

## **CAP. 3 - IL MALATO**

### **SCHEMA DEL CAPITOLO**

- 1. Medicina, malattia e salute oggi**
  - 1.1. Il pianeta sanità**
  - 1.2. Dall'ospedale al territorio**
  - 1.3. Visione globale della salute e del sofferente**
- 2. Psicologia del malato**
  - 2.1. Chi è il malato?**
  - 2.2. La motivazione**
  - 2.3. L'atteggiamento**
- 3. Le aspettative del malato; cosa chiede al volontario?**
  - 3.1. L'attesa di senso e di significato**
  - 3.2. L'attesa di speranza**

Per accompagnare il bisognoso d'aiuto è indispensabile conoscere la sua situazione di sofferenza, comprendere le sue reazioni, superare la tentazione, spesso in agguato, di valorizzare prevalentemente il "nostro punto di vista" o, peggio ancora, esigere che l'altro vi concordi.

Ognuno vive la malattia, l'ospedalizzazione, la sopportazione del dolore, l'accettazione della invalidità con modalità diverse. Per questo indicheremo le reazioni più comuni e i fattori più importanti da non tralasciare per impostare una valida relazione.

## **1. Medicina, malattia e salute oggi**

### **1.1. IL PIANETA SANITÀ**

La medicina negli ultimi cinquant'anni, a livello diagnostico-terapeutico, è progredita maggiormente che nei precedenti venti secoli, sconfiggendo gravi patologie, perfezionando le varie aree specialistiche, offrendo efficaci risposte farmacologiche e beneficiando delle conquiste della bioingegneria genetica e del contributo delle neuro-scienze.

Anche se rimangono irrisolte molte patologie, il mondo occidentale possiede oggi le tecniche sanitarie migliori della sua storia oltre che una sanità, almeno in Italia, estesa nelle prestazioni a tutta la popolazione, una discreta autonomia del paziente e, in molti casi, anche adeguate strutture alberghiere.

Ma, pur trovandoci in una situazione favorevole, a volte siamo insoddisfatti poiché l'evolversi delle scienze mediche e delle conoscenze scientifiche non sono state accompagnate da un analogo sviluppo delle evidenze etiche e umane. Infatti, la medicina, e di conseguenza gli operatori sanitari, si sono "allontanati" dai bisogni dell'uomo, svuotando le professioni socio-sanitarie degli ideali filantropici vanto della medicina di Ippocrate.

Vari ambiti curano unicamente la patologia, disinteressandosi o assegnando importanza irrilevante alle dimensioni umane e psicologiche. Spesso, non si è

compreso che non esiste unicamente la malattia ma il malato, non il caso clinico ma l'uomo. Il corpo, inoltre, è considerato una sfera separata dalla persona e, di conseguenza, l'attenzione è rivolta prevalentemente all'organo non funzionante.

Negli ultimi decenni abbiamo assistito ad alcune novità legislative; di particolare importanza: le leggi 833 del 1978, 502 del 1992, 517 del 1993, 229 del 1997 e le successive modifiche.

La legge 833 istituì il "Servizio Sanitario Nazionale" garantendo a tutti i cittadini i diritti all'assistenza e alla cura come richiesto dall'articolo n. 32 della Costituzione italiana.

Dal 1995 è in vigore la legge 517, puntualizzata in seguito dalla 229/97 e da altri aggiornamenti normativi.

Infine, nel 2001, sono stati introdotti i LEA (livelli essenziali di assistenza) cioè l'insieme di tutte le prestazioni, servizi e attività che i cittadini hanno diritto a ottenere dal Servizio Sanitario Nazionale. La riforma del titolo V della Costituzione ha poi previsto per le Regioni la possibilità di utilizzare risorse proprie per garantire servizi e prestazioni aggiuntive (ma mai inferiori) a quelle incluse nei LEA. Questo comporta che i LEA possano essere diversi da Regione a regione.

Tutte queste normative hanno rivoluzionato il panorama sanitario: riducendo le prestazioni fornite dallo Stato, riportando la cura della salute alla compatibilità economica, trasferendo parte dell'assistenza "sul territorio", denominando gli ospedali "aziende".

