma anche spirituali. La vecchiaia richiede un profondo ripensamento del proprio vissuto, specialmente all'interno di una "cultura che canonizza la gioventù e la bellezza, l'attività e la produttività, il potere e la capacità sessuale". In realtà, l'unico ideale di vecchiaia che accettiamo è quello senza cambiamenti né limiti né rinunce.

Da una parte i modi attuali di affrontare i problemi connessi con l'invecchiamento in Occidente sono limitati e inadeguati; dall'altra le culture non occidentali hanno molto da insegnare alle cosiddette nazioni 'sviluppate' sul valore di una vita longeva e sull'integrazione sociale degli anziani. E tuttavia gli anziani delle nazioni meno sviluppate, e in particolare le donne (soprattutto le vedove), possono essere gravati da un'estrema povertà ed essere ridotti alla dipendenza.

2. IL POTENZIALE RELIGIOSO PER LA SALUTE

Una visione olistica

All'interno del modello biomedico, dove vige una definizione di malattia riferita a misure fisiche e biochimiche, standardizzate in test che definiscano le condizioni "normali" o "patologiche", è lasciato ben poco spazio al processo sociale e psicologico. Anche se professionalmente può essere lecito parlare di malattia 'fisica' e di malattia 'mentale', di fatto ci si rende sempre più conto che la malattia e la salute sono pienamente comprensibili solo all'interno di una visione olistica, che comprenda salute, malattia, corpo e spirito come un sistema unico. "Così tutte e tre le parti dell'individuo - mente, corpo fisico, e anima - sono unite a comporre una realtà unica. La tensione in una di queste tre parti può contribuire al 'malessere' (o 'malattia') nelle altre due. In tal senso, un paziente può esprimere difficoltà emotive tramite sintomi fisici (somatizzazione), e una mente e un animo sano possono essere considerati componenti importanti di un corpo in salute. Di fatto, quindi, il paziente percepisce queste tre componenti come una 'unità'".

Anche all'interno di alcuni settori della professione medica si nota un interesse sempre maggiore per questo modello interpretativo che considera mente, corpo, spirito e società non solo come connessi tra loro, ma addirittura come interpenetranti tra di loro in forme sempre più complesse.

“Si è scoperto che delle malattie ritenute in precedenza puramente biogeniche sono collegate a stati psicologici e sociali come lo stress, il conflitto, il senso di ‘minaccia’, l'insoddisfazione per il proprio ruolo, i rapidi cambiamenti sociali, e il senso d'impotenza. Alcuni ricercatori ritengono che lo sforzo e il disagio emotivo influiscano sul corpo attraverso gli effetti che il sistema nervoso centrale produce sulle difese immunologiche e forse anche attraverso il sistema nervoso che reagisce allo sforzo. Altri ricercatori hanno notato che l'impatto dello stress sul corpo è mediato dal significato che l'individuo attribuisce all'avvenimento che ha provocato lo sforzo”.

Per una rilettura della propria esistenza

Certamente non è nostra intenzione presentare la religione come diretto fattore curativo. Tuttavia la religione è potenzialmente collegabile alla guarigione; non solo per la capacità propria di offrire conforto a chi soffre qualche afflizione, ma soprattutto per la capacità di dare risposte efficaci alla sofferenza e alle difficoltà.

Infatti, se cerchiamo di definire la malattia dal punto di vista esperienziale del malato, essa si presenta come un evento che minaccia l'integrità della persona in quanto pone in discussione e attacca proditoriamente i significati personali con i quali il soggetto dà un senso e un ordine alla propria vita. Ogni tipo di intervento che aiuti il malato a riprendere in mano i significati della propria esperienza sofferente è certamente utile a far ritrovare un rinnovato senso di coerenza dentro il mondo della persona. La religione gode certamente di un ruolo privilegiato nell'offrire all'ammalato coordinate e riferimenti atti a riordinare il senso della propria esistenza.

La prospettiva cristiana

La sofferenza non è facile da capire e da accettare per la mente umana, a qualsiasi età, anche per coloro che sono cresciuti nella fede e credono nella bontà di Dio.

La malattia e l'invecchiamento rappresentano un momento critico, nel senso che, letteralmente, mettono in crisi le sicurezze di una persona. A queste due situazioni il cristiano si deve preparare con un appropriato itinerario di fede e di spiritualità, nella consapevolezza che l'esistenza cristiana è un esodo perenne, un passare da pellegrini su questa terra, in cui non c'è patria definitiva.

Il cristiano è invitato alla sequela di Cristo, a seguire il suo itinerario che ha conosciuto la kénosis, lo svuotarsi di se stesso per assumere la carne umana in tutta la sua debolezza (Filippesi 2, 5-11). La kénosis non è una virtù che il Signore ci chiede quando è il momento di andare in pensione o ci colpisce la malattia e siamo costretti a lasciare tutte le attività e gli ambiti che ci davano sicurezza. E' una virtù di tutta la vita, anche dei momenti di maggiore e gratificante attività, perché “in tutta la vita i cristiani devono ‘lasciare’: lasciare il passato, lasciare il livello di vita attuale,... lasciare la fanciullezza e l'adolescenza, la bellezza e l'energia giovanile, i luoghi familiari e i visi amati, il lavoro ben pagato e il successo umano, la giustizia personale e l'autosufficienza. Non semplicemente perché si deve, perché non si ha scelta. Invece è perché solo lasciando ciò che è stato ieri possiamo crescere più pienamente in Cristo oggi. Non si tratta di dimenticare il passato, semplicemente si tratta di osare di non vivere in esso”.

