

CAP. 4 – LA FRAGILITA'

SCHEMA DEL CAPITOLO

1. La fragilità
2. Bambini e minori
3. Malati tumorali terminali
4. Malati di patologie neurodegenerative
5. Portatori d'handicap
6. Il disagio mentale
7. Anziani
8. Malati d'AIDS
9. Tossicodipendenti
10. Immigrati
11. Le famiglie dei malati
12. Assistenza domiciliare

1. La Fragilità

Ogni uomo è fragile poiché è mortale. Ma oltre la morte, punto di arrivo di ogni esistenza, tutti viviamo qualche forma di fragilità.

Alcuni, poi, portano in sé delle fragilità gravose dovute alle sofferenze e alle ferite fisiche, psichiche, sociali e spirituali inferte dalla vita, che non riguardano però unicamente la malattia, ma vanno dalla povertà all'emarginazione, dalla perdita di lavoro all'ipoteca sulla casa... Quindi povertà diversificate, situazioni di fronte alle quali si è impotenti essendo difficili da gestire. Perciò, questi "invisibili", in continuo aumento, chiedono al volontario sostegno, incoraggiamento, consolazione e speranza, soprattutto oggi nel contesto di "una cultura" che papa Francesco più volte ha definito "dello scarto" dato che tende ad una sempre maggiore marginalizzazione dei vari "bisognosi d'aiuto". E chi sperimenta la marginalità può giungere anche alla perdita di senso e di ragioni di vita.

Dopo aver esaminato nel capitolo precedente il malato ricoverato in ospedale, ora fermeremo la nostra attenzione su alcune categorie di "fragili" antichi e nuovi, risultati anche della crisi economica che ha investito la nostra società che il sociologo Z. Bauman definisce "liquida". Vogliamo conoscerli meglio e suggerire in modo sintetico alcuni atteggiamenti che il volontario può assumere per non fuggire di fronte ai vari limiti.

Al volontario cristiano ricordiamo inoltre l'ammonimento di san Giacomo apostolo: "Se un fratello o una sorella sono senza vestiti e sprovvisti del cibo quotidiano e uno di voi dice loro: 'Andatevene in pace riscaldatevi e saziatevi', ma non date loro il necessario per il corpo, a che cosa serve?"¹.

¹ LETTERA DI SAN GIACOMO APOSTOLO, 2,15-16.

2. Bambini e Minori

Anche oggi, sia nei Paesi industrializzati che in quelli in via di sviluppo, i minori soffrono e sono vittime di violenze spesso brutali. A loro sono negati l'istruzione, l'appoggio familiare, l'integrazione sociale che li possono portare al disadattamento, all'emarginazione e alla devianza.

Chi è il minore?

“Colui che si trova in una situazione cronologica, evolutiva e biografica tali per cui gli sono dovuti delle protezioni e dei servizi che gli rendono effettivamente possibile l'esercizio del fondamentale diritto a crescere in funzione del suo sviluppo individuale e sociale”².

Inchieste Unicef mostrano minori-soldato: milioni di bambini e minori, in almeno trenta Paesi, combattono nelle formazioni di guerriglia. Troviamo poi i bambini-lavoratori: più di 250 milioni tra i 5 e i 14 anni sono sfruttati da multinazionali che trasferiscono la produzione nei Paesi del Terzo Mondo essendo il costo dei lavoratori minore rispetto alle Nazioni europee essendo alto "l'utilizzo" dei minorenni. Anche l'Italia non è esente da questa piaga; infatti nella nostra "civile patria", circa 500 mila minori sono costretti a lavorare abbandonando in anticipo la scuola. Ci sono, inoltre, i minori di strada costretti a schiavitù e a sfruttamento sessuale, altri vittime del traffico di organi o corrieri della droga o manovali della delinquenza. E ogni anno dall'Europa migliaia di "turisti" si recano nei luoghi dove è praticato sesso con i minori e prostituzione infantile. Non possiamo dimenticare quelli che muoiono per denutrizione, per epidemie, per l'Aids o per malattie curabili, ma fatali, non possedendo le medicine. E da ultimo accenniamo ai minori che soffrono per le divisioni e i divorzi in aumento in tutto il mondo. Una ricerca del 1993 di B. Elshain, docente presso varie università americane e studioso del rapporto tra politica ed etica, mostra che negli Usa 3 suicidi su 4 in età adolescenziale coinvolgono ragazzini di famiglie divorziate³. La ricercatrice inglese dell'Istituto Civitas, R. O'Neill, ha rilevato che il 16 % dei bambini/adolescenti tra i 5 e 15 anni di età, che vivono in famiglie divorziate soffre di disturbi psichici, contro l'8 % dei loro coetanei che vivono con entrambi i genitori. Tali minori, inoltre, hanno una probabilità tre volte superiore di ottenere cattivi risultati a scuola e il doppio dei rischi di contrarre malattie psicosomatiche. Anche crescendo la situazione non migliora. J. Wallerstein – J.M. Lewis – S. Blakeslee hanno dimostrato in una ricerca che i figli dei divorziati soffrivano per il 50 % di depressione e fornivano prestazioni professionali non all'altezza delle loro capacità⁴. Ma anche nella famiglia, pure in Italia, i minori subiscono abusi: dal maltrattamento fisico e quello psicologico, dall'abuso sessuale alla pedofilia, dalla trascuratezza al disadattamento.

² C. SCURATI, *Il disagio minorile: introduzione*, in C. BIAGGIO – E. BORGHI, *Minori. Disagi e speranze*, Piemme, Casale Monferrato (Al), 1994, pg. 10.

³ Cfr.: L. PESENTI, *Appello laico per la famiglia*, in "Il Domenicale", 6-03-2004, pp. 1-2.

⁴ Cfr.: J. WALLERSTEIN – J.M. LEWIS – S. BLAKESLEE, *The Unexpected Legacy of Divorce*, Hyperion 2000.

Di fronte alla brutalità di queste situazioni l'indifferenza nei confronti dei "prediletti" del Signore Gesù è una grave omissione poichè il dramma di questi innocenti ci riguarda direttamente.

Tutti dobbiamo amare i bambini, creando nella famiglia un clima sereno e di affetto, vigilando di fronte ai molteplici pericoli in cui potrebbero incorrere.

Noi porremmo l'attenzione a due casi che potrebbero coinvolgere i volontari.

2.1.IL BAMBINO AMMALATO

Esamineremo il vissuto e le reazioni del bambino di tre/quattro anni⁵, anche se alcuni psicologi ritengono che la coscientizzazione della malattia e delle sue conseguenze si chiarisce verso gli undici/dodici anni⁶.

La malattia provoca nei piccoli pazienti non solo il dolore fisico ma anche una sofferenza psicologica vissuta spesso come senso di colpa per gli errori e le disubbidienze commesse.

Sperimenta, inoltre, problemi di adattamento all'ambiente, alle cure e al comportamento da assumere; esprime regressione e offuscamento della percezione del suo corpo e dell'immagine di sé.

Al volontario è chiesto di sviluppare l'aspetto relazionale con modalità e metodologie adeguate all'età; rispondendo con un linguaggio semplice alle molte domande che il bambino abitualmente rivolge, aiutandolo a vedere e controllare quello che avviene attorno a lui e anche, qualche volta, giocando insieme. Il tutto accompagnato da dolcezza e da tenerezza,

In alcuni casi drammatici il bambino si avvicina alla morte. Opponendosi alla diffusa idea di allontanare i bambini da questa tematica, sia che riguardi se stessi o parenti e amici, R. Vianello e M.L. Marin, affermano che anche i bambini, forse in modo impreciso, captano almeno in parte la realtà. "A partire dai due-tre anni, la problematica della morte non è affatto ignorata dal bambino, ma è anzi vissuta in un modo complesso e articolato. Prima del compimento dei tre anni il bambino si accorge del fenomeno, per esempio, quando manifesta stupore o compassione di fronte alla morte di un insetto o di un animale. Per quanto l'adulto non lo sospetti, egli è invitato a questa riflessione da tutta una serie di stimoli. Tra questi un posto privilegiato è affidato sicuramente alla televisione, attraverso la quale egli sente parlare di guerre, di uccisioni, di calamità naturali e alle fiabe, in cui, in modo più o meno diretto, la problematica della morte è spesso presente"⁷.

Con il trascorrere degli anni, il concetto della morte, si puntualizza anche nella sua definitività.

Un elemento da non trascurare è il coinvolgimento e lo sconvolgimento dei genitori che richiedono anch'essi attenzione.

⁵ Per conoscere le reazioni di un bambino prima dei tre/quattro anni: J. DE AJURIAGUERRA, *Manuale di psichiatria del bambino*, Masson, Milano 1987, J. DE AJURIAGUERRA – D. MARCELLI, *Psicopatologia del bambino*, Masson, Milano 1987, pp. 409-421.

⁶ Cfr.: C. PERICCHI, *Il bambino malato*, Cittadella, Assisi 1984, pg. 37.