Pur non entrando nell'analisi di queste riforme, è indispensabile evidenziare che l'aziendalizzazione della sanità è eticamente accettabile e condivisibile solo se si pone realmente al servizio del cittadino bisognoso d'aiuto.

Ma oggi, spesso, parliamo della sanità in termini finanziari e poco degli obiettivi della salute. Giustamente, da più parti, è stato rilevato l'errore di perseguire ostinatamente il pareggio dei bilanci, poichè questo potrebbe obbligare a non prestare all'utente tutte le cure di cui necessita.

Infatti, a partire dalla legge 502/92, oltre che prevedere i parametri di accreditamento per le strutture ospedaliere e l'adozione di un sistema di verifica e di controllo della qualità delle attività svolte e delle prestazioni erogate, si sono modificate anche le modalità di pagamento. In precedenza si retribuivano i fattori produttivi, cioè le giornate di degenza, oggi si compensa il prodotto, cioè la patologia secondo la casistica dei cosiddetti DRG (Diagnostic Related Group).

Tutte le leggi, a partire dal 1978, hanno evidenziato fattori positivi e negativi. Ad esempio, la legge 833/1978 ha esteso l'assistenza a tutti i cittadini e le leggi seguenti hanno ridotto, in parte, lo spreco e la deresponsabilizzazione degli operatori sanitari e dei cittadini.

Anche i ricoveri ospedalieri hanno subito delle novità.

Con la legge 833 alcuni erano impropri e di durata maggiore rispetto alla reale cura della patologia. Con le leggi seguenti si sono abbreviati i tempi, anche troppo, rischiando di dimettere dei pazienti, soprattutto anziani, ancora con seri problemi fisici, psicologici e sociali.

## 1.2.DALL'OSPEDALE AL TERRITORIO

Dagli anni 90 del XX secolo si è prefigurato che l'assistenza nella fase di convalescenza e di riabilitazione sarebbe avvenuta "sul territorio", mentre in ospedale si curavano particolarmente le patologie nello stadio acuto.

Ciò ha comportato innumerevoli problemi essendo in forte aumento le persone in età avanzata, afflitte da polipatologie, in nuclei familiari spesso con la presenza unicamente di figli unici.

Aumentano velocemente, inoltre, varie malattie irreversibili: tumori, morbo di Alzheimer, sla, demenze neurodegenerative, patologie psichiatriche... e frequentemente questi ammalati sono assistiti unicamente dai familiari, essendo le organizzazioni di "assistenza domiciliare integrata" insufficienti, gestite, il più delle volte, dalla buona volontà di singoli e di piccoli gruppi. E' indispensabile, invece, l'impegno e la determinazione nel fornire servizi che, in vari ambienti istituzionali, si scontrano con uno statalismo e una burocrazia molto diffuse. Emblematico, è il trattamento tuttora riservato, sia a livello giuridico che amministrativo-economico, agli Enti del Terzo Settore che svolgono servizi alla persona, anche a livello domiciliare, ma con gravi difficoltà.

## 1.3.LA VISIONE GLOBALE DELLA SALUTE E DEL SOFFERENTE

Registriamo un forte incremento della domanda di salute sia sul versante della medicina tradizionale che della medicina alternativa, come pure nella cura del corpo e nella ricerca del benessere, avendo assunto i concetti di "salute" e di "malattia" accezioni più vaste che in passato.

Il concetto di salute ha acquisito nuove e importanti connotazioni. Non si rapporta unicamente a fattori fisici e organici, ma coinvolge le dimensioni psichiche, spirituali e sociali della persona.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), nella dichiarazione di Alma Ata (1978), ha affermato che la salute è "uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, e non soltanto assenza di malattia e infermità".

Il termine "salute", dunque, "non è più inteso come semplice assenza di disturbi fisici e organici ma "coinvolge le dimensioni psichiche e spirituali della persona, estendendosi all'ambiente fisico, affettivo, sociale e morale, in cui la persona vive e opera; inoltre, è avvertito un profondo rapporto tra salute, qualità della vita e benessere dell'uomo"<sup>1</sup>.

