La relazione spirituale con la persona malata

Sommario

Premessa

Sofferenza e salute

Una prospettiva olistica

Tra spiritualità e religiosità

La cura dello spirito e i suoi bisogni

Alla ricerca di senso

La religiosità e i suoi bisogni

L'assistente/accompagnatore spirituale e la sua nuova identità

La relazione e l'accompagnamento nei Vangeli

La relazione spirituale con la persona malata

Premessa

Nella quotidianità in cui siamo immersi e nel lavoro/servizio che svogliamo, spesso, molto probabilmente, ci rendiamo conto che è opportuno, e a volte necessario, abbinare alla conoscenza tecnico/professionale/pastorale, quel tocco di umanità che trasforma l'individuo che si ha davanti, in qualunque situazione esso si trovi, in una persona che non ha unicamente una sofferenza fisica, una malattia, un problema da risolvere, ecc., ma che è anche ferita nei suoi affetti, nella sua interiorità, nel suo progetto di vita, negli ideali coltivati da sempre.
Come tale va avvicinato con il rispetto, la dignità e l'attenzione che si devono a una persona.
L'incontro tra due persone rimane nelle nostre giornate una ricchezza: può essere vissuto di fretta, con minore o maggiore coinvolgimento, con attese diverse, con superficialità o con grande attenzione a ciò che proviamo.
Quando l'incontro è motivato dal bisogno di una delle due persone di essere aiutata anche per breve tempo nel suo percorso di vita, nasce una relazione, nel nostro caso una relazione di aiuto[1].
Istaurare una relazione non è semplice, in qualsiasi campo o situazione, a maggior ragione con colui/o colei che si trova in una situazione di malattia, sofferenza, dolore, a volte drammatica, perciò lo è ancor più una "*relazione spirituale*".
La "*relazione di aiuto spirituale*", o direzione spirituale, oggi è sostituita dall'espressione "*accompagnamento spirituale*", e per esso s'intende tutto l'insieme di un lavoro educativo che ha come obiettivo la crescita spirituale dei destinatari, la formazione della vita secondo lo spirito. Questo compito è costitutivo del ministero presbiterale, ma lo è pure di ogni servizio pastorale, perciò di ciascuno di noi impegnati in esso.
L'espressione "*accompagnamento spirituale*" esprime, perciò, un cammino di una guida assieme al destinatario ed esige tempo, continuità e la gradualità dei piccoli passi[2].
Nel mondo della salute e della malattia, la persona che incontriamo/avviciniamo, ha bisogno di essere accolta e ascoltata per quello che essa è, indipendentemente dal suo stato, dalla cultura, dalla religione, dal suo cammino umano spirituale, ecc.…, perciò prima di poter istaurare una "*relazione spirituale*", è necessario un accompagnamento umano/pastorale.
Con il termine pastorale s'intende "*l'azione multiforme della comunità ecclesiale, animata dallo Spirito Santo, per l'attuazione nel tempo del progetto di salvezza di Dio sull'uomo e sulla sua storia, in riferimento alle concrete situazioni di vita*".[3]. La pastorale impegna ogni battezzato e coinvolge la parrocchia, la famiglia, la scuola, i mass-media, il mondo del lavoro e della salute…; tutti i campi d'azione nella società.
La ***pastorale della salute***, nella Nota della Consulta Nazionale CEI per la Pastorale della Sanità è descritta in questi termini: "*La presenza e l'azione della Chiesa per recare la luce e la grazia a coloro che soffrono e a quanti se ne prendono cura*".[4]
Il termine pastorale evoca la figura del **pastore,** cioè colui/ei che è addetto a pascolare e custodire il gregge… Il pastore si prende cura del suo gregge, è attento a ogni singola pecora, la cura se è malata, la porta in braccio se è piccola o fa fatica, la cerca se si perde …. Evoca pure l'icona biblica del "***Buon Pastore***": ricordo la famigliare parabola descritta in Giovanni10, 1-16, ma pure quella della pecora smarrita, narrata sia in Matteo 18,12-14 che in Luca 15,1-7.

---

[1] cfr. A. BRUSCO – S. MARINELLI, *Iniziazione al dialogo e alla relazione di aiuto 1° livello*, ed. il Segno dei Gabrielli VR,2005, pp. 7-9
[2] cfr. G. SOVERNIGO, *Come accompagnare nel cammino spirituale*, ed. Messaggero PD, 2012, p. 9 e ss.
[3] R. TONELLI, *Pastorale giovanile. Dire la fede in Gesù Cristo nella vita quotidiana,* LAS, Roma 1987, p. 16
[4] CONSULTA NAZIONALE CEI PER LA PASTORALE DELLA SANITA', *La pastorale della salute nella Chiesa italiana,* 1989, n. 19

Questa icona ritorna anche in numerosi passi dell'Antico Testamento come in Isaia al cap. 40, 11 "*Come un pastore, egli pascerà il suo gregge: raccoglierà gli agnelli in braccio li porterà sul petto, condurrà le pecore che allattano"*, come in tutto, o quasi, il capitolo 34 di Ezechiele …. e nel salmo 22 "*Il Signore è il mio pastore: non manco di nulla. Su pascoli erbosi mi fa riposare, ad acque tranquille mi conduce*", ecc.
E così è, o dovrebbe essere, per ciascuno di noi chiamati a prenderci cura delle persone che ci sono affidate nel servizio che svolgiamo, istaurando relazioni pastorali di aiuto

Sofferenza e salute

La sofferenza è una condizione di dolore, che può riguardare il corpo e/o il vissuto emotivo del soggetto. Essa può derivare direttamente da un trauma, fisico o emotivo, oppure può essere espressione di una afflizione interiore più profonda, di cui può essere difficile o impossibile individuare un fondamento oggettivo, in particolare quando la sofferenza è legata a una condizione interiore ed è prolungata nel tempo. La sofferenza è anche un insieme di sensazioni corporali anomale.[5]
Si possono distinguere vari tipi di sofferenza, fra i quali:

- la sofferenza interiore legata allo spirito (o anima) e che agisce sulla parte più intima dell'uomo, che è sottoposta ai sentimenti, molte volte contraddittori.
- la sofferenza fisica che è più facilmente definibile e le sue cause possono essere meglio contrastate con terapie, interventi, ecc., o l'eliminazione della causa della sofferenza stessa.