⁷ R. VIANELLO – M.L. MARIN, *La comprensione della morte nel bambino*, Giunti-Barbera, Firenze 1986, pg. 146.

Oltre soffrire per la malattia del figlio e per l'impotenza di fronte a questa, da loro dipendono, in parte rilevante, sia le reazioni del bambino nei confronti dell'ambiente ospedaliero e della cura che il rapporto positivo o negativo che il piccolo paziente instaura con gli operatori sanitari.

2.2.MINORI IN DIFFICOLTÀ

Educare oggi i minori è un'impresa ardua per molteplici motivi tra cui la profonda crisi che investe la famiglia, il luogo fisiologico per la crescita, e per l'affievolimento dei legami parentali, oltre che per l'insicurezza e la precarietà che attraversa la nostra società. Inoltre, vari fattori esterni, da quelli scolastici a quelli dei gruppi di frequentazione, influenzano la crescita ed il comportamento dei minori in questa difficile fase della vita come ricordava F. Neresini e C. Ranci: "Il progressivo, quotidiano accumularsi di una fatica di vivere spesso bel celata all'esterno, ma sempre più difficile da sopportare (...) è un fattore di accelerazione verso l'assunzione di comportamenti devianti e dei processi di emarginazione"⁸.

In alcuni casi, i rapporti con i genitori e la società, degenerano pericolosamente, per questo l'adolescente è affidato ad apposite strutture rieducative e a centri sociali dove operano anche i volontari.

La maggioranza di questi adolescenti portano nelle loro esperienze vitali un notevole bagaglio di sofferenze, di emarginazione e di violenze subite per questo avvertono un intenso desiderio di dialogo e di comprensione per sentirsi rivalutati. Di conseguenza, è fondamentale superare i retorici discorsi di colpevolizzazione degli stessi, della famiglia o della società, poichè in quel momento, stanno espiando gli errori da loro forse commessi materialmente, ma la cui responsabilità morale può essere di altri.

Gli sbagli perpetrati suscitano sentimenti di fallimento e sensazioni d'impotenza; perciò va valorizzata la loro dignità di esseri umani, infondendo fiducia e mostrando il positivo che senz'altro posseggono..

Serve ricordargli, che al di là delle devianze, hanno delle potenzialità da risvegliare, superando le demotivazioni, potendo sempre ricominciare, dato che il periodo del fallimento può essere transitorio.

E opportuno stimolare l'analisi critica della realtà; infatti, la devianza, il più delle volte, è sintomatica di un'incapacità ad adeguarsi in modo personale e critico ai ritmi dettati dal contesto societario. "Essere critici" nei confronti della realtà significa accettare la vita nei suoi aspetti positivi e negativi, impegnarsi per cambiarla, divenendo obiettivi e non accettando nulla a "scatola chiusa".

Questa visione della realtà a un ragazzo che bigia la scuola, o fa uso degli spinelli, o compie piccoli furti, o si ferma in un bar consumando superalcolici in notevole quantità, o è dipendente dalle slot machine, è riabilitativa e terapeutica, avvertendo il calore umano di persone che si prendono cura di lui, lo comprendono e intravedono in lui delle potenzialità.

⁸ F. NERESINI – C. RANCI, *Disagio giovanile e politiche sociali*, Carrocci, Firenze 1992, pg. 31.

3. Malati tumorali terminali

3.1. INGUARIBILE MA NON INCURABILE

Quando discutiamo di un ammalato o “guaribile” o “inguaribile” trattiamo sempre di una “persona”. E’ questo un concetto importante da ribadire, soprattutto oggi, poiché anche se tutti concordano che l’uomo è il centro del creato e il soggetto primario dell’universo, le visioni si diversificano approfondendo il principio.

Per il cristianesimo ogni uomo è immagine di Dio, unità di corpo, di psiche e di spirito, detentore di dignità e di diritti, sempre meritevole di rispetto dal concepimento alla morte naturale, indipendentemente dall’età, dalla condizione sociale, dalla razza e dalla religione e quindi anche dal fatto che possa essere guaribile o meno.

Per altri, la dignità dell’uomo, è limitata ad alcuni aspetti e a determinate situazioni; perciò si chiedono: chi è persona? A chi si deve attribuire la qualità di uomo e, quindi, a chi è dovuto il rispetto che dovremmo alla persona? Ad esempio, un bioeticista, H.T. Engelhardt ha affermato che “non tutti gli esseri umani sono persone. I feti, gli infanti, i ritardati mentali gravi e coloro che sono in coma senza speranze costituiscono esempi di non persone. Tali entità sono membri unicamente della specie umana. Perché? Perché non hanno uno status, in sé e per sé, nella comunità morale. Non sono partecipanti primari all’impresa morale”⁹. Oppure, P. Singer, docente di etica all’Università di Princeton propone la liceità dell’infanticidio dei bambini handicappati; provvedimento indispensabile nella logica del rapporto tra costi e benefici, tanto da ritenere ragionevole l’ipotesi di negare le cure ai neonati gravemente disabili¹⁰.

Il volontario deve immedesimare, riferirsi e diffondere quel modello culturale che mostra il valore “trascendente” ed “intangibile” dell’uomo descritto nel personalismo di E. Mounier e nell’umanesimo di J. Maritain. Di conseguenza, vari malati saranno “inguaribili” ma nessuno “incurabile”.

E’ questa un’osservazione importante, anzi decisiva nella scelta di un servizio di solidarietà, poiché eliminata questa consapevolezza non esiste ragione per investire energie nel volontariato.

3.2. LA PSICOLOGIA DEL MALATO ONCOLOGICO TERMINALE

“Inguaribile ma non incurabile”, è un concetto da applicarsi primariamente in oncologia.

Il cancro rappresenta la seconda causa di morte dopo le malattie cardiovascolari, e in molti casi provoca sintomi di difficile controllo, soprattutto

⁹ H.T. ENGELHARDT, *The foundations of Bioethics*, Oxford University Press, New York 1986, pg. 126.

¹⁰ “Se un bambino nasce con una massiccia emorragia cerebrale significa che resterà così gravemente disabile che in caso di sopravvivenza non sarà mai in grado nemmeno di riconoscere sua madre, non sarà in grado di interagire con nessun altro essere umano, se ne starà semplicemente sdraiato lì sul letto e potrà essere nutrito, ma questo è quel che avverrà, i dottori staccheranno il respiratore che tiene in vita il bambino. Non so se essi siano influenzati dalla necessità di ridurre i costi. Probabilmente sono influenzati semplicemente dal fatto che per i genitori quello sarà un fardello terribile, e per il figlio non ci sarà alcuna qualità della vita. Quindi stiamo già compiendo dei passi che portano alla terminazione consapevole e intenzionale della vita dei bambini gravemente disabili” (da una intervista Aaron Klein)..

quando è superata la fase di guaribilità. Inoltre, la maggioranza dei pazienti che non hanno avuto giovamento dalla chemioterapia o dalle terapie radianti sono dimessi dalle strutture di ricovero, e per la carenza di posti letti negli hospice, oppure per l'insufficienza delle équipes di assistenza domiciliari, devono vivere nelle loro abitazioni, spesso allettati, con l'unico aiuto, quando è presente, di qualche familiare.

La situazione psicologica dei malati terminali fu studiata da E. Kubler Ross, conducendo una ricerca riportata nel testo "La morte e il morire"¹¹.

Nello studio sono delineate cinque fasi psicologiche che generalmente percorrono questa tipologia di malati, sia pure con modalità soggettive diversificate: la negazione, la ribellione, il patteggiamento, la depressione e l'accettazione. Anche se si tratta di uno "schema di massima", ha una notevole validità, poiché scaturì dal contatto diretto con oltre duecento malati affetti da questa patologia.

"La negazione" è la prima reazione del paziente quando gli viene comunicato di "avere un tumore". Spesso, però, non accetta questa "verità". Lo fa, ad esempio, interpretando a suo favore alcuni indizi: il sentirsi ancora bene, la possibilità che il medico si sia sbagliato, il mancato riscontro di casi analoghi in famiglia...

Ma, di fronte al peggioramento delle condizioni fisiche, il malato si accorge della veridicità della realtà comunicata. Di conseguenza, subentra in lui, una "profonda ribellione" che manifesta solitamente con atteggiamenti irati nei confronti dei familiari, degli operatori sanitari e anche dei volontari. Pure Dio non è escluso dagli atteggiamenti di collera.

In questo momento è fondamentale il supporto di chi lo circonda e la ribellione si trasforma, il più delle volte, in patteggiamento.

Nella fase di "patteggiamento" il malato ricerca un compromesso con la verità. Tenta di "scendere a patti" con la sua patologia e anche con Dio, ad esempio, chiedendo una dilazione di tempo che gli permetta di realizzare alcuni obiettivi e concludere alcuni progetti.