In analogia con quello di salute, anche il concetto di malattia si è ampliato. La "malattia" non è unicamente la presenza di disturbi fisici e organici, ma è "intesa come malessere esistenziale, conseguenza di determinate scelte di vita, di spostamenti di valori e di errori di gestione dell'ambiente materiale umano"<sup>2</sup>.

Questa visione evidenzia che la salute o la malattia non interessano un'unica dimensione dell'uomo ma la persona nella sua globalità.

Solo, quando tutte le componenti della persona si trovano in uno stato di equilibrio e di stabilità, l'uomo può affrontare difficoltà e avversità. Perciò è fondamentale superare, da una parte, la visione limitata ancora presente in molti che ritengono le dimensioni della persona unicamente giustapposte e non

---

<sup>1</sup>CONSULTA NAZIONALE CEI PER LA PASTORALE DELLA SANITÀ, *La Pastorale della Salute nella Chiesa Italiana*, (=Magistero 144), Paoline, Roma 1989, n. 6.

<sup>2</sup> *La Pastorale della Salute nella Chiesa Italiana*, op. cit., n. 7.

inscindibilmente unite, ricordando che ogni distinzione tra corpo, psiche, spirito, affetti e sentimenti contribuisce a creare divisione e malessere. Dall'altra, è opportuno correggere la forte accentuazione che, soprattutto nella cultura odierna, è assegnata al corpo.

La visione di globalità è importante accostando il sofferente, poichè la malattia o l'invalidità provocano cambiamenti, anche radicali, degli stati esistenziali mediante vari coinvolgimenti.

-Il "coinvolgimento fisico" o organico che si manifesta nel dolore dell'organo ferito.

-Il "coinvolgimento psichico" si esterna con la paura, l'ansia, la depressione e con degli interrogativi: "Che cosa avrò? Mi diranno la verità? Riuscirò a guarire?".

-Il "coinvolgimento spirituale" che rende arduo il rapporto con Dio e con se stesso e si manifesta nei seguenti interrogativi: "Che cosa ho fatto di male perché Dio mi castighi duramente? Ho vissuto onestamente, perché ora mi trovo in questa situazione?".

-Il "coinvolgimento sociale" che sorge dall'aver sospeso, anche solo temporaneamente, una professione e una rete di rapporti interpersonali per cui ci si chiede: "Potrò tornare al mio lavoro? E se non tornerò, chi si occuperà della mia famiglia?".

## 2. Psicologia del malato

### 2.1. CHI È IL MALATO?

La malattia, segno della limitatezza dell'uomo, si presenta come un'esperienza umana fortemente critica sotto molteplici aspetti crollando illusioni e finzioni. Ognuno la vive con proprie modalità, perciò è impossibile indicare comportamenti standard di approccio al malato.

*Chi è il malato?*

Per definire il malato possiamo utilizzare molteplici espressioni che riassumiamo nella seguente: *"Il malato è una persona con una grossa difficoltà; è bloccato nella sua attività quotidiana; spesso è totalmente dipendente dagli altri, in molti casi ha perso i suoi diritti e non è più 'padrone di sé' e dei significati offerti alla sua vita"*.

"Non è più padrone di sé" essendo ricoverato in ospedale, luogo estraneo, con regole precise e sostanzialmente caratterizzato da neutralità affettiva e da un orientamento settoriale e specialistico.

"Non è più padrone di sé" perché, forse, è affetto da una malattia cronica, da una menomazione o da un handicap invalidante che non gli permetteranno, in futuro, di riprendere le attività quotidiane e un ruolo conquistato con fatica nella società. Di conseguenza, dovrà abituarsi a vivere per sempre da malato in un mondo di sani.

"Non è più padrone di sé" perché può essere terrorizzato dalla morte che, in alcune situazioni, si avvicina velocemente.

Tutto ciò provoca alcune sofferenze che generano "comportamenti" e "atteggiamenti" che variano per l'età, la personalità, la gravità della patologia, il modo d'insorgenza, la capacità della famiglia e dell'ambiente sanitario, compresi i volontari, di rispondere alle sue esigenze.