La sofferenza è un dato fondamentale e universale della condizione umana, fa parte della vita dell'uomo, vi entra a qualsiasi età e in mille modi differenti. Nessuno può dirsi esente da essa, tanto che Giovanni Paolo II nella sua enciclica sul senso cristiano della sofferenza, la Salvifici Doloris, al n. 3, afferma: "*nell'una o nell'altra forma, la sofferenza sembra essere, ed è, quasi inseparabile all'esistenza terrena dell'uomo*"[6].
Allo stesso tempo, però, la sofferenza rimane un'esperienza personalissima e l'uomo che la vive "*rimane un mistero intangibile*" (SD 4): per questo è difficile parlarne.
E, se è personale ogni esperienza di sofferenza, altrettanto personale è la risposta che ognuno ne dà: ogni generalizzazione, perciò, è rischiosa.
Ogni persona, infatti, si trova SOLA a vivere le situazioni di sofferenza, malattia, morte, ecc., e le reazioni messe in atto dipendono da molti fattori personali, oltre che da quelli più esterni e oggettivi: la gravità e la durata del male, il grado di sensibilità e di resistenza al dolore, la storia individuale passata, i valori, le convinzioni etico/morali – spirituali/religiose, la presenza della famiglia, le persone amiche, ecc. .
Il senso della inevitabilità della sofferenza, o al contrario quella della sua assurdità o ingiustizia, può aumentare o diminuire il grado di sopportazione al di là della sua origine oggettiva.
Decisivo può essere anche il significato che le è dato.
Benché la sofferenza sia un dato universale della condizione umana, è difficile definirla: resta "*quasi ineffabile ed incomunicabile al tempo stesso*" (SD 5).
Questo perché, in realtà, non esiste la sofferenza in se, ma piuttosto ***persone, uomini e donne, che soffrono***. Essa non coincide direttamente, o necessariamente, con il dolore, la malattia, con ogni forma di male o di eventi negativi: è piuttosto l'esperienza soggettiva che ognuno fa di ciò che è male, di tutto quanto si oppone al benessere, alla salute, alla pienezza di vita, alla gioia, ecc. .
La persona che è malata, che è nella sofferenza, è una persona che non sta bene …. Che non è in salute….

[5] da Wikipedia, l'enciclopedia libera. On line
[6] vedi anche BENEDETTO XVI, lettera enciclica *SPE SALVI*, LEV 2007, n.n. 35 – 40

La salute, definita nella Costituzione dell'OMS, come "*stato di completo benessere fisico, psichico e sociale e non semplice assenza di malattia*", viene considerata un diritto e come tale si pone alla base di tutti gli altri diritti fondamentali che spettano alle persone.
Questa definizione di salute è molto impegnativa; infatti la sua traduzione in termini operativi e soprattutto in azioni, ha sempre suscitato, e continua a suscitare, riflessioni, dubbi, discussioni.
Nel tempo, sul concetto di salute e sulla sua definizione, si è sviluppato un dibattito internazionale e sono state formulate alcune proposte di definizione alternativa. Fino ad ora però hanno avuto poco successo e quindi la definizione dell'OMS rimane ancora un punto di partenza e di riferimento.[7]
Comunque questa è una definizione non completa, poiché considerando la persona nella sua globalità (*concezione olistica*), in essa manca, non è nominata, la dimensione spirituale dell'uomo: dimensione essenziale e complementare per un cammino verso il completo benessere.
La Nota "La pastorale della salute nella Chiesa italiana" ha precisato meglio questa definizione, dicendo: *"Il concetto di salute ha acquistato nuove e importanti connotazioni. Non si rapporta, infatti, unicamente a fattori fisici ed organici, ma coinvolge le dimensioni psichiche e spirituali della persona, estendendosi all'ambiente fisico, affettivo, sociale e morale in cui la persona vive ed opera. Un rapporto profondo è avvertito tra salute, qualità della vita e benessere dell'uomo"*[8].

Una prospettiva olistica

«*Nel suo approccio agli infermi e al mistero della sofferenza, la Chiesa è guidata da una precisa concezione della persona umana e del suo destino nel piano di Dio (...). La malattia e la sofferenza, infatti, non sono esperienze che riguardano soltanto il sostrato fisico dell'uomo, ma l'uomo nella sua interezza e nella sua unità somatico - spirituale (...). Malattia e sofferenza sono fenomeni che, se scrutati a fondo, pongono sempre interrogativi che vanno al di là della stessa medicina per toccare l'essenza della condizione umana in questo mondo*»[9].
La malattia, perciò, è una situazione di sfida per la persona nella sua dimensione fisica e psichica, e perciò, anche in quella spirituale e religiosa, perché mette in crisi le convinzioni più profonde.

Coerentemente con questa concezione, in questa mia riflessione, la persona è un'unità risultante dall'insieme delle sue parti: corpo, spirito, psiche. Queste parti sono strettamente collegate fra loro e interdipendenti, perciò non posso separarne una dalle altre senza perdere l'identità dell'essere persona; ed essendo interdipendenti, ogni parte influisce sulle altre e le condiziona[10].
Sembra scritto oggi questo monito di Socrate: «*Non permettere che alcuno ti convinca a curarlo se prima non ti abbia aperto il suo animo, giacché il grande errore che commettono i medici del nostro tempo, nel sanare le infermità, è di considerare separati lo spirito e il corpo. Non si può guarire l'uno senza curare l'altro*».[11]
Questa concezione è definita olistica *(dal greco ólos = tutto, intero)*, e si contrappone al tentativo della scienza moderna di "sezionare" e scomporre l'uomo considerandolo nelle sue singole parti.
In particolare la moderna medicina, con il ricorso alle scienze naturali e al metodo scientifico per studiare e curare il corpo umano, ha avuto come effetto di interessarsi del solo corpo, o della sola psiche, o di singole parti, raggiungendo così straordinari traguardi nella diagnosi e nella cura delle malattie, ma trascurando il principio dell'unitarietà dell'essere umano, portando così alla disumanizzazione delle cure e dei luoghi di cura.

---

[7] Da Wikipedia, l'enciclopedia libera. On line
[8] CONSULTA NAZIONALE CEI PER LA PASTORALE DELLA SANITA', *La pastorale della salute nella Chiesa italiana,* 1989, n. 6
[9] Motu Proprio "*Dolentium hominum*" di Giovanni Paolo II, 11 febbraio 1985, n. 2
Con esso il Santo padre istituiva il Pontificio consiglio per gli Operatori sanitari.
[10] Il brano della I lettera di San paolo ai Corinti cap. 12, 12-27, in particolare i versetti 26-27, può essere letto anche in questa ottica.
[11] Cit. in M. PETRINI, *Accanto al morente*, Vita e Pensiero, Milano 1990, p. 159.