Ma, nonostante l'impegno profuso, la patologia galoppa inarrestabilmente. Si fa spazio, allora, "la depressione" che può condurre alla disperazione. Anche in questa fase sono fondamentali alcuni atteggiamenti di chi lo assiste, compreso il volontario. Il conforto nella ricerca dei significati della malattia e il supporto per affrontarla con dignità, poichè, mentre i dolori fisici sono efficacemente sedati, resta terribile la sofferenza psicologica nel presagire l'approssimarsi della fine. È importante "lasciare parlare il malato" non solo di quello che sta lasciando, ma di quello che attende, del dopo morte, prestandogli ascolto e attendendo con lui. Solo così, questo sofferente, potrà compiere il processo di distacco e di adattamento alla nuova situazione che la psicologia del profondo chiama "elaborazione del lutto".

Scrivendo E. Kubler Ross: "Se molti non arrivano a morire placati ma se ne vanno in collera e in rivolta, ciò lo si deve anche al personale ospedaliero e ai familiari per il loro atteggiamento di nevrotica negazione della realtà"¹².

¹¹ Cfr.: E. KUBLER ROSS, *La morte e il morire*, Cittadella, Assisi 2005.

¹² *La morte e il morire*, op. cit., pg. 154.

Il quinto atteggiamento è "l'accettazione", decisione con cui il malato si riconcilia con la verità e si rassegna di fronte alla sconfitta. Un momento, questo, che può assumere vari risvolti; possiamo incontrare credenti che pur rassegnandosi, non riescono a motivare la loro morte, e quindi non sono disposti a viverla nello spirito di una fede che hanno sempre professato; oppure esserci persone che hanno praticato poco una religione ma tuttavia, si accostano al termine della vita con grande dignità e serenità. In questa ultima tappa anche l'approccio terapeutico deve totalmente modificarsi, poiché "il tutto" è già stato tentato. Di conseguenza, l'obiettivo primario, consiste nel migliorare qualità di vita del malato, procurandogli il massimo sollievo dal dolore.

3.3.COME LA PARABOLA DEL BUON SAMARITANO

Molto suggestiva e ricca d'insegnamenti anche per il volontario è questa parafrasi della parabola del buon samaritano¹³.

"Un uomo scendeva da Gerusalemme a Gerico ... dalla culla alla tomba... Era già giunto all'ultima tappa prima della fine del viaggio. Giaceva in ospedale, con un cuore definitivamente scassato, un cancro metastatizzato e i reni bloccati: in una parola, era un 'malato terminale'.

'Passò il medico': vide un caso interessante da cui imparare molto; un contributo notevole al progresso della scienza. Mise a punto un accurato programma di ricerca e non trascurò nessun dettaglio della malattia come risulta dall'articolo pubblicato nella rivista della sua specialità.

E passò oltre, tranquillo in coscienza!

'Passò l'équipe medica' efficientissima: fecero di tutto con i bisturi, i farmaci e le radiazioni, riuscendo a 'farlo vivere' un paio di mesi oltre la media statistica degli affetti da quella patologia.

Non parlarono mai al malato della prognosi e delle strategie terapeutiche cui lo sottoponevano, ma fecero veramente 'tutto il possibile': lo dissero anche ai parenti quando li incrociavano fuggevolmente nel corridoio, dopo che il malato era diventato improvvisamente 'un morto', senza essere mai stato riconosciuto come morente.

E passarono oltre, tranquilli in coscienza!

'Passò il cappellano dell'ospedale'. Gli fece un discorsetto sulla volontà di Dio, la rassegnazione e l'espiazione dei peccati; ascoltò la sua confessione e gli portò la comunione, in attesa di somministrargli l'ultimo sacramento, 'l'estremo', quando avrebbe perso coscienza.

E passò oltre, tranquillo in coscienza!

'Passarono i famigliari' che circondavano il malato, forse anche troppo; ma appena il congiunto esternava i suoi sentimenti, timori, apprensioni..., subito 'si chiudevano a riccio'. Cambiando discorso proponevano altri argomenti, anche banali. Pensavano che il parente si fosse del tutto 'rincitrullito' e non comprendesse la gravità della situazione.

Di fronte a queste congiure, al povero degente non rimaneva altro che indossare una maschera e continuare il teatro.

¹³ S. SPINSANTI (a cura di), *Nascere, amare, morire*, Paoline, Cinisello Balsamo (Mi) 1989, pp. 8-9.

Questa presenza non confortava; ma anch'essi passarono oltre, tranquilli in coscienza!

Lavorava nel reparto anche una un'infermiera.

Somministrava le terapie, misurava la temperatura, serviva il pranzo ed aiutava il malato ad alimentarsi. Ma riteneva suo dovere anche non sfuggire gli sguardi carichi di domande del malato, ascoltarlo, permettergli di esprimere la sua angoscia, alleviandogli i malesseri grandi o piccoli.

Gli offriva di più delle semplici cure: 'si prendeva cura di lui'. E 'perdeva tempo' anche ad ascoltare i familiari.

Quando l'agonia si concluse, lei le era accanto ad umidirgli le labbra, ad asciugargli il sudore, a tenergli la mano.

'Chi di loro, secondo te, si è comportato come prossimo per quell'uomo che era caduto nell'anticamera della morte?'. 'Quello che ha avuto compassione di lui'.

'Va' e anche tu fatti suo prossimo!' ".

4. Malati di patologie neurodegenerative

Le malattie neurodegenerative sono le patologie del sistema nervoso centrale causate dal processo cronico di morte cellulare dei neuroni.

Le più comuni sono: la malattia di Alzheimer¹⁴, la malattia di Parkinson¹⁵, la malattia di Huntington¹⁶, la sclerosi laterale amiotrofica (SLA)¹⁷,

¹⁴ "La malattia di Alzheimer è una sindrome a decorso cronico e progressivo che colpisce circa il 5% della popolazione al di sopra dei 65 anni. Rappresenta la causa più comune di demenza nella popolazione anziana dei paesi occidentali. (...) La malattia evolve quindi attraverso un processo degenerativo che distrugge lentamente e progressivamente le cellule del cervello e provoca un deterioramento irreversibile di tutte le funzioni cognitive superiori, come la memoria, il ragionamento e il linguaggio, fino a compromettere l'autonomia funzionale e la capacità di compiere le normali attività quotidiane" (http://www.centroalzheimer.org/sito/alzh_cosae.php).

¹⁵ "La malattia di Parkinson, consiste in un disturbo del sistema nervoso centrale, causato dalla degenerazione di alcuni neuroni, predisposti alla produzione di un neurotrasmettitore chiamato dopamina, situati nella parte del cervello denominata sostanza nera. La dopamina è responsabile dell'attivazione del circuito che controlla il movimento e quando vengono a mancare una quantità elevata di neuroni dopaminergici viene a mancare una corretta e adeguata stimolazione dei recettori, situati nella zona del cervello detta striato, con conseguente disturbo del sistema motorio. (...) Tra i primi sintomi, e tra i più noti, di questa malattia troviamo il tremore. Altri sintomi caratteristici che si rilevano nei pazienti sono rigidità e lentezza dei movimenti. Inoltre posso comparire, subito o in momenti successivi, disturbi dell'equilibrio, atteggiamento curvo e impaccio nell'andatura". (www.osservatoriomalattierare.it/malattia-di-parkinson-che-cose).

¹⁶ "La malattia di Huntington (HD) è una patologia rara, di tipo ereditario e degenerativo, che causa movimenti continui e scoordinati, disturbi cognitivi e del comportamento il cui esordio avviene intorno ai 40-50 anni" (<http://www.osservatoriomalattierare.it/malattia-di-huntington>).

¹⁷ "Il paziente affetto da SLA soffre di una degenerazione progressiva del motoneurone centrale e periferico, con un decorso del tutto imprevedibile e differente da soggetto a soggetto, con esiti disastrosi per la qualità di vita oltre che sulla sua sopravvivenza. Le conseguenze di questa malattia sono la perdita progressiva e irreversibile della normale capacità di deglutizione (disfagia), dell'articolazione della parola (disartria) e del controllo dei muscoli scheletrici, con una paralisi che può avere un'estensione variabile, fino ad arrivare alla compromissione dei muscoli respiratori, quindi alla necessità di ventilazione assistita e in seguito alla morte" (http://www.assisla.it/La_SLA.htm#Introduzione).

la paralisi sopranucleare progressiva¹⁸, la demenza frontotemporale¹⁹, la demenza da corpi di Lewy²⁰, la Malattia di Creutzfeldt-Jakob (MCJ)²¹.

Queste patologie provocano il deterioramento neuronale che comporta deficit cognitivi, demenza, alterazioni motorie, disturbi comportamentali e psicologici. Per il momento, per la maggior parte di queste malattie non esistono terapie risolutive.

4.1. LA STORIA DI UNA MALATA DI SLA E IL RAPPORTO CON I VOLONTARI.

“Gisella, quarantotto anni, vive con il secondo marito Sergio e quattro figli; è malata da cinque anni di S.L.A.