Concretizziamo il discorso seguendo il percorso del “signor Qualunque” al quale il suo medico propone un ricovero ospedaliero.

Nella mente del futuro degente scaturisce immediatamente l’interrogativo del “perché”. “Perché il medico mi propone un ricovero? Che cosa avrò? Guarirò?”. E, in quel momento, il signor Qualunque percepisce che un valore fondante la sua vita, cioè la salute, lo sta, almeno momentaneamente abbandonando. Ma pure altre preoccupazioni lo tormentano; riguardano l’ambito familiare e sociale che sta lasciando, le difficoltà lavorative e economiche che sta affrontando, la scelta del luogo di cura...

Predispose la valigia e giunge in ospedale.

Un ambiente ignoto; vi si era recato alcune volte, velocemente, a visitare parenti e amici.

E lì incontra persone sconosciute che indossano divise di vari colori e anche lui è obbligato a indossare “una divisa” come tutti gli altri: il pigiama e le ciabatte. Deve poi adattarsi a un orario un po’ strano: sveglia prima dell’alba, assunzione dei pasti molto in anticipo sulle sue abitudini... E tutto il giorno deve “stare a disposizione”.

E nel nuovo ambiente può essere accolto cordialmente e gentilmente ma anche indifferentemente o maleducatamente... e lui, è sempre più solo con i suoi problemi.

Da “persona” con un nome e un cognome è trasformato in un numero (del letto) o in un caso clinico.

Molti s’interessano al suo dolore fisico ma pochi alla sua “sofferenza” che sfugge a ogni controllo.

E i giorni trascorrono; di notte non dorme riflettendo sull’esame cui sarà sottoposto il giorno seguente per il quale ha firmato il consenso informato, ma non ha compreso nulla sulle modalità di svolgimento.

I medici lo visitano, parlano di lui, fra loro, senza magari neppure rivolgergli lo sguardo, e se si arrischia a porre domande, con una fine diplomazia, gli fanno intendere che è uno scocciato e loro sono subissati dal lavoro.

Il nostro signor Qualunque che è l’emblema delle centinaia di malati che ogni giorno sono ricoverati negli ospedali; è forse troppo apprensivo, ma questa è la fotografia del malato che ogni volontario incontra.

*Come intuire il vissuto del malato per offrire adeguata attenzione?*

Comprendendo i suoi comportamenti cioè le “*motivazioni*” e il significato delle sue reazioni specifiche cioè gli “*atteggiamenti*”.

## **2.2.LA MOTIVAZIONE**

La tematica delle *motivazioni* è ampia e vari autori hanno proposto molteplici elencazioni particolari.

Il nostro punto di riferimento sarà lo psicologo, definito il padre spirituale dell’umanesimo americano, A. Maslow che nell’opera “Motivazione e personalità” ha evidenziato, nel capitolo “Teoria della motivazione umana”, un’interessante “*scala dei bisogni*” di ogni individuo, da quelli fondamentali a quelli più elevati: fisiologici, di sicurezza, di appartenenza, di stima, di auto-

realizzazione<sup>3</sup>.

Queste esigenze, comuni a ogni uomo, vanno particolarmente soddisfatte nel periodo della sofferenza poiché si accentuano maggiormente.

## Scala dei bisogni di Maslow



### BISOGNI FIOLOGICI.

Si esprimono nella fame, nella sete, nel sonno..., mentre nell'ammalato sono il desiderio di un'adeguata nutrizione, di un letto comodo, di un ambiente tranquillo che gli permetta di riposare e di una terapia specifica per la sua patologia...

E' impossibile, senza una previa soddisfazione dei bisogni fisiologici, appagare gli altri; come pure l'indifferenza a questi può ingenerare un dinamismo regressivo.

### BISOGNI DI SICUREZZA.

Si esternano nella richiesta di stabilità, di liberazione dalla paura, nel desiderio di ordine e di leggi, come pure nella ricerca della ricchezza che per molti, oggi, è un obiettivo prioritario.