Oggi, sempre più frequentemente, si chiede che il personale addetto all'assistenza, di ogni categoria, possieda non solo l'indispensabile preparazione tecnico-professionale, ma anche una formazione umanistica, etica e relazionale che lo renda capace di rapportarsi non solo con il corpo malato, ma con l'uomo malato, la persona in tutte le sue parti, anche quella spirituale.
Alcune ragioni per le quali la cura dello spirito (*accompagnamento spirituale*), e l'attenzione ai suoi bisogni, deve rientrare fra le attenzioni di un approccio olistico alla persona malata sono[12]:

- la spiritualità personale e le convinzioni religiose possono influire sulle decisioni terapeutiche;
- molti pazienti desiderano che i curanti tengano in conto le loro convinzioni e bisogni spirituali;
- vari studi mostrano che una positiva attenzione e risposta ai bisogni spirituali ha ripercussioni positive nel processo terapeutico;
- molti pazienti sono credenti e la fede religiosa è una delle risorse che li può aiutare a gestire le situazioni critiche che vivono[13];
- i pazienti stabiliscono spesso (coscientemente o no) una correlazione tra atti e convinzioni spirituali/religiose e il proprio stato di salute.

Tra spiritualità e religiosità

Prima di parlare di accompagnamento spirituale/religioso, o cura dello spirito e dei suoi bisogni, mi sembra opportuna una chiarificazione tra due concetti non necessariamente coincidenti: la dimensione spirituale della persona (e di conseguenza i bisogni spirituali) e quella religiosa.
Diversi autori hanno distinto questi due termini - spiritualità e religiosità - anche in considerazione del pluralismo culturale, etico e religioso che caratterizza il nostro tempo, e quindi le persone che spesso incontriamo nei luoghi di cura, a domicilio, ecc. .
Ne cito uno: "*Mentre la dimensione spirituale dell'uomo, esprime le sue relazioni ai valori ultimi e le conseguenti risposte alle domande sul senso della vita, la dimensione religiosa indica il configurarsi della prima secondo forme tipiche (credenze, principi, comportamenti) di una determinata religione*"[14].
In sostanza si può intendere come spiritualità l'aspirazione dell'uomo a trovare un significato alla sua esistenza, l'insieme delle convinzioni e dei valori che lo guidano e in base ai quali organizza la sua vita, il bisogno di superarsi e di tendere alla trascendenza. La dimensione spirituale è anteriore all'adesione a un credo religioso o all'appartenenza a una Chiesa: essa assume la connotazione specifica di dimensione religiosa o religiosità quando trova risposta in una fede e nella relazione con Dio e si esprime attraverso un particolare sistema di credenze e di riti.
Personalmente uso il termine spiritualità non nel suo significato propriamente religioso-cristiano, ma in senso più ampio e laico: appunto come l'aspirazione dell'uomo a trovare un significato alla sua esistenza, l'insieme delle convinzioni e dei valori che lo guidano e in base ai quali organizza la sua vita, il bisogno di superarsi e di tendere alla trascendenza. Essa (*la spiritualità*) tocca dunque una varietà d'aspetti del vivere umano, ma tutti riferibili all'area dell'interiorità della persona.

---

[12] cfr. M. PETRINI, *La cura alla fine della vita*, Aracne, Roma 2004, p. 463.

[13] Nel documento *Il significato e la pratica dell'assistenza spirituale* delle Associazioni di USA e Canada dei cappellani ospedalieri, del 2001, si legge: «Molti sono fermamente convinti che la loro spiritualità li aiuti a conservare la salute, a fronteggiare le malattie, i traumi e le perdite, i cambiamenti della vita, integrando il corpo, la mente e lo spirito» (cf. "The Journal of Pastoral Care" 1/2001). Questo importante documento ha mostrato l'importanza e l'efficacia che un'assistenza spirituale correttamente fornita può avere sul benessere globale dei malati, arrivando anche a influenzare positivamente il processo terapeutico e i risultati clinici. Altre ricadute benefiche dell'accompagnamento spirituale garantito da operatori ben preparati sono riferibili al personale di assistenza, alle stesse istituzioni e al territorio in cui operano. Il testo è stato pubblicato anche in Italia in "Insieme per Servire" XVI (2002) 2, pp. 67-83.

[14] A. BRUSCO, in G. di MOLA, (a cura di), *Cure palliative – Approccio multidisciplinare alle malattie inguaribili*, Masson, Milano 1988.

La seguente definizione, fra le tante possibili, ben ne riassume gli elementi principali: «*La spiritualità comprende la globalità dell'esperienza esistenziale della persona, i suoi successi e i suoi fallimenti, gioie e dolori, forza e debolezza. Comprende il background, la cultura, l'esperienza lavorativa, la vita familiare e sociale, qualsiasi sollecitazione che costituisca per l'unicità della persona la sua capacità individuale di rispondere ai diversi eventi e situazioni della vita*»[15].
La dimensione spirituale, accanto a quella fisica e psichica, «*è una nota caratteristica dell'uomo, anzi, si potrebbe dire, la nota più caratteristica, la più umana che possa esistere*»[16].

La cura dello spirito e i suoi bisogni

Sappiamo bene che la persona malata, specie se in fase terminale, sperimenta un livello di sofferenza che non è solamente fisica, o psicologica, o emotiva, ma che si esprime pure in una serie di bisogni spirituali che non si concretano necessariamente in una domanda religiosa.
Parlare di accompagnamento spirituale o cura dello spirito, «*... non significa chiedere a qualcuno di avere un atteggiamento religioso piuttosto che un altro (...).Significa accompagnare questa persona con il rispetto e la fiducia che le faranno capire di non essere ridotta al puro corpo che soffre*»[17].
Come nella cura del malato in generale, anche per quanto riguarda lo spirito l'efficacia della cura dipende da una buona diagnosi di quanto il malato sta vivendo. L'identificazione e il rispetto del suo orizzonte spirituale è il primo compito di chi accosta il malato. Elementi che aiutano a formulare la diagnosi spirituale possono essere: la biografia personale, le relazioni (*con se stesso, con gli altri, con Dio, con il tempo, ecc.…*), i valori di riferimento, le fonti produttrici di senso, la presenza o meno di un credo religioso, le sue attese sul "*dopo*"…[18]

I bisogni spirituali che più frequentemente riscontro nei malati, soprattutto gravi, che incontro e accompagno, sono:

1) ***Il bisogno d'amore***: ossia il bisogno del malato di sentirsi capito, accettato, accolto per quello che è, accudito nelle sue necessità, sostenuto, scusato, incoraggiato, accompagnato. È vero che «*la famiglia e gli amici sono la fondamentale fonte di amore ...*»; ma «*il personale di assistenza può fungere da fonte aggiuntiva o da fonte sostitutiva quando la famiglia e gli amici non esistono, sono assenti o incapaci di questa dedizione*»[19] A volte, però, il malato trova più facile aprirsi o confidarsi – specialmente su aspetti intimi di sé – con persone estranee alla famiglia, come l'assistente spirituale, l'operatore pastorale o i volontari.
2) ***Il bisogno di riconciliazione***: può esprimersi come desiderio di sanare situazioni conflittuali magari trascurate da anni, ristabilendo la pace con un familiare o con altri, oppure di chiedere perdono. Pochi preferiscono l'odio e la vendetta, soprattutto nell'ultimo periodo della vita. Perdonare a noi stessi è una parte altrettanto importante della nostra crescita spirituale che perdonare agli altri. Anche per chi non è credente, il sentirsi in pace con la famiglia e "*con il mondo*" può essere di grande consolazione e dare l'appagante sensazione di non lasciare conti

[15] D. STONER, *Spiritual care*, cit. in: C. DE NICOLA - G. ZANINETTA, *Passare attraverso il tempo. Affrontare la vita con il malato grave*, Camilliane, Torino 2001, p. 107.
[16] V. FRANKL, *Homo patiens. Interpretazione umanistica della sofferenza*, Salcom, Varese 1979, p. 30. Significativa a questo proposito la testimonianza dello psicanalista svizzero Carl Gustav Jung: «Fra tutti i miei pazienti nella seconda parte della loro vita, diciamo al di sopra dei 35 anni, non ce n'è stato uno solo il cui problema, in ultima analisi, non fosse quello di trovare una dimensione religiosa alla propria vita. E questo indipendentemente dall'adesione a una credenza particolare o alla appartenenza ad una Chiesa» (cit. da A. BRUSCO, *Spiritualità e cure palliative*, in: AA. VV., *E quando si fa sera… L'accompagnamento spirituale nelle cure palliative*, Brescia 2005, p. 75). Notiamo che in questo testo di Jung, "religioso" coincide con "spirituale".
[17] M. DE HENNEZEL - J.P. LELOUP, *Il passaggio luminoso. L'arte del bel morire*, Rizzoli, Milano 1998, p. 31.
[18] cfr. A. PANGRAZZI, *Dalla salute biologica alla salute biografica,* Camilliane, Torino 2008, pp. 89-93
[19] M. PETRINI, *La cura alla fine della vita…*, p. 470.

in sospeso con nessuno; come pure riconciliarsi con il proprio destino, con quello che la vita ci propone e non possiamo cambiare come il limite e la finitudine.

3) ***La speranza***: è un bisogno che emerge prepotentemente nel tempo della malattia, soprattutto se grave. Il bisogno di continuare a sperare e a trovare motivi per guardare avanti quando tutto sembra smentirla è sempre forte e imperante: grandi e piccole speranze riempiono i pensieri e le conversazioni del malato[20]. C'è chi spera che sia tutto un incubo e che i medici si siano sbagliati, chi spera ancora in un miglioramento, chi soltanto di avere meno dolori, o di recuperare un po' d'autonomia, o di riposare di più la notte successiva. Chi spera che si trovi presto una nuova medicina, o che gli ultimi esami fatti vadano bene, o che il medico gli porti buone notizie. Chi spera di ricevere la visita di un amico, o di poter tornare qualche giorno in famiglia. C'è chi spera di guarire e chi di morire quanto prima perché trova insopportabile il suo stato; chi spera nell'aiuto interiore di Dio e chi in un miracolo; chi spera di campare ancora a lungo e chi si accontenta di vedere sposata l'ultima figlia… Tener viva la speranza del malato non significa imbrogliarlo o far finta di negare la serietà della sua situazione con frasi falsamente consolatorie (*del tipo: vedrà che passerà, non è grave, a volte anche i medici si sbagliano, si faccia coraggio, finché c'è vita c'è speranza...*).
   Non significa neppure favorire attese irrealistiche dal punto di vista sanitario, o d'interventi miracolosi dall'alto. E' necessario aiutarlo a valorizzare il positivo che ancora è possibile, a costatare un piccolo miglioramento avvenuto, a trovare motivi per continuare a lottare contro il male, o infine ad affidarsi a Dio. Osserva opportunamente E. Kübler-Ross: «*Ci sono due tipi fondamentali di speranza, e bisogna saperli distinguere. All'inizio della malattia, la speranza è associata alle cure, al trattamento, al prolungamento della vita. Il che è vero sia per il paziente, sia per la famiglia, sia per l'équipe. Quando queste speranze non sono più probabili (...) allora la speranza del malato cambia e si sposta su qualcosa che non è più associato alla cura, al trattamento, o al prolungamento della vita. Le sue nuove speranze sono di più breve periodo, o hanno qualcosa a vedere con la vita dopo la morte o con le persone che lascia*»[21].
   E anche quando tutte le speranze umane sembrano venir meno perché smentite dall'aggravarsi progressivo della situazione, è sempre meglio mantenere accesa la fiammella della fiducia e della speranza per aiutare il malato e i familiari a non cadere nella disperazione e nell'angoscia.

4) ***Dare un senso alla sofferenza e alla morte***: secondo una ricerca svolta tra i medici americani sulle domande di suicidio assistito ed eutanasia nei malati terminali, il 47% dei pazienti che chiedevano suicidio assistito si mostravano incapaci di dare senso alla loro vita.
   Il filosofo Nietzsche ha scritto: "*Chi ha un perché per vivere, può affrontare quasi ogni come*".
   La domanda di cura e d'accompagnamento non è pienamente esaudita dalla sola prestazione tecnica: contiene in sé anche la domanda sul senso del soffrire e del morire, e in definitiva sul senso della vita, della propria identità personale[22]. «*Il modo in cui si muore dipende in non*