Gisella ha iniziato ad avere difficoltà nel camminare; in seguito e gradualmente si è indebolita tutta la sua muscolatura, finché si è ritrovata costretta alla carrozzina e poi a letto immobile. Le crescenti difficoltà respiratorie l'hanno portata a ricorrere alla ventilazione non invasiva, con una maschera sul viso, dapprima soprattutto nelle ore notturne, poi sempre più spesso anche di giorno. Infine, si è dovuto ricorrere alla tracheotomia, con il suo consenso, quindi al supporto continuo con un ventilatore meccanico da cui dipende per vivere.

Ora Gisella non può più scambiare nemmeno qualche parola con i suoi cari, i quali stanno imparando a comunicare con lei attraverso una lavagnetta trasparente su cui stanno in ordine le lettere dell'alfabeto che Gisella indica faticosamente con lo sguardo. Il medico di medicina generale visita periodicamente la sua paziente e il suo intervento è integrato da quello di un infermiere dell'assistenza domiciliare.

I figli adolescenti vedono volentieri l'avvicinarsi dei volontari che li fanno sentire autorizzati ad uscire con gli amici. Le figlie, quasi trentenni, garantiscono l'assistenza in momenti di particolare necessità. L'incarico di svolgere i numerosi e impegnativi compiti di accudimento continuo, soprattutto di

¹⁸ “La paralisi sopranucleare progressiva (PSP) è una malattia rara neurodegenerativa a esordio tardivo con paralisi sopranucleare dello sguardo, instabilità posturale, rigidità progressiva e demenza moderata” (http://www.orpha.net/consor/cgi-bin/OC_Exp.php?Lng=IT&Expert=683).

¹⁹ “La demenza Fronto-temporale è la più frequente causa di demenza presenile, l'età media di insorgenza è di circa 52 anni; è rara, talora determinata da fattori genetici. è caratterizzata da un precoce **disturbo** delle funzioni esecutive, definite come capacità di pianificare, organizzare e regolare un comportamento mirato a raggiungere un obiettivo, disturbi del ragionamento e del linguaggio in assenza di gravi disturbi di memoria. La persona diventa disinibita nel linguaggio e nei comportamenti manifestando condotte socialmente inappropriate, iperoralità, comportamenti ossessivo compulsivi, apatia, irritabilità, depressione, giocosità, euforia, deliri, difficoltà di critica e giudizio, comportamento motorio anomalo” (http://www.riabilitazione-neuropsicologica.it/disturbi_cognitivi/demenza/le_forme_di_demenza/degenerazione_fronto-temporale.html).

²⁰ “La demenza da corpi di Lewy, è il secondo tipo più comune di demenza progressiva, dopo la malattia di Alzheimer, che provoca un progressivo declino delle capacità mentali” (<http://www.informazionimediche.com/2012/07/demenza-da-corpi-di-lewy-sintomi-cause-diagnosi-e-cure.html>).

²¹ “La malattia di Creutzfeldt-Jakob, della quale è nota soprattutto una variante detta morbo della mucca pazza, è una grave patologia neurodegenerativa, rara, che può essere letale. (...)I sintomi di questa terribile variante della CJD sono disturbi sensoriali, dolori generalizzati, perdita della memoria, mutismo, demenza” (<http://scienzaesalute.blogosfere.it/post/534128/la-malattia-di-creutzfeldt-jakob-cause-tipologie-e-sintomi>).

comunicazione, aspirazione delle secrezioni tracheali, di mobilitazione dal letto, di nutrizione e d'igiene è demandato a una badante. Nei tempi di riposo di questa, Sergio è l'infermiere della sua compagna: le sere e le notti, i sabati e le domeniche sono impegnati per lei.

Gisella è cristiana, ha sempre coltivato la sua fede religiosa anche mediante attività di servizio nella sua parrocchia. Nella comunità parrocchiale la storia di Gisella ha commosso molti che cercano di sostenere Sergio e i ragazzi come volontari in vari modi, con delicatezza. Gisella stessa con i suoi semplici messaggi a volte vorrebbe incoraggiare chi la circonda. A volte invece è difficile capire cosa pensa e desidera, quando tende a chiudersi e a lasciarsi andare²².

5. Portatori d'handicap

5.1. ALCUNE INFORMAZIONI

“L'handicap è il rivelatore del grado di civiltà della società, così come lo sono i bambini, le donne e i vecchi”²³.

Eppure, la loro presenza, nella società registra ancora dei momenti bui, e il ventesimo secolo ha annotato abominevoli soprusi, non solo da parte del nazismo con la somministrazioni di medicinali letali, con la manipolazioni del sistema genetico, con esportazione di organi e interventi chirurgici sul cervello. Atti eticamente discutibili sono stati compiuti anche negli anni sessanta e settanta in Svezia e in Francia. “Per più di 15 anni handicappati mentali e down sono stati sterilizzati in ospedali pubblici in Svezia. Qualcosa di simile è accaduto in Francia - lo riportò anche Le Monde - in ospedali sia pubblici che privati. Purtroppo la società identifica il proprio handicap nell'handicappato”²⁴.

In Italia, dove i disabili sono 2.615.000 dai 6 anni in su e 43.600 da 0 a 5 anni, un dato che equivale al 4,98% della popolazione, coinvolgendo il 5% delle famiglie, è in corso un processo per passare dalla segregazione all'integrazione, favorendo pari opportunità ed inclusione sociale.

Significativi, fra l'altro, nel 1975 l'abolizione delle "scuole speciali" e l'istituzione delle "classi differenziate", la "legge quadro" sull'handicap nel 1992, la normativa contro le barriere architettoniche... anche se, ovviamente, rimane ancora molta strada da percorrere, soprattutto a “livello culturale” per creare mentalità aperte e prive di pregiudizi che portino all'integrazione totale anche nel contesto lavorativo.

Molti genitori, pur vivendo con eroismo il sacrificio di assistere in casa, per tutta la vita, il figlio affetto da handicap, tormentati dall' incubo dell'invecchiamento e dal pensiero di chi lo curerà dopo la loro morte, ritengono ancora questa menomazione un elemento di vergogna per cui cedono alla tentazione di nascondere, sobbarcandosi il peso dell'assistenza, senza chiedere aiuto o sollecitare solidarietà.

²²Dal materiale predisposto dall'Ufficio per la pastorale della salute della diocesi di Milano per la Giornata Mondiale del Malato 2012.

²³ A. CANEVARI – A. GOUSSOT, *La difficile storia degli handicappati*, Carocci, Milano 1999, pg. 69.

²⁴ *La difficile storia degli handicappati*, op. cit., pg. 146.

5.2.IL COMPITO DEL VOLONTARIO

Il volontario non può unicamente tollerare “il diverso”, essendo questa la base di ogni convivenza civile, oppure osservarlo con pietà e con commiserazione ma deve comprenderlo ed accompagnarlo, avvicinando la sua verità e la sua vita, lasciandogli piena scelta decisionale. Il volontario, quindi, si deve porre accanto al portatore d’handicap con rispetto e chiedergli: “Che cosa vuoi che io faccia per te?”. Solo così dimostrerà di aver accettato la diversità dell’altro che accoglierà questo aiuto nella lotta quotidiana.

È doveroso, inoltre, sottolineare l’importanza della solidarietà con i genitori anche nel periodo della gravidanza e della nascita, poiché ogni giorno ottomila bambini nascono con forme di disabilità. La nascita del figlio che dovrebbe rappresentare per i futuri papà e mamma un momento di gioia, può trasformarsi, per i timori espressi dal medico, in un periodo di crisi profonda che potrebbe indurre la donna anche all’interruzione della gravidanza.

Una testimonianza:

“La nostra terza figlia è affetta dalla sindrome di Down, e dal momento in cui è nata, la nostra vita è cambiata profondamente sia sul piano sociale che su quello affettivo-sentimentale.

Quali difficoltà abbiamo dovuto affrontare?

L’impreparazione: quando nasce un figlio ‘diversamente abile’ si è completamente impreparati; si sa che capita, ma si pensa sempre che interessi gli altri.

La completa ignoranza sulla malattia: non avevamo la minima idea su cosa comportasse l’essere down.

Gli aiuti sono stati pochi e rapidi: presto ci siamo ritrovati da soli, con l’indirizzo e il numero di telefono di un’associazione.

Per noi la vita è cambia totalmente, e dopo un certo numero di anni, possiamo affermare che è cambiata ‘in meglio’. La nostra bimba, oggi ormai cresciuta, si è rivelata un dono di Dio e ci ha aiutato a comprendere le reali priorità della vita. Ci riempie inoltre con l’affetto, e spesso non ci accorgiamo delle sue differenze. Ma non per tutti è così!”²⁵.