L'ammalato, che percepisce la malattia come la perdita delle sicurezze fondamentali della vita, sentendosi impotente di fronte ad essa, implora di essere accolto e assicurato nell'ambiente ospedaliero, di conoscere gli esami cui sarà sottoposto e le terapie che gli saranno praticate, di parlare del decorso della sua patologia. Infatti, essere informati, il più delle volte, infonde serenità e sicurezza. Mancando queste assicurazioni possono emergere reazioni di avversione nei confronti dell' ambiente e delle persone che percepisce ostili, schiacciati e minacciose. Non avendo un "drenaggio emotivo" aumenta l'aggressività.

### BISOGNI DI APPARTENENZA.

E' rappresentato dal desiderio di essere parte di una famiglia, di avere degli

---

<sup>3</sup> Cfr.: A.H. MASLOW, *Motivazione e personalità*, Armando, Roma 1973, pp. 62-97.

amici, dal poter svolgere un ruolo nel gruppo, sul territorio e nell'ambiente sociale e lavorativo.

L'ammalato, ricoverato in ospedale o affetto da invalidità permanente, sradicato dalla propria abitazione, allontanato dalla propria famiglia, emarginato dal proprio gruppo, privato delle testimonianze di affetto e di attenzione, accusa spesso una profonda solitudine dovendosi rivolgere a sconosciuti, forse poco interessati alla sua situazione.

#### BISOGNI DI AUTOSTIMA.

Ognuno, nella quotidianità, sente l'esigenza di essere valutato positivamente come pure di essere stimato per quello che è e per ciò che compie. Quando queste attenzioni sono carenti sopraggiunge lo scoraggiamento che, a volte, si trasforma in depressione.

La malattia compromette l'autostima, ferisce l'orgoglio, fa svanire i sogni, provoca sentimenti di vergogna e di colpa.

Senz'altro, il trattamento che l'ospedale alcune volte riserva, non migliora un animo ferito. Il paziente è chiamato con il suo cognome magari "storpiato", oppure identificato dal numero del letto o dalla patologia che soffre.

Persone che fino a ieri non conosceva lo trattano bruscamente, e forse utilizzano un "tu" non richiesto.

Spesso, anche gli esami fisici intimi, sono effettuati al cospetto di altri malati.

La violazione della privacy è frequente.

#### BISOGNI DI AUTOREALIZZAZIONE.

Si riferiscono al desiderio di auto-compimento presente in ogni uomo. E' la tendenza a valorizzare risorse, talenti e capacità per vivere l'esistenza da attori e non da spettatori.

La malattia interrompe bruscamente questo percorso.

Da qui nasce l'esigenza di supportare il malato nell'accettare le limitazioni esistenziali, nell'accogliere le trasformazioni che una patologia o un'invalidità comportano, convinti che una degna "qualità di vita" è raggiungibile anche convivendo con i propri limiti e non dimenticando che la sofferenza è una parte costitutiva del Dna di ogni persona.

### **2.3.L'ATTEGGIAMENTO**

L'appagamento o meno dei bisogni genera nel malato alcuni atteggiamenti essendo questi "l'orientamento delle percezioni e una disponibilità di reazione in rapporto ad un determinato oggetto o a una classe di oggetti"<sup>4</sup>.

Nell'atteggiamento individuiamo tre elementi: i pensieri o convinzioni (atteggiamento cognitivo), i sentimenti (atteggiamento emotivo) e il comportamento.

Ma l'atteggiamento in sé fornisce scarse indicazioni per comprendere l'altro se non è intersecato con le motivazioni. Perciò esamineremo gli atteggiamenti più comuni del malato per capire i suoi bisogni più profondi.

---

<sup>4</sup> AA.VV, *Dizionario di psicologia*, voce: atteggiamento, Paoline, Cinisello Balsamo (Mi) 1986, pg. 118.



## PAURA

La paura sorge dalla constatazione di minacce o dalla previsione realistica o erronea di pericoli futuri. E, solitamente, provoca una notevole sofferenza psicologica.