---

[20] Per E. KÜBLER-ROSS, «se un malato cessa di esprimere una speranza, di solito è segno di morte imminente» (in: *La morte e il morire*, Cittadella, Assisi 1982, p. 158).
[21] E. KÜBLER-ROSS, *Domande e risposte sulla morte e il morire*, Ed. Studio Redazionale, Como 1989, p. 140.
[22] Le domande di natura spirituale o religiosa sono inerenti alla persona umana e si pongono in ogni età (Mircea Eliade ha scritto: «Gli uomini sono religiosi perché sono intelligenti»). Ma in condizioni normali della vita queste domande possono essere temporaneamente accantonate: non ho tempo, ci penserò, ora ci sono questioni più urgenti cui dare attenzione, i problemi del vivere quotidiano. Ho osservato questo: quando la vita si fa precaria, nel tempo della malattia o nella prospettiva realistica della morte vicina, quando il "tempo a disposizione" si restringe, queste domande si fanno più impellenti (cf. A. MENEGOTTO, *Spiritualità e religione. I molti volti della spiritualità contemporanea*, in: AA. VV., E *quando si fa sera… L'accompagnamento spirituale nelle cure palliative*, Brescia 2005, p. 58). In genere la persona – meno distratta da altre occupazioni più immediate – ha più tempo per pensare e volentieri accetta di porsi queste domande e cerca con inquietudine qualche risposta appagante.

poca misura anche (...) da quanto una persona, in punto di morte, sente di aver trascorso una vita piena e sensata, o vuota e senza senso»[23].

"*È come se non avessi mai vissuto!*": è la confidenza che a volte raccolgo dai malati adulti a bilancio della vita passata[24].

Con quale stato d'animo può sopportare le sofferenze di una malattia grave o accettare l'approssimarsi della morte, chi ha la sensazione di aver fallito l'intera esistenza?

Quando la sofferenza (*e mi riferisco qui non a quella del corpo, ma alla sofferenza dello spirito*) è inevitabile, come in una malattia inguaribile o di fronte alla prospettiva realistica e imminente di morte, come si può aiutare a viverla? È possibile darle un senso?

«*Il senso della sofferenza dipende dall'atteggiamento del soggetto davanti ad essa. Non si tratta di cambiare la situazione, in sé irreparabile, ma di assumere atteggiamenti adeguati e coerenti con la situazione stessa. Il senso della sofferenza non è nella sofferenza stessa, ma negli atteggiamenti che si intraprendono per superarla o per viverla con matura accettazione*»[25].

Proprio in quest'area, nell'aiutare a trovare una risposta alle domande di senso, vedo una delle maggiori sfide per attuare un accompagnamento, una relazione di aiuto, nello stare vicino ai malati e ai loro familiari e, non raramente, anche al personale di assistenza.

Alla ricerca di senso

Di fronte all'enigma della condizione umana segnata dalla sofferenza e dalla morte, l'uomo d'ogni tempo e d'ogni cultura ha tentato di trovare delle risposte che ne alleviassero la drammaticità e il senso dell'assurdo. Nella ricerca di un perché e di un significato, però, costatiamo che spesso la ragione si scontra con l'incomprensione e qualche volta, appunto, con l'assurdo.

«*Smettere di chiedersi il "perché?", non c'è niente da capire. Interrogarsi piuttosto su "a quale scopo?", sulla finalità della sofferenza, sembra in effetti l'unico modo di darle un senso. A che scopo? Verso quali strade, verso quale esperienza di vita, verso quale coscienza mi portano la malattia o la sofferenza? Posso farne un'occasione di luce e di amore?*»[26].

Ed è quasi spontaneo rivolgere queste domande a Dio, anche per un non credente o non praticante.

Giovanni Paolo II scrive: «*L'uomo, infatti, non pone questo interrogativo al mondo, benché molte volte la sofferenza gli provenga da esso, ma lo pone a Dio come al Creatore e al Signore del mondo*» (*Salvifici Doloris n. 9*). E non di rado questo interrogativo è rivolto alle persone percepite come rappresentanti di Dio e del sacro: i sacerdoti, gli assistenti spirituali, gli operatori pastorali, o altri che dichiarano apertamente la loro fede.

La ricerca di senso, aiutare la persona in questa ricerca, può favorire la guarigione interiore e la riconciliazione con i propri limiti, con se stessi e con Dio.

Allora, fra i bisogni spirituali di chi sperimenta la sofferenza di una malattia, soprattutto se grave, o ancor più dell'avvicinarsi della morte, ci sono dunque le domande di senso (es. "*Perché proprio a me? Cosa ho fatto di male per meritarmi tutto questo?*", ecc.).

Domande che si fanno più acute quando si è confrontati con la prospettiva realistica della morte, e che possono assumere il carattere d'interrogativo sul senso stesso della vita e di bilancio dell'intera esistenza, oltre che su quello che ci sarà "*dopo*".

---

[23] N. ELIAS, *La solitudine del morente*, Il Mulino, Bologna 1985, p. 77s.

[24] Nel romanzo "Il Gattopardo" di Giuseppe Tomasi di Lampedusa (1958), don Fabrizio Salina, il protagonista del romanzo, sta per morire: «Nell'ombra che saliva si provò a contare per quanto tempo avesse in realtà vissuto (…). "Ho settantatré anni, all'ingrosso ne avrò vissuto, veramente vissuto, un totale di due, tre al massimo". E i dolori, la noia, quanti erano stati? Inutile sforzarsi a contare: tutto il resto: settant'anni».

[25] R. LUCAS LUCAS, *Sofferenza e senso della vita*, in: A. FILIBERTI - R. LUCAS LUCAS, *La spiritualità nella sofferenza. Dialoghi tra antropologia, psicologia e psicopatologia*, Franco Angeli, Milano 2006, p. 28.

[26] M. de HENNEZEL, *La morte amica. Lezioni di vita da chi sta per morire*, Rizzoli, Milano 1996, p. 197.

È proprio in questa area dei bisogni, delle domande, che molto spesso sperimento l'utilità e anche la delicatezza del mio compito di accompagnatore spirituale che ho sempre interpretato con la stessa serietà e competenza richiesta a ogni altro professionista.
Utilità e delicatezza nel favorire nel malato l'espressione di paure, dubbi, ribellioni, anche contro Dio o i suoi rappresentanti, o aiutandolo a fare chiarezza dentro di sé e a trovare da solo le risposte alle domande poste. Altre volte faticando a trovare la lunghezza d'onda giusta per avviare una vera relazione terapeutica, a far percepire al malato che comprendo quanto mi esprime, pur incapace di togliere la sofferenza o di dare le risposte che cerca, magari coinvolgendo nell'accompagnamento anche qualche familiare.
Domande di senso e bisogno d'accompagnamento che diventano più decisive nelle tappe finali della vita.
Quando l'intervento più strettamente sanitario in certa misura diminuisce, si apre maggiore spazio per la presenza dell'assistente/accompagnatore spirituale: la sua presenza può favorire l'espressione dei sentimenti più profondi e dolorosi, può facilitare processi di riconciliazione umana, spirituale e religiosa, può aiutare ad avere uno sguardo positivo sulla vita trascorsa e su quella che ci attende dopo, può offrire – a chi crede – le risorse della preghiera e dei sacramenti.
Il porsi in questo atteggiamento per condividere il dolore, la sofferenza, le angosce, le gioie, può portare all'espressione di piccoli gesti umani e fa comprendere quanto importante sia "*fare silenzio*" per acquisire una paziente capacità d'ascolto. Non devo solo stare con l'altro, ma *ESSERE* per lui, rispettando i suoi tempi, per far sì che emergano le sue esigenze.
Si comprende allora quanto può essere decisivo e delicato il compito dell'assistente spirituale, nel proporsi come accompagnatore/facilitatore – o al contrario come ostacolo – del compimento del suo progetto di vita.