La conclusione la offre una giovane volontaria, Angela, che dedica ogni giovedì pomeriggio ai ragazzi con handicap. “I ragazzi ti conquistano con i loro dolci sorrisi, con l’illimitata fiducia nei loro compagni di scorribande, con i loro baci spontanei che ti regalano una dolce sensazione di gioia. Il pomeriggio trascorre, così, in un soffio. E ti dispiace, perché quelle poche ore trascorse in loro compagnia ti danno una carica speciale: ti fanno vedere i tuoi problemi un po’ meno gravosi e ti fanno dare la giusta importanza alle cose, perché, è vero, tu dai e sei molto per loro, ma soprattutto ricevi molto. E vi assicuro che alla fine della giornata ci si ritrova sereni e in pace con se stessi”²⁶.

²⁵Dal materiale predisposto dall’Ufficio per la pastorale della salute della diocesi di Milano per la Giornata Mondiale del Malato 2012.

²⁶ Testimonianza raccolta tra i partecipanti al “Progetto Tempo libero” del “Centro Santa Maria Nascente” di Milano.

6. Il disagio mentale

6.1. VASTITÀ' DEI DATI

I dati riguardanti il disagio mentale mostrano un fenomeno di proporzioni impressionanti.

Secondo le stime dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) le persone con disagio mentale, cioè che hanno avuto a che fare, almeno una volta nella vita con gravi problemi di salute psichica, raggiungono a livello mondiale il miliardo, cioè quasi un 1/5 della popolazione del pianeta. In Europa rappresentano il 27% degli adulti. In Italia oltre due milioni di cittadini.

Inoltre, non possiamo scordare, i “disagi psichici” che talora portano alla depressione, alla somatizzazione, all’ansia e al panico oltre che all’anoressia, alla bulimia e a disturbi del sonno..., e il ricorso alla consultazione psichiatrica o psicologica si è accresciuta del 10% negli ultimi 5 anni²⁷. Da evidenziare, infine, che le proiezioni future indicano un aumento proporzionale di questi disagi maggiore rispetto alle patologie cardiovascolari e tumorali²⁸. E anche i giovani, gli adolescenti e i bambini non sono esclusi da queste patologie²⁹. Ad esempio, il “disturbo borderline di personalità”, che spesso viene confuso come un tratto del carattere che porta a bruschi mutamenti d’umore è una patologia da prevenire e curare colpendo dall’1 al 3% degli adolescenti e circa il 4% dei giovani adulti³⁰.

Le modalità di sofferenza di chi accusa un disagio mentale sono assai differenti per le cause che originano questi disturbi e per la gravità dei sintomi essendo quello psichiatrico un settore variegato che va dalle insufficienze mentali alle oligofrenie, dalle nevrosi alle demenze, dagli stati di dissociazione alle schizofrenie.

6.2. CHI È IL MALATO MENTALE?

La nostra attenzione sarà rivolta alle persone che vivono un’esistenza fortemente condizionata dai disturbi psichiatrici; quei uomini e donne che definiamo “strani” per i loro atteggiamenti e comportamenti.

“L’identikit” di questi sofferenti fu egregiamente presentato da Simone Cristicchi con la canzone “Ti regalerò una rosa” che vinse il Festival di Sanremo

²⁷ Dati: Studio Eurobarometer, 2012.

²⁸ Dati presentati al “XVIII Congresso ECNP (European College of Neuropsychopharmacology) a Amsterdam (2013).

²⁹ Una recente ricerca dell’Istituto Mario Negri di Milano, condotta su un campione di 1.616.268 ragazzi ed adolescenti con meno di 18 anni, riporta che 63.550 hanno ricevuto cure per problemi psicologici, dipendenze o depressione.

³⁰ “Il disturbo borderline di personalità è un disturbo psichiatrico caratterizzato da repentini cambiamenti di umore, instabilità dei comportamenti e delle relazioni con gli altri, marcata impulsività e difficoltà ad organizzare in modo coerente i propri pensieri e comportamenti auto lesivi – spiega Roberta Rossi, psicologa e psicoterapeuta dell’Irccs san Giovanni di Dio di Brescia -. Questi elementi si rinforzano reciprocamente, generando una notevole sofferenza sia nel paziente che nei suoi familiari, spesso disperati per il protrarsi di una situazione che sovente non comprendono. L’esordio della malattia avviene in adolescenza o nella prima età adulta e può avere un impatto dirimpente sulla vita delle persone che ne sono affette, cui si aggiungono importanti implicazioni sociali ed economiche” (*Borderline, malattia fantasma che colpisce 4 su 10*, Avvenire.it 4 maggio 2015).

nel 2007. Il commovente testo fu frutto della sua esperienza di volontario in un Centro di Igiene Mentale a Roma.

“Mi chiamo Antonio e sono matto. Sono nato nel ‘54 e vivo qui da quando ero bambino. Credevo di parlare col demonio. Così mi hanno chiuso quarant’anni dentro a un manicomio (...). Io sono come un pianoforte con un tasto rotto; l’accordo dissonante di un’orchestra di ubriachi (...). Per la società dei sani siamo sempre stati spazzatura: puzza di piscio e segatura. Per loro questa è la malattia mentale e non esiste cura”³¹.

Queste persone sono accompagnate quasi totalmente dalla paura e da un disorientamento spesso incontrollabile che li portano ad assumere atteggiamenti assurdi. Ciò provoca un’angoscia immensa e una sofferenza disperata che porta qualcuno anche al pensiero del suicidio. E poi vivono una profonda solitudine poichè il più delle volte, il malato mentale, è cosciente del dramma che lo ha investito o meglio percepisce chiaramente di essere “prigioniero” di questa patologia che è un labirinto cieco dal quale è quasi impossibile uscire.

Come riassunto e conclusione di questa sintetica descrizione, riportiamo un brano del noto psichiatra E. Borgna: “Ogni paziente psicotico, risucchiato nella metamorfosi dei suoi orizzonti di significato, non può nondimeno non essere considerato come un ‘uomo uguale a noi’: anche se non è semplicemente un uomo come noi ma è anche un uomo diverso da noi: non come noi; ancorché radicalmente immerso nella ricerca angosciante e disperata di un significato a cui noi non siamo estranei. Nell’esperienza psicotica si manifesta la categoria dell’assurdo, nella quale si coglie un non senso non destituito di senso; e questo modo di essere, nelle sue antinomie e nelle sue

³¹ **TI REGALERÒ UNA ROSA**

“Ti regalerà una rosa. Una rosa rossa per dipingere ogni cosa. Una rosa per ogni tua lacrima da consolare. E una rosa per poterti amare.

Ti regalerò una rosa. Una rosa bianca come fossi la mia sposa. Una rosa bianca che ti serva per dimenticare ogni piccolo dolore.

Mi chiamo Antonio e sono matto. Sono nato nel ‘54 e vivo qui da quando ero bambino. Credevo di parlare col demonio. Così mi hanno chiuso quarant’anni dentro a un manicomio.

Ti scrivo questa lettera perché non so parlare. Perdona la calligrafia da prima elementare. E mi stupisco se provo ancora un’emozione. Ma la colpa è della mano che non smette di tremare. Io sono come un pianoforte con un tasto rotto: l’accordo dissonante di un’orchestra di ubriachi. E giorno e notte si assomigliano.

Nella poca luce che trafigge i vetri opachi me la faccio ancora sotto perché ho paura.

Per la società dei sani siamo sempre stati spazzatura, puzza di piscio e segatura. Per loro questa è malattia mentale e non esiste cura.

I matti sono punti di domanda senza frase. Migliaia di astronavi che non tornano alla base. Sono dei pupazzi stesi ad asciugare al sole. I matti sono apostoli di un Dio che non li vuole. Mi fabbrico la neve col polistirolo. La mia patologia è che son rimasto solo. Ora prendete un telescopio... misurate le distanze e guardate tra me e voi; chi è più pericoloso?

Dentro ai padiglioni ci amavamo di nascosto ritagliando un angolo che fosse solo il nostro.

Ricordo i pochi istanti in cui ci sentivamo vivi non come le cartelle cliniche stipate negli archivi. Dei miei ricordi sarai l’ultimo a sfumare. Eri come un angelo legato ad un termosifone. Nonostante tutto io ti aspetto ancora e se chiudo gli occhi sento la tua mano che mi sfiora. Mi chiamo Antonio e sto sul tetto.

Cara Margherita son vent’anni che ti aspetto. I matti siamo noi quando nessuno ci capisce. Quando pure il tuo migliore amico ti tradisce. Ti lascio questa lettera, adesso devo andare. Perdona la calligrafia da prima elementare. E ti stupisci che io provi ancora un’emozione? Sorprenditi di nuovo perché Antonio sa volare”.

contraddizioni, tematizza non solo la Gestalt psicotica, ma anche quella normale”³².

6.3.LA LEGISLAZIONE

Nel 1978 fu approvata la legge 180 “Accertamenti e trattamenti sanitari obbligatori”³³, definita anche “Legge Basaglia”.

Lo psichiatra F. Basaglia convinto che i manicomi non giovassero, progettò con altri una nuova organizzazione dell'assistenza psichiatrica che superasse la “logica manicomiale”, passando dall'internamento per ridurre la pericolosità alla cura della malattia, alla riabilitazione e all'inserimento sociale.