Il malato ha paura del ricovero ospedaliero, di come si evolverà il suo futuro, del dolore e nei casi più gravi della morte. E questa s'intensifica di fronte alla solitudine o all'incertezza. Anche una comunicazione imprecisa o evasiva accresce la paura, generando ansia e angoscia, che svuotano la persona delle energie necessarie per affrontare la malattia.

## DEPRESSIONE

E' uno stato psicologico che contraddistingue l'incertezza per il futuro e la sfiducia in se stessi. E' l'effetto e la conseguenza di avvenimenti negativi eccezionali e improvvisi.

Nel malato è presente quando costata l'aggravamento della sua patologia nonostante le terapie dolorose cui è sottoposto o intravede implicanze invalidanti per il suo futuro esistenziale, sociale e professionale.

La depressione si manifesta mediante l'appiattimento delle emozioni, l'indifferenza nei riguardi della cura, la rinuncia a lottare per la guarigione, la chiusura nell'isolamento, i sensi di colpa. In questo modo è facile distruggersi e annullarsi.

## REGRESSIONE

E' una reazione comune presente in tutte le situazioni morbose, dal banale raffreddore alla malattia cronica o terminale.

Con la regressione si lancia un messaggio: "la malattia mi ha reso più fragile, occupatevi di me con tenerezza". Con questo atteggiamento si comunica la difficoltà a fronteggiare la nuova situazione, perciò si riprendono dei comportamenti già collaudati, tipici di età precedenti.

Espressioni della regressione sono l'accentuarsi dell'egocentrismo, la possessività e la gelosia, la riduzione dei propri interessi, il rapporto di dipendenza con operatori sanitari, familiari e volontari.

## AGRESSIVITÀ

E' un comportamento devastante che si assume per danneggiare o distruggere l'altro.

Il malato, abbattuto e avvilito, il più delle volte incoscientemente, proietta all'esterno la sua collera colpevolizzando gli operatori sanitari e i familiari di superficialità, di disinteresse e d'incapacità.

Questo atteggiamento lo rende odioso, ma è opportuno rammentare che pur colpendo i bersagli più immediati non ha nessuna relazione con l'attacco personale. Di conseguenza, i malati più fastidiosi, polemici, refrattari, quelli che comunemente definiamo "rompi scatole", richiedono attenzioni maggiori.

## NEGAZIONE

La negazione è il rifiuto ad ammettere l'evidenza.

Alcuni malati affetti da patologie gravi, invalidanti, croniche e oncologiche, ormai



prossimi alla morte, tendono a minimizzare e a negare parzialmente o totalmente la realtà.

Di fronte a questo meccanismo di difesa il comportamento richiesto è il rispetto di questa scelta.

### **3. Le aspettative del malato; cosa chiede al volontario?**

Il malato necessita di chi lo curi, lo riabiliti o diminuisca il suo dolore; ma questo è insufficiente poiché potrebbe organicamente essere privo di dolori ma sofferente psicologicamente e spiritualmente. Qui inizia il compito del volontario!

Accanto all' "essere curato" a livello clinico o riabilitato è presente nel malato la necessità di "essere preso in carico" da persone che lo accolgano, lo accompagnino e lo amino.

Con la sua presenza, il volontario, non risponde ad un bisogno medico, infermieristico, psicologico e sociale a cui sono deputate altre figure, ma ad una esigenza essenziale cui si presta poca attenzione: trovare dei significati di fronte alla profonda disgregazione provocata dalla malattia soprattutto se grave, invalidante o con prognosi infausta ed essere accompagnato con amore. È fondamentale quindi evitare di accostare il malato dandogli l' impressione che "si prova pena" poiché soffre. La pena non è un sentimento; disturba, infastidisce e rischia di provocare del male doppiamente. Si offre il servizio con uno stato d'animo sbagliato e se il sofferente lo avverte, si trova particolarmente a disagio e in una solitudine ancora maggiore.

Da questa premessa si comprende che il malato attende dal volontario un aiuto nella ricerca del significato all'evento malattia e un messaggio di speranza.