La religiosità e i suoi bisogni

La dimensione spirituale assume la connotazione specifica di dimensione religiosa o religiosità quando trova risposta in una fede e nella relazione con Dio e si esprime attraverso un particolare sistema di credenze e di riti.
Infatti *Religione,* dal latino *Religio,* deriva dal verbo *relegare=legare,* che indica il rapporto dell'uomo con Dio attraverso credenze, culti, rituali, dottrine, strutture organizzative, percorsi spirituali, ecc.[27]
I vari bisogni spirituali, perciò, tipici dell'esperienza di malattia, assumono una connotazione speciale sul piano religioso per chi è credente.
Non dobbiamo certo pensare che la fede e/o la religione per se stessa renda immuni dalla fatica del vivere la difficile stagione della sofferenza, anche se certamente può essere di grande aiuto.
Anche il malato credente deve confrontarsi con le domande di senso, con i sentimenti di paura e di ribellione, con gli interrogativi sul senso del soffrire, con il bisogno di riconciliarsi con gli altri e con Dio, con i dubbi e la speranza di cosa ci sarà "*dopo*".
Quotidianamente costato quanto sia frequente nel linguaggio dei malati e dei loro familiari introdurre riferimenti religiosi, magari anche solo per lamentarsi della non efficacia di una preghiera, o per protestare contro Dio.
Altri poi desiderano espressamente vivere l'esperienza di malattia alla luce della propria fede religiosa: non è poi così raro che le persone attendano con desiderio la visita dell'assistente spirituale, o chiedano di poter partecipare alle funzioni religiose, o di ricevere i sacramenti.
È più facile allora svolgere il servizio, il ministero, realizzando il colloquio e l'accompagnamento umano/spirituale/religioso, favorendo così l'incontro del malato con il Signore.

[27] cfr. A. Pagrazzi, op. cit. p. 90

E' necessario, però, ricordarsi costantemente che, prima ancora di proporre preghiere e offrire sacramenti, è lui stesso con le qualità umane della sua persona e con il suo stile relazionale, il primo sacramento della vicinanza e dell'amore misericordioso di Dio per chi soffre.
Riscontro, pure, anche con una certa frequenza, fra i credenti *(e a volte anche fra chi dichiara di non credere)* l'immagine di Dio o severo giudice che punisce ogni più piccola trasgressione alla sua legge, o al contrario che interviene miracolosamente a togliere dai guai chi si affida a lui.
Ne deriva a volte la "*pretesa*" che Dio esaudisca le domande di guarigione e la successiva ribellione *("Allora non è vero che Dio esiste, che è buono, che esaudisce le nostre preghiere")* quando ciò non avviene.
Alcuni poi, disperando di ottenere da Dio il miracolo richiesto, si affidano a devozioni esagerate verso qualche santo, al quale si rivolgono nella preghiera ancor più che a Dio o a sua Madre Maria .
L'accompagnatore/assistente spirituale è chiamato a purificare queste errate concezioni, ricordando ai malati e ai loro familiari che Gesù non è venuto per togliere l'uomo dalla sua condizione di sofferenza o di mortalità, né ha guarito tutti i malati e risuscitato tutti i morti, ma per donare la forza e la grazia per affrontare la dura realtà quotidiana.
E' consolante costatare, nel corso dei colloqui, che molti "*miracoli*" avvengono anche oggi: la forza interiore che le persone attingono ad esempio dal guardare al crocefisso appeso alla parete; o la serena accettazione di quanto sta capitando che a volte la preghiera trasmette; o il coraggio e la perseveranza nell'accompagnare il lungo calvario di un proprio caro *("Se non avessi avuto la fede, non so come avrei potuto sopportare tutto questo").*
Compito non facile dell'assistente/accompagnatore spirituale è quello di sostenere e incoraggiare ogni espressione di speranza anche a livello umano, senza scavalcare troppo frettolosamente la serietà e durezza del dramma che il malato sta vivendo. Se la speranza può mitigare l'assurdità della sofferenza o la tragicità della morte, tuttavia non ne elimina del tutto l'asprezza.
L'orizzonte ultimo al quale guardare nell'accompagnamento spirituale è poi quello della speranza cristiana, perché «*tutte le speranze puramente umane si rivelano utopie, se non altro per il fatto che vanno a infrangersi contro lo scoglio ineludibile della morte*»[28].
Purtroppo oggi è frequente costatare anche nei credenti uno scollamento tra la professione della fede cristiana e l'adesione a quanto la stessa fede propone circa le "*verità ultime*" (*vita dopo la morte, giudizio finale, paradiso e inferno, risurrezione dei morti*…). Questo può dipendere, oltre che dalla caduta del senso religioso e dall'indebolimento della fede, anche dal fatto che la sofferenza e l'idea stessa di morte è sempre più rimossa e tenuta lontana dalla propria consapevolezza.
L'accompagnamento spirituale e religioso, se illuminato da una corretta teologia della sofferenza e della morte e integrato dalle attitudini relazionali, ha perciò un'importanza decisiva nell'aprire il malato al messaggio di speranza che viene dal vangelo.

L'assistente/accompagnatore spirituale e la sua nuova identità

Proprio in questo senso trova giustificazione e valorizzazione la figura dell'assistente/ accompagnatore spirituale nel mondo della salute, della malattia e della sofferenza, e il suo specifico contributo al processo terapeutico e relazionale degli ambienti di cura.
Fino a pochi decenni fa il ruolo del così detto "*cappellano d'ospedale*" era sostanzialmente di natura rituale e sacramentale: si identificava con l'amministrazione dei sacramenti tipici del tempo della malattia *(Eucaristia, Penitenza e Unzione degli infermi),* corredata da qualche preghiera e benedizione e dalla celebrazione dei funerali. Il suo servizio era dunque rivolto principalmente ai malati credenti e praticanti, che chiedevano o accettavano di prolungare anche nel tempo della malattia la loro abituale esperienza di fede e di pratica religiosa.