L'errore commesso fu quello di essersi illusi che fosse sufficiente “abbattere le porte dei manicomi” per risanare chi soffriva di patologie mentali, scordando che la cronicità non doveva essere trascurata e, nonostante le richieste del dettato legislativo, furono previste solo parzialmente “strutture di sostegno” per inserire gradualmente questi malati nel contesto societario e supportare le famiglie, spesso sconfortate da una pudica vergogna, chiuse in una solitudine senza aiuto e conforto, oppresse e travolte da problematiche cui faticavano a rispondere.

6.4.IL COMPITO DEL VOLONTARIO

Al volontario impegnato in questo settore si richiedono due tipologie di intervento: una culturale e una rivolta a questo fragile.

ASPETTO CULTURALE

Scrisse papa Benedetto XVI: “Si avverte la necessità di meglio integrare il binomio terapia appropriata e sensibilità nuova di fronte al disagio, così da permettere agli operatori del settore di andare incontro più efficacemente a quei malati ed alle famiglie, le quali da sole non sarebbero in grado di seguire adeguatamente i congiunti in difficoltà”³⁴.

Caritas Italiana nel documento “Un dolore disabitato. Sofferenza mentale e comunità cristiana” nel 2003 affermò: “(serve) un'attenzione, un'accoglienza, una cura, una cultura e una politica sanitaria e sociale più adeguata nei confronti delle persone malate di mente e delle loro famiglie”³⁵.

Dunque, sia Benedetto XVI che Caritas Italiana, hanno sottolineato l'importanza della “crescita culturale”, poichè anche oggi, ovviamente meno che nel passato, il malato mentale e il suo ambiente socio-affettivo, a volte, è ghettizzato e il binomio tra “malattia psichica” e “pericolosità sociale” è ancora diffuso.

Inoltre, i vocaboli che iniziano con il suffisso “ps”, incutono timore a seguito di una cospicua disinformazione e molti dimostrano sentimenti di diffidenza nei confronti di queste persone un po' “strane”. “Spariti i manicomi non è sparita la

³² E. BORGNA, *Malinconia*, Feltrinelli, Milano 2001, pg. 26.

³³ Cfr.: *Gazzetta Ufficiale* n. 133 del 16 maggio 1978.

³⁴ BENEDETTO XVI, *Messaggio in occasione della XVI Giornata Mondiale del Malato*, 11 febbraio 2006.

³⁵ EDB, Bologna 2003, pg. 5.

manicomialità come modo e stile di avvicinarsi e rapportarsi con l'altro"³⁶. E per incrementare il clima di sospetto periodicamente siamo informati di episodi di violenza frutto più o meno indotti di alterazione della coscienza.

Eppure, le opportunità di cura e di guarigione, sono indissolubilmente legate alle relazioni personali e all'inserimento nella comunità.

ASPETTO COMPORTAMENTALE

Quale contributo concreto può offrire il volontario a questo fragile per il suo reinserimento nella comunità civile e nella la comunità ecclesiale?

Questi malati che abitano accanto a noi e che notiamo per i loro comportamenti originali lungo la strada o nei supermercati o in chiesa, ci domandano di adottare nei loro confronti "il metodo della dolcezza", assumendo atteggiamenti positivi, superando l'irrazionale paura, mostrando disponibilità all'ascolto senza pregiudizi, aiutandoli a superare la solitudine.

Suggerisce E. Borgna: "Nelle pazienti, e nei pazienti, che precipitano nella malattia mentale si intravede una disperata richiesta di aiuto che Bleuler definisce così: 'Accettami, ti prego, per l'amore di Dio, così come sono'. Immagine e metafora, della disperazione e della speranza, della inquietudine del cuore e della nostalgia di amicizia, e di amore, che sgorgano nelle anime ferite e torturate dalla malattia e dalla sofferenza, e che trovano sola consolazione nell'essere accolte e ascoltate con attenzione, e con partecipazione emozionale"³⁷.

J. Vanier, filosofo e fondatore della comunità "Arche", dopo una vita trascorsa con i più fragili della società commentava: "Anche nella Chiesa le persone con handicap mentale non sono sempre onorate né viste come necessarie al corpo; troppo spesso sono considerate come insignificanti, oggetti di carità"³⁸ e concludeva motivando l'accoglienza che dobbiamo riservare loro: "A volte li si cura, ma senza vedere che è una grazia e una benedizione essere vicini a loro"³⁹.

7. Anziani

7.1. ANZIANI E FUTURO

Gli anziani condizioneranno sempre di più l'organizzazione della nostra società poiché l'Italia sta trasformandosi in un "Paese di vecchi".

In Italia, nel 2014, si è toccato il minimo storico di nascite: solo 514mila; 12mila in meno rispetto al 2013 che già aveva avuto una diminuzione di 6mila bebè rispetto al 2012. Un numero che impressiona maggiormente se consideriamo che nel 1964 nacquero circa il doppio dei bambini del 2014. E l'ecatombe non sembra arrestarsi, poiché dai dati dei primi mesi del 2015 rischiamo di andare sotto la soglia dell'anno precedente.

³⁶ L. ATTENASIO, *Fuori norma la diversità come valore e sapere*, Armando editore, Roma 2000, pg. 36.

³⁷ E. BORGNA, *Le intermittenze del cuore*, Feltrinelli, Milano 2003, pg. 177.

³⁸ J. VANIER, *La force de la vulnérabilité*, In *ChriIstus* 178 (2008), pg. 194.

³⁹ *La force de la vulnérabilité*, op. cit.

L'indice di natalità per donna in età fertile nel nostro Paese è del 1,27%, mentre per un corretto equilibrio della popolazione occorrerebbe una crescita minima del 2,1 %. In rapporto alle nazioni occidentali il nostro Paese ha la fecondità più bassa. E il fenomeno, iniziato negli anni '70 del secolo scorso, avrà preoccupanti ripercussioni nel futuro intergenerazionale ed economico. Dai calcoli statistici si ipotizza che nel 2020 l'indice di vecchiaia, cioè il rapporto percentuale tra le persone ultrasettantacinquenni ed i giovani sotto i quindici anni, supererà il 120%. Si comprende la gravità del dato esaminando i risultati dei censimenti passati: la percentuale del rapporto nel 1951 era del 40%, nel 1991 del 80% e nel 2001 del 91% e nel 2010 del 99%.

Mentre il secolo XX fu caratterizzato dal "baby boom" nonostante la recessione economica degli anni Trenta e la guerra mondiale, il XXI sarà distinto dall'invecchiamento della popolazione poiché lo standard prevalente delle famiglie è "il figlio unico", e ciò provocherà una catastrofe nella maggioranza delle famiglie che non riusciranno a soddisfare i bisogni che nasceranno nella stessa; pensiamo, ad esempio, alla gestione dei genitori anziani nelle famiglie mononucleari. Anche il sistema sanitario, faticherà a rispondere efficacemente alle richieste della popolazione anziana, maggiormente soggetta alla malattia e, in molti casi, affetta da polipatologie cronico-degenerative, bisognosa di farmaci, d'indagini diagnostiche e di ricoveri frequenti.

Oggi, più che mai, ritornano attuali le parole di una canzone di D. Modugno: "il vecchietto dove lo metto, dove lo metto non si sa. Mi dispiace ma non c'è posto, non c'è posto per carità" essendo gli anziani non ritenuti non una risorsa ma, il più delle volte, una zavorra.

7.2.LA PSICOLOGIA DELL'ANZIANO

Non esiste la "vecchiaia" ma le "vecchiaie", infatti gli anziani sono una categoria eterogenea essendo l'invecchiamento un fenomeno soggettivo che abbraccia un ampio arco temporale con situazioni psico-fisiche diverse..

A livello cronologico identifichiamo alcune categorie⁴⁰.

-“Giovani anziani” dai 65 a 74 anni: sono le persone in transizione tra la vita attiva e il collocamento a riposo vivendo un periodo d'adattamento. Si pensi alla crisi del pensionamento che toglie uno status sociale e una provata sicurezza economica, spalancando le porte, alcune volte, anche alla solitudine.

-“Anziani” dai 75 agli 84 anni: queste persone sono immerse nel processo d'invecchiamento. Le malattie si cronicizzano e, solitamente, diminuisce parzialmente l'indipendenza fisica.

-“Molto anziani”": sono gli uomini e le donne che hanno compiuto gli 85 anni. Limitati nelle capacità fisiche, il più delle volte sono totalmente dipendenti per le condizioni di salute che peggiorano con progressività spesso inarrestabile.

Dunque, la situazione fisica e psichica dell'anziano è alquanto variegata: da un'indipendenza totale a una completa non autosufficienza.

⁴⁰ Cfr.: COMITATO ESPERTI OMS, *La salute degli anziani*, in "Quaderni di sanità pubblica" 1991, n. 79, pg. 9.