#### **3.1. L'ATTESA DI SENSO E DI SIGNIFICATO**

La medicina oggi, come affermato in precedenza, "conosce quasi tutto" sul "come": come si nasce, come si vive, come si muore...; ma questa onniscienza sul "come" ha fatto dimenticare il "dove": dove si nasce, dove si vive, dove si muore e soprattutto il "perché".

Di fronte alla malattia e alla disabilità, la domanda più esigente è quella sul "perché", cioè sul senso e sul significato di quanto sta accadendo.

La risposta a questo interrogativo si formula mediante un rapporto interpersonale, fondato sull'autentica solidarietà, che permetta la risposta ai "perché" mediante una graduale riappropriazione dell'evento morboso. Solo così la malattia e l'invalidità si trasformeranno in "fatto esistenziale", poiché cesseranno di essere elementi esterni per divenire eventi interiori. Di conseguenza, la loro evoluzione, sia verso la salute che incontro alla morte, illumineranno la problematica esistenziale.

La sofferenza è sempre una "crisi" che può assumere un doppio significato: quello di opportunità e quello di pericolo. Da come è vissuta si trasforma in una esperienza positiva o negativa; cioè favorisce un processo di maturazione dell'uomo o, viceversa, può condurlo alla disperazione. Il contributo del volontario deve dirigersi verso il primo obiettivo.

### 3.2. L'ATTESA DI SPERANZA

La speranza, cioè l'attesa fiduciosa di un evento gradito o favorevole che possa liberare il malato dall'angoscia e dalla disperazione, è il sentimento che maggiormente sostiene il bisognoso d'aiuto nel periodo della malattia. Per questo, ogni figura professionale presente in ambito sociosanitario, compreso il volontario, deve divenire portatore di speranza.

Oggi sperare è più difficile che nel passato, essendo l'uomo proteso alla ricerca dell'avere, al conseguimento del successo, impegnato nell'accumulare privilegi e benefici; come se il possesso fosse una forma di assicurazione, per cui la riflessione sull'essere e, in ultima analisi, sulla speranza è limitata ad occasioni sporadiche e a gruppi elitari. H. Schlier, esegeta, così descrive, gli effetti della diminuzione della speranza: "Dove la vita umana non è protesa verso Dio, dove non è impegnata al Suo appello, ci si sforza invano di superare la spossatezza, la vacuità, la tristezza che nascono da tale mancanza di speranza. La persona senza speranza soffre e lo manifesta attraverso dei sintomi, quali la loquacità in discorsi vuoti, l'esigere costantemente una discussione, la curiosità insaziabile e sbrigativa, la dispersione nella molteplicità e nell'arruffo, l'inquietudine interiore ed esteriore, le varie forme di nevrosi, l'instabilità decisionale, il rincorrere nuove sensazioni"<sup>5</sup>. Ma sperare, ci ricorda C. Péguy, "è dolce, più dolce che credere, più dolce che sapere. La certezza ti appaga, la fede ti illumina, ma la speranza ti incanta. La speranza tiene sospesa l'anima sopra un filo d'argento che si perde nei segreti spazi del cielo. La speranza è l'attesa trepidante del buon seminatore, è l'ansia di chi si candida all'eterno. La speranza è l'infinita dell'amore"<sup>6</sup>.

Il volontario, portatore di speranza, può seguire due prospettive: una umana ed una spirituale.

Quella umana si esprime nell'ottimismo, nella capacità di pensare in positivo, nell'evidenziare ed apprezzare i piccoli risultati raggiunti giorno dopo giorno ed è senz'altro alla portata di tutti.

Per quanto riguarda l'ambito spirituale, la speranza è particolarmente importante nella dottrina cattolica, dove è intesa come certezza nella vita che va oltre il contingente e nell'escatologia. Questa visione offre alla vita, al dolore e alla sofferenza nuovi orientamenti. Per questa prospettiva ognuno può contare unicamente su ciò che vive e in cui realmente crede.

---

<sup>5</sup> H. SCHLIER, *Il tempo della Chiesa*, EDB, Bologna 1985, pg. 176.

<sup>6</sup> C. PÉGUY, *Il portico del mistero della Seconda Virtù*, Cerf, Parigi 1958, pg. 99.