[28] M MAGRASSI, *La speranza cristiana*, cit. in: G. CINÀ, *La speranza evangelica nel tempo della malattia…*, p. 88.

Oggi molto è cambiato e non è più un fatto scontato, o generalmente diffuso, l'adesione a un credo religioso e in particolare alla fede cristiana.
La presenza in ospedale e nei luoghi di cura degli assistenti/accompagnatori spirituali non dovrebbe essere più esclusivamente a favore dei malati, degli ospiti, ma per tutte le persone che a vario titolo sono presenti in queste strutture: personale socio/sanitario e amministrativo, familiari dei malati, volontari, ecc. Il ruolo è andato dunque modificandosi: in aggiunta ai tradizionali compiti più strettamente rituali e sacramentali, essi dovrebbero dedicare parte del loro tempo alla relazione d'aiuto e al counselling umano e spirituale con i malati, all'accompagnamento dei familiari, al rapporto con il personale, a volte anche all'insegnamento nei centri di formazione, all'animazione e formazione del volontariato, ecc.
Inoltre l'assistente/accompagnatore spirituale non è più solo identificabile nella persona del ministro ordinato, ma altre figure, debitamente preparate, possono svolgere questo ministero, costituendo all'interno delle strutture sanitarie/ospedaliere la Cappellania.[29]

Ripensando la mia lunga esperienza come assistente/accompagnatore spirituale, mi permetto di suggerire alcune indicazioni per svolgere questo servizio/ministero così importante e impegnativo, con serietà e competenza, consapevole che se non entro in contatto con la mia spiritualità corro il rischio di impedire al malato di aprirsi alla propria spiritualità, o addirittura di negarla per proiezione.

- ***La relazione umana è la premessa e il "facilitatore" dell'accompagnamento spirituale*** – Tutti ormai concordano nel ritenere che una relazione terapeutica completa e rispettosa con il malato deve essere di tipo olistico, cioè che sa riconoscere tutti i livelli di bisogni del malato: questo, a maggior ragione, vale anche per chi ha come scopo l'accompagnamento spirituale.
  Indispensabile patrimonio dell'accompagnante sono le attitudini suggerite dalla relazione d'aiuto come l'ascolto la vicinanza, la comprensione empatica, la considerazione positiva, la tenerezza, la non direttività, ecc. Anche quando si giunge a un livello più specificamente religioso, è bene essere consapevoli che l'accompagnante è il primo "*sacramento*" della vicinanza, dell'accoglienza, del perdono di Dio, il primo segno che rende poi credibili i segni e i riti che eventualmente compie insieme al malato.
- ***Accettare l'iniziativa e il ritmo del malato*** – Nello stesso colloquio il malato può passare diverse volte da domande sul senso della vita e della sua malattia a raccontarmi di come ha passato la notte, o della figlia che non è venuta a trovarlo, o del vitto poco appetibile. Potrei pensare di perdere tempo.. che ho già sentito queste cose…. Invece devo ricordarmi che è lui il protagonista e il "*pilota*" dell'incontro. Se io voglio accompagnarlo non devo precederlo, o costringerlo su strade che in quel momento io voglio percorrere. Per aiutare il malato a esprimere bisogni o inquietudini, o a esplorare le proprie risorse interiori, devo prendere spunto da un cenno, una frase magari casuale del malato, ripetendola e chiedendogli se vuole parlarne. Noto con frequenza che i malati, soprattutto se gravi, nel loro esprimersi, magari faticoso, ogni tanto fanno trasparire con una mezza parola, un'immagine, un'esclamazione, quanto hanno di più intimo e che difficilmente è oggetto di conversazione. E' come se tentassero di aprire una porta, di esplorare se il loro interlocutore è disposto ad addentrarsi nelle stanze più buie e dolorose del loro animo. Posso scegliere di chiudere la porta che egli tenta di aprire, o accettare il rischio di aprirla del tutto e confrontarmi con le sue paure e i suoi bisogni profondi.

---

[29] cfr. - CONSULTA NAZIONALE CEI per la pastorale della sanità, *La pastorale della salute nella Chiesa italiana,* 1989;
- COMMISSIONE EPISCOPALE per il servizio della carità e la salute, *Predicate il vangelo e curate i malati,* 2006;
- ARCHIDIOCESI di MILANO, *La pastorale della salute – linee guida diocesane,* Centro Ambrosiano – Milano 2009
- PROVINCIA LOMBARDO – VENETA dei Camilliani, *La cappellania ospedaliera – orientamenti,* ed. Camilliane – Torino – 2008.

- ***Prediligere l'attenzione alla persona piuttosto che ai problemi che esprime o alle domande poste*** – Il medico, l'infermiere, il terapista, lo psicologo accostano il malato con l'obiettivo principale (*non esclusivo*) di aiutarlo a risolvere un problema immediato, come il controllo dei sintomi, un'informazione richiesta, un'alterazione dell'equilibrio psichico, e così via. Io cerco di centrarmi sulla persona e i suoi vissuti interiori, più che sul contenuto oggettivo dei suoi problemi. Anche se mi parla dei dolori o dell'insonnia della notte precedente, non mi precipito a suggerirgli di avvisare l'infermiera, o un rimedio non ancora tentato. Se ho la pazienza di astenermi dal proporgli ricette, porre ulteriori domande, dandogli tempo sufficiente per esprimersi, per raccontarsi, già così lui si sente consolato e può attingere a realtà più profonde. A volte ho visto che anche di fronte a domande esplicite e concrete, i malati sono più gratificati dal trovare loro stessi, magari aiutati, le risposte piuttosto che sentirsele dire da me.
- ***Valorizzare gli elementi positivi che nel colloquio il malato esprime*** – Anche malati molto sconsolati, o arrabbiati, o spaventati, possono contare su elementi positivi che danno loro conforto e diventano fonte di speranza. Alcuni trovano sostegno nella vicinanza del coniuge o dei figli, oppure sono grati per le cure premurose che sono loro prestate, o percepiscono come una risorsa importante la fede religiosa e trovano forza nella preghiera. Nel corso dell'accompagnamento, cerco di cogliere quali sono le risorse alle quali il malato può ancora aggrapparsi, per valorizzarle, a volte per ricordargliele quando tutto sembra crollare.
- ***Dare fiducia al malato*** – Uno sguardo positivo e ottimista sull'animo umano in generale e sulla capacità d'ogni malato, se aiutato, a crescere anche nel tempo della malattia grave, mi aiuta a non aver fretta di giungere a dei risultati, a far tacere le mie aspettative che il malato compia un certo percorso spirituale, a non forzarlo a passare dal piano umano della relazione a quello più propriamente spirituale o religioso. Sono convinta che due sono le cose importanti: rimanere presenti e conservare la fiducia. Fiducia che la persona abbia la forza per vivere ciò che gli sta accadendo attingendo alle risorse intime presenti in sé.