Perciò incontriamo i “molto anziani” autosufficienti che pur soffrendo patologie particolari, non tollerano l'emarginazione ma reclamando la permanenza sulla scena sociale; altri, anche se “giovani anziani”, sono indipendenti per le “piccole attività” quotidiane ma necessitano di supporto per quelle più impegnative; infine, alcuni, con scarsa possibilità di movimento, richiedono un aiuto continuo.

Un dramma che colpisce la maggioranza degli anziani, come già accennato, è quello della solitudine e dell'isolamento, non come una scelta di vita che fecero Diogene o gli stiliti, ma conseguente alla rottura dei precedenti equilibri personali e sociali, alla morte del coniuge⁴¹ o alla perdita degli amici e dei compagni.

La solitudine è definita, da alcuni sociologi, la "peste del 2000". In Italia l'8,2%⁴² della popolazione anziana vive sola nel periodo in cui è più fragile, richiede maggiore attenzione ed è poco aperta alla speranza nel futuro. Questa può trasformarsi in disperazione e portare al suicidio; infatti, oltre un terzo dei diecimila che ogni anno lo tentano, hanno un'età superiore ai 65 anni. Ammoniva la beata madre Teresa di Calcutta: "Noi crediamo che la povertà consista solo nell'aver fame di pane, nell'essere nudi per mancanza di vestiti, nell'essere privi di un'abitazione di mattoni e di cemento. Esiste una povertà più grande: quella di non sentirsi amati, non sentirsi desiderati; sentirsi emarginati"⁴³.

Dunque, diversamente dai soggetti in età evolutiva, non esiste la psicologia del settantenne, dell'ottantenne e del novantenne, ma ne troviamo tante quanti sono gli individui che appartengono alla terza-quarta età.

Nella senilità le differenze non riguardano unicamente le peculiarità genetiche ma la situazione attuale e, soprattutto, la storia vissuta fatta d'incontri e di perdite, di gioie e di dolori, di successi e di fallimenti; per questo molti affermano che “s'invecchia come si è vissuto”.

Per conoscere l'anziano e, quindi, rispettarlo serve anche intersecare, come ricorda F. Kastebaum, "cinque differenti tipi di età"⁴⁴. “L'età cronologica”: il numero di anni; “l'età biologica”: lo stato fisico; “l'età soggettiva”: come ci si sente e lo stile con cui si vive la vecchiaia; “l'età funzionale”: l'attività attuale; “l'età sociale”: la percezione di accoglienza da parte degli altri.

Tutto questo rende impossibile comporre una mappatura dei bisogni degli anziani come pure intervenire in modo mirato.

7.3.COME IL VOLONTARIO DEVE INCONTRARE L'ANZIANO

Alcune indicazioni per incontrare positivamente e significativamente l'anziano.

La finalità di ogni incontro è di sostenerlo nel rinnovamento della sua identità, fornendogli le condizioni per vivere pienamente e positivamente il

⁴¹In Italia vivono circa 4.000.000 vedovi.

⁴²La percentuale al nord raggiunge anche il 25%.

⁴³TERESA DI CALCUTTA, *Non c'è amore più grande. Pensieri di una vita*, Rizzoli, Milano 2010, pg. 81.

⁴⁴Cfr.:G. STOKES, *On being old. The psychology of later life*, The Falmer Press, London-Washington DC 1992, pp. 63 ss.

presente. Di conseguenza, dobbiamo visitarlo considerandolo nella sua globalità, ritenendolo un valore da onorare e da servire, stimandolo un dispensatore di sapienza e, quindi, "un maestro" per noi e per la società.

ACCETTARE LA DIVERSITÀ, RISPETTANDOLA ED INTUENDO I SUOI ATTEGGIAMENTI

La prima forma di rispetto richiede di oltrepassare i pregiudizi e i luoghi comuni che identificano il vocabolo "vecchio" prevalentemente in senso negativo; sinonimo di paranoico, retrogrado, arteriosclerotico, schiavo di abitudini passate, incapace di cambiamento.

Si rispetta la sua dignità accettando le menomazioni, i cambi d'umore e d'atteggiamenti non sempre condivisibili e comprensibili, ricordando che non tutti i gesti comunicano quello che possiamo recepire da una lettura superficiale, nascondendo, il più delle volte, un immenso desiderio di affetto poichè la tenerezza cui era abituato è scomparsa.

Inoltre, nell'anziano, è presente una forte paura poichè convive con molteplici timori: del dolore e della malattia, della perdita di autonomia e del controllo sulla propria vita, del gravare sui propri cari o dell'essere abbandonato, del tempo perduto e della morte.

Una particolare attenzione merita anche le modalità di accostamento e l'abusata abitudine di rivolgersi subito con un "tu", non sempre accettato. Chi lo fa, nella maggioranza dei casi, non è spinto da una moda giacobina ma dal proposito di familiarizzare. Però, questa modalità espressiva, può instaurare un senso di subalternità, di scarsa considerazione e un disagio soprattutto nella fase iniziale dell'incontro.

L'AIUTO CHE SOLLECITA

L'idea di vecchiaia è spesso associata con quella di tristezza, di malinconia, di depressione e di pessimismo; l'anziano allegro sembra un'eccezione poichè la terza o la quarta età sono accompagnate prevalentemente dalla rigidità, non solo delle articolazioni, ma anche del pensiero e delle decisioni.

Chi si pone accanto a lui deve stimolarlo a valorizzare il presente e le sue potenzialità; incitandolo a superare sia la tendenza centripeta che lo rinchiude nei propri orizzonti rendendolo amorfo nei riguardi della realtà, spingendolo a interessarsi unicamente della propria situazione psico-sociale, sia la tentazione di ritenersi come una "nave in disarmo".

E' dannoso sostituirsi a lui imponendo delle soluzioni o rimpiazzandolo nelle attività che può svolgere, seppure con lentezza. E' necessario, inoltre, far riaffiorare le sue capacità umane e intellettive nascoste da scorie che il tempo ha sedimentato e, fino a quando è possibile, va incoraggiato a intrattenere amicizie, a praticare i suoi abituali interessi o hobby, a coltivare la crescita culturale e sociale, a conservare l'igiene per il corpo e la cura della casa.

LA SPERANZA CHE SOSTIENE

La speranza, come espresso nel capitolo precedente, è un motore eccezionale della vita.

Chi visita l'anziano deve proporgli momenti e spazi di speranza in un clima di apertura verso gli altri e verso le cose, aiutandolo a pensare positivamente, a combattere il pessimismo derivante dalle difficoltà nel recepire le nuove, e forse eversive istanze dei nostri tempi, a sfidare la tentazione del ripiegarsi su se stesso.

Consolatorie sono le parole di san Giovanni Paolo II: "Rivolgendomi agli anziani, so di parlare a persone che hanno compiuto un lungo percorso. Parlo ai miei coetanei: posso, dunque, facilmente cercare un'analogia nella mia vicenda personale. La nostra vita è stata iscritta dalla Provvidenza nel XX secolo, che ha ricevuto una complessa eredità del passato ed è stato testimone di numerosi e straordinari eventi. Come tanti altri tempi della storia, esso ha registrato luci ed ombre. Non tutto è stato oscuro. Molti aspetti positivi hanno bilanciato il negativo o sono emersi da esso come una benefica reazione della coscienza collettiva"⁴⁵.

Anche un volto sereno e sorridente fa trasparire ottimismo e speranza.

L'APPREZZAMENTO DELLA SUA ESPERIENZA

Accanto all'anziano siamo i testimoni e i custodi dell'immenso valore delle sue esperienze, della sua saggezza, delle sue tradizioni e della sua memoria storica che rischia di perdersi.

La memoria dei fatti passati e della sua esperienza sono conservati saldamente e ricordati e narrati con facilità in un clima d'ascolto. Inoltre, questa narrazione, ha un valore terapeutico: "La ricostruzione della storia di vita della persona può essere considerata di per sé una modalità d'intervento, e questo in due diverse direzioni: per il valore terapeutico, in senso ampio, attribuito al gioco dei ricordi e alla narrazione che ne può conseguire e per il valore che può assumere per le persone l'essere 'interrogati' su se stessi, cioè l'essere riconosciuti e accolti da altri come degni d'interesse"⁴⁶. E il cardinale G. Colombo completa il pensiero: "Lungo l'arco dei suoi molti anni l'anziano è andato accumulando un ricco patrimonio di esperienze di lavoro e di vita. Il rapido progresso tecnico della nostra epoca può avere oltrepassato le prime, rendendole anacronistiche e quasi inservibili, ma le esperienze di vita permangono come un tesoro sempre attuale e valido"⁴⁷.

Una società indifferente alla storia e ai valori degli anziani non potrà sperare in un futuro felice essendo come un albero senza radici e papa Bergoglio aggiunge: "Quando una società perde la memoria è finita"⁴⁸.

⁴⁵ GIOVANNI PAOLO II, *Lettera agli anziani*, n. 3.