I limiti di questo incontro non ci permettono di affrontare in modo più disteso e significativo la prospettiva cristiana della sofferenza. Mi permetto di rimandare alla Lettera Apostolica di papa Giovanni Paolo II sul senso cristiano della sofferenza umana, “SALVIFICI DOLORIS” dell'11 febbraio 1984.

3. IL RITUALE ROMANO: CURA PASTORALE E UNZIONE DEGLI INFERMI

La consegna in fotocopia dei praenotanda, tratti dalla traduzione ufficiale italiana dell'Ordo unctionis infirmorum eorumque pastoralis curae (promulgato nel 1972 dalla Sacra Congregazione per il culto divino) permetterà di familiarizzarci con le linee di fondo in esse espresse. A quel testo si rimanda, dunque, limitandoci qui ad evidenziare alcune linee utili al nostro scopo.

Visita pastorale

Va chiarito anzitutto che il Rituale Romano per la visita e l'unzione degli infermi non è semplicemente un compendio di riti liturgici, ma è un ordo. Esso si pone come strumento liturgico-celebrativo entro un piano pastorale più generale che riguarda la malattia e i modi con i quali la chiesa può essere vicina a coloro che sono malati. L'evento liturgico, quindi, non viene affermato per se stesso come servizio di efficienza sacramentale che si apre al territorio, ma viene collocato dentro un cammino di esperienza ecclesiale in cui il malato viene considerato parte integrante della comunità e portatore di una missione particolare oltre che di una precisa testimonianza, "quella di rammentare a chi è in salute che ci sono beni essenziali e duraturi da tenere presenti, e che solo il mistero della morte e risurrezione di Cristo può redimere e salvare questa nostra vita mortale".

Il contesto è, dunque, quello della visita pastorale ai malati. Nel corso di tali visite i ministri della chiesa pregano con i malati, esprimono parole e gesti di consolazione, attraverso i quali la chiesa entra in dialogo con le speranze, i timori e le aspirazioni dei malati e dei loro familiari. Ciò corrisponde, in modo informale ma preziosissimo, a ciò che tecnicamente chiamiamo evangelizzazione.

Questo presuppone che la visita conceda del tempo per uno scambio personale e pastorale, prima di procedere all'azione strettamente liturgica. E comunque appare chiaro dallo spirito del documento che siamo sempre invitati a non assumere atteggiamenti celebrativi ieraticamente distanti dall'esperienza del malato e dei suoi familiari; uno dei compiti che ci spettano è quello di formare, con gradualità e realismo pastorale, alla preghiera, ispirandoci specialmente alla sacra scrittura, in modo particolare a quei brani nei quali si parla della sofferenza umana alla luce di Cristo e usando brevi invocazioni o giaculatorie tratte dai salmi (Cfr. Ordo n.44-45).

I malati nella comunità cristiana

Il nuovo Ordo considera l'infermo "un fedele attivo, che partecipa al ministero della chiesa, alla sua missione e anche al suo culto liturgico.

Questo modo di vedere si situa in continuità con le costituzioni sulla Chiesa e sulla liturgia del Vaticano II. In queste ultime, i fedeli battezzati sono rimessi al loro giusto posto all'interno della chiesa, e non sono più visti come oggetti delle cure dei ministri ordinati ma come collaboratori di questi ultimi alla salvezza del mondo in Cristo".

La presenza dei malati nella comunità è un forte richiamo alle verità che anche i cristiani evitano di accettare: che malattia, dolore, morte sono parte integrante dell'esistenza umana, chiamata a speranza nel mistero della morte e della risurrezione di Cristo (Ordo n.3).

Il malato e la comunità sono invitati a testimoniare che malattia e morte sono redente nel mistero pasquale di Cristo.

Dal punto di vista del malato tutto questo, se da una parte significa lottare con tutte le forze contro la stessa malattia (Ordo n.3) perché Cristo stesso durante la sua vita mortale visitava i malati e li curava (Ordo n.1), dall'altra significa anche assumere la memoria di Gesù sofferente come comprensione esistenziale della propria partecipazione al mistero pasquale (Ordo n.5).

Dal punto di vista della comunità significa che la redenzione della malattia e della morte è un impegno di tutti i cristiani, ciascuno secondo il proprio carisma e la propria ministerialità, inventando - se necessario, ed è necessario! - nuove forme di ministerialità ecclesiali laicali. E' un campo di azione pastorale aperto a molte collaborazioni, dagli operatori sanitari (Ordo n.4, 32) ai familiari e agli amici (n.34) fino ai ministri della Chiesa (n.5, 6).

Scrivo con grande forza la teologa statunitense Mary Collins: "Una chiesa impegnata in questo modo sa che la malattia ha un significato e un valore per la salvezza personale e per la salvezza del mondo (Ordo n.1). In contrasto con ciò, una comunità ecclesiale che minimizza questo ministero reciproco dei malati e dei sani probabilmente avrà una comprensione del significato della salvezza pasquale in Cristo che sarà poco più che superficiale e nozionistica. (...) Ma la concezione di base dei paragrafi iniziali dell'Ordo si erge in un giudizio profetico sull'impulso umano a negare il valore sociale del debole e del sofferente. Le persone con gravi problemi alla salute fisica o mentale, gli anziani e i bambini malati qui sono visti come persone che posseggono una chiave del mistero della vita".