È per queste ragioni che, accanto a tutti gli altri professionisti, nell'impegno a realizzare una più efficace alleanza terapeutica, rientrano a pieno titolo anche gli assistenti/accompagnatori spirituali. È ovvio che anche fra il personale sanitario alcuni siano credenti, altri no. Ogni scelta merita rispetto. Ma lo merita anche la persona malata e sofferente, della quale vanno riconosciuti non solo i bisogni fisici e psichici, ma anche quelli di natura spirituale e religiosa.
Il minimo che si chiede agli operatori sanitari è di rispettare la persona dell'assistente/ accompagnatore spirituale/ religioso e il ruolo che egli svolge all'interno della struttura di cura, accanto e con la stessa dignità di tutti altri professionisti.
Ma può esserci spazio anche per qualcosa di più. Ci sono medici credenti che non si vergognano di invitare a fare affidamento sull'aiuto di Dio, oltre che sulla bravura dei sanitari e sull'efficacia delle terapie. O infermieri che richiamano esplicitamente i valori religiosi ai malati e favoriscono il loro incontro con gli assistenti spirituali. E il servizio svolto con amore, tenendo presente il malato come persona nella sua globalità e vulnerabilità, rende gli operatori capaci di riscoprire in loro stessi valori spirituali e cristiani, e, a loro volta, di trasmetterli (*è inutile aggiungere che tutto deve essere regolato da grande discrezione e rispetto).*
Anche chi non è credente, non può dimenticare che il soddisfacimento dei bisogni spirituali e religiosi può essere di grande sollievo per il malato, può contribuire a ravvivare la sua speranza e le energie interiori e non di rado essere d'aiuto al processo terapeutico.

La relazione e l'accompagnamento nei Vangeli

Nei racconti evangelici sono evidenti l'umanità e lo stile relazionale di Gesù nel rapportarsi con i malati e i sofferenti, quando chiedono la sua attenzione e la guarigione del corpo: Egli istaura con ciascuno una relazione personale, un dialogo alla pari. Pur conoscendo le loro necessità, non impone né la sua presenza, né la sua potenza sanante: lascia a loro la parola, l'iniziativa, la dignità e

la possibilità di rivolgersi a Lui. Se, per la vergogna del loro stato, o la consuetudine all'emarginazione, cercano di stare nascosti, o gli altri li zittiscono perché importuni, li chiama, li interpella personalmente, li mette al centro della scena, costringendo gli altri a far loro spazio:

- "*Chiamatelo .... Cosa vuoi che io faccia per te?*" (incontro con il cieco Bartimeo – Mc 10,49.)
- " *Qual è il tuo nome?*" (all'indemoniato geraseno – Lc 8,30.)
- "*Alzati e mettiti in mezzo*!" (all'uomo dalla mano inaridita – Lc 6,8.)

Gesù interpreta i bisogni più profondi di chi invoca il suo aiuto, guarendo lo spirito e il corpo: "*Coraggio figliolo .... ti sono rimessi i tuoi peccati…*" (al paralitico portato dai volontari di Cafarnao – Mt 9,2).

I Vangeli sono ricchi di questi incontri[30] e, con abbondanza di espressioni e di gesti, ci rivelano che lo stile di Gesù è ricco di affettività e di umanità (*sentimenti che spesso noi ignoriamo o soffochiamo*). Gesù nel vedere il lebbroso "*gli si commossero le viscere*" e lo guarisce: si commuove e s'intenerisce di fronte ad ogni infermo e sofferente che incontra sul suo cammino e non manca mai di chinarsi per alleviare ogni dolore.

Nelle narrazioni evangeliche emergono pure una serie di verbi particolari che descrivono l'atteggiamento, lo stile e l'umanità di Gesù verso i sofferenti: li guarda, li ascolta, li tocca senza timore di contagio, li prende per mano, cammina con loro, s'intrattiene con essi, s'identifica in essi, li chiama a se …. Non bada né alla fatica, né alla stanchezza: si dona totalmente a loro senza limiti, ponendoli al centro del suo interesse, della sua attenzione, del suo amore misericordioso. Unendo la cura dei malati alla predicazione del Vangelo (Lc. 10, 9) e identificandosi con i sofferenti, come oggetto di un unico amore (Mt. 25, 40), Gesù ci rivela che l'incontro con l'uomo sulla via della sofferenza (cfr. SD 8) è la missione che accomuna ogni discepolo, ogni operatore pastorale, ogni accompagnatore spirituale.

Gran parte degli episodi raccontati nei Vangeli rappresenta un incontro con la sofferenza, di ogni genere: è il *dono* di sé che instaura una relazione d'aiuto, un accompagnamento umano/spirituale.

Un esempio molto bello e altrettanto concreto lo troviamo nel brano di Luca 24, 13-35: i discepoli di Emmaus. G. Salonia in un suo testo sulla direzione spirituale[31], propone una rilettura singolare ed efficace di questo brano proprio in chiave relazionale, mostrando la capacità di Gesù di istaurare una relazione di aiuto con l'altro che fa crescere, comprendere e attivare le proprie risorse per mettersi a servizio nel dono totale di sé, come Lui stesso ha fatto e ci ha insegnato.

Nardin suor Adriana
Suore di carità delle Sante Capitanio e Gerosa
Assistente spirituale/religiosa
Fondazione IRCCS Istituto Neurologico "C. Besta"

[30] Un autore, M. T. Kelsey, ha calcolato che «dei 3779 versetti dei quattro Vangeli, 727 [circa un quinto perciò] si riferiscono specificamente alla cura di malattie fisiche e mentali e alla risurrezione di morti». Questo testimonia la predominanza dell'attività pubblica di Gesù a favore dei malati e dei sofferenti in genere.

[31] SALONIA G., Kairos, direzione spirituale e animazione comunitaria, EDB, 2006, pp. 73 - 88