⁴⁶ P.TACCANI, S. Tramma, A. Barbieri Dotti, *Gli anziani nelle strutture residenziali*, La Nuova Italia Scientifica, Roma 1987, pg. 80.

⁴⁷ G. COLOMBO, *La pastorale della terza età*, Il Segno, Milano 1973, pg. 23.

⁴⁸ Discorso alla Comunità di sant'Egidio di Roma, 15 giugno 2014.

Il volontario che visita l'anziano in una RSA deve porre attenzione anche alla sua "qualità di vita", in particolare ai comportamenti degli operatori sanitari che possono manifestare abusi.

Abusi psicologici: dalle aggressioni verbali alle intimidazioni, dalla negazione del diritto alle decisioni all'ingiusto sfruttamento delle risorse economiche proprie dell'anziano. Come pure vanno evidenziati gli atteggiamenti che scordano il diritto alla riservatezza e al rispetto del senso del pudore.

Un'altra modalità di abuso è l'eccessivo uso dei farmaci, in particolare quelli di contenzione che sono in prevalenza psicofarmaci.

Nell'anziano, l'assorbimento, la distribuzione, il metabolismo e l'eliminazione di un farmaco è diversificato da quella dell'adulto; di conseguenza è doveroso identificare con la massima attenzione prodotti e dosi efficaci e sicure che non influiscano sulla qualità della vita e sull'autosufficienza.

7.4. UN SUGGERIMENTO

Impegnamoci a recuperare i valori del vicinato per creare reti formali e informali legate al piano, al palazzo, al quartiere, composte di parenti, vicini, amici e volontari. Si pensi al contributo che si potrebbe offrire a chi rimane solo poichè i figli sono al lavoro e la persona necessita di un amico che lo visiti con regolarità, gli procuri la spesa, gli prepari il pranzo...; in altre parole di un amico che gli sia vicino in modo concreto.

8. Malati d'AIDS

8.1. LA MALATTIA

L'AIDS (Acquired Immune Deficiency Syndrome o Sindrome da Immunodeficienza Acquisita) è una malattia infettiva del "sistema immunitario" provocata dal virus denominato HIV (Human Immunodeficiency Virus) che provocando un'immunodeficienza distrugge progressivamente gli anticorpi dell'uomo che lo difendono da "agenti estranei" pericolosi, rendendo le persone più vulnerabili alle infezioni.

Il virus HIV causa un ampio spettro di manifestazioni che vanno dalle infezioni acute alle gravi patologie opportunistiche e neoplastiche che caratterizzano, appunto, il quadro dell'AIDS conclamata.

La patologia fu identificata dal "Center for Disease Control and Prevention" (CDC) il 5 giugno 1981 ma il virus fu isolato ufficialmente solo nel 1985 e si diffuse rapidamente in ogni angolo del pianeta, prevalentemente nei Paesi dell'Africa subsahariana. Il virus letale, però, si era trasmesso "silenziosamente", in tutto il mondo, fra il 1960 e il 1980.

Con oltre 25 milioni di morti (75% africani) l'Aids è una delle maggiori e più aggressive pandemie della storia.

Attualmente, l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), ritiene che oltre 36milioni di soggetti siano affetti da AIDS⁴⁹ che come la maggioranza delle epidemie nuoce vittime fra le categorie più fragili, emarginandoli e in alcuni casi privandoli di cure adeguate.

Quattro le vie di trasmissione.

1. Trasmissione per "via sessuale" mediante rapporti sessuali tra soggetti omosessuali ed eterosessuali infetti. E il virus è trasmesso mediante lo sperma e gli altri liquidi biologici.
2. Trasmissione per "vie parenterali" mediante l'uso di siringhe o di aghi contaminati con sangue infetto. Di conseguenza l'AIDS si sta diffondendo rapidamente tra chi è assuefatto alle droghe.
3. Trasmissione "durante la gravidanza". Madri sieropositive infettano i figli in utero attraverso il cordone ombelicale, o nel parto essendo il corpo del bambino esposto al sangue della madre, oppure con l'allattamento.
4. "Altre fonti di trasmissione": trapianti d'organo, inseminazione artificiale da infetti...

Dunque, il virus, si diffonde con il contatto diretto con il liquido biologico infetto o con il sangue di una persona portatrice della patologia.

Non si sono registrati casi di trasmissione a seguito di "convivenze" (uso dello stesso appartamento o di oggetti utilizzati da persone già infette...), oppure per vie "indirette" (saliva, lacrime, sudore, aria, acqua, animali...), o mediante baci.

Il trascorrere del tempo, e l'approfondimento scientifico della patologia, identificarono le modalità di trasmissione e mostrarono che l'epidemia possedeva configurazioni difformi rispetto alle precedenti. In particolare, è evidente, l'intersecarsi dell'aspetto medico e culturale correlato alla trasformazione dei costumi sessuali e allo sfruttamento del sesso con finalità edonistiche.

Perciò, era opportuno, coordinare l'aspetto sanitario con quello educativo, poiché il preservativo, proposto come soluzione privilegiata, non avrebbe arginato la strage.

L'AIDS, dunque, esige una riflessione etica e sociale particolare, essendo questo un problema non unicamente personale ma societario a causa dell'alto rischio di contagio conseguente a determinati comportamenti sessuali. Perciò è importante, ma non è sufficiente, unicamente una risposta assistenziale ma è fondamentale porre accanto a questa anche quella che A. Autiero definisce "carità di tipo intellettuale"⁵⁰ sia nei confronti dei malati che dei sani, a livello preventivo, con l'obiettivo di supportare la persona a superare la "precarietà culturale" in cui spesso vive.

Da questa breve introduzione comprendiamo che l'AIDS è una malattia che per la sua natura specifica solleva problematiche assai complesse intrecciandosi tematiche medico-scientifici, culturali ed etico-morali, e di conseguenza, richiede la collaborazione dei componenti delle varie discipline per offrire un'interpretazione globale della patologia. Pertanto, è impossibile focalizzare l'attenzione sul morbo, trascurando la globalità dell'uomo.

⁴⁹ Cfr. : www.unaids.org

⁵⁰ Cfr.: A. AUTIERO, *Quale sfida per l'etica?* In "Rivista di Teologia Morale", 80 (1988), pp. 14-15.

8.2.ASPETTI CULTURALI

L'AIDS assume non unicamente, come affermato in precedenza, una dimensione puramente biomedica, ma un aspetto anche culturale poiché investe la sfera sociale ed individuale della persona dato che le varie modalità di trasmissione trovano la loro causa prevalentemente in comportamenti sessuali disordinati. Di conseguenza, questa patologia, detiene uno stretto rapporto con la visione antropologica investendo la vita di relazione, l'interpretazione della libertà e la dignità dell'uomo con tutte le conseguenze che ne conseguono.

L'AIDS è una malattia "comportamentale" che si genera nelle dimensioni più intime della persona. Non a caso, la patologia, si comunica attraverso il sperma e il sangue, due liquidi organici ai quali tutte le tradizioni culturali attribuiscono un particolare significato e le pongono direttamente in connessione con la vita.

La generale attività d'informazione chiede di essere completata con un'opera di responsabilizzazione di natura culturale. Per questo è essenziale coinvolgere nel dibattito i legislatori e i politici, i massmedia e i leaders religiosi, gli scienziati e i volontari affinché tutti assieme affermino con coraggio ciò che è ovvio. Che la sessualità dissociata dall'impegno coniugale e parentale, che il comportamento basato sulle aberrazioni e promiscuità sessuali e il vagabondaggio erotico contribuiscono in maniera significativa e determinante a contrarre e a diffondere il virus.

E' necessario, inoltre, offrire valide alternative basate sui valori morali e spirituali collegati all'amore e alla sessualità umana. In altri termini, questa epidemia contratta mediante i comportamenti sopra citati, quando non dipende da anomalie organiche, chiaramente è conseguenza di scelte personali oggettivamente disordinate per cui assume una chiara dimensione morale. Tutte queste negatività hanno trovato terreno favorevole nel permissivismo degli ultimi decenni, nei comportamenti perversi e nel turismo sessuale che pochi deplorano. Da qui l'importanza, non solo di una corretta informazione, ma anche di un'educazione ad un rigoroso rapporto con la propria ed altrui sessualità.

8.3.IL RUOLO DEL VOLONTARIO

Anche il volontario dovrà operare affinché il malato di AIDS non subisca delle discriminazioni per paure inesistenti causate da quel fenomeno collettivo definito "Aids-fobia" generato dall'ignoranza e dalla paura.

A questi malati, il volontario, dovrà offrire la massima attenzione e premura superando i radicalismi e i pregiudizi, frutti di insipienze che presentano questa patologia con visioni apocalittiche o catastrofistiche, definendola anche "flagello e castigo di Dio" inviata dal cielo per punire i comportamenti deviati in materia sessuale, oppure si prefiggono di risvegliare nel profondo dell'inconscio collettivo il ricordo delle antiche pestilenze. Immagini tanto sconvolgenti quanto superficiali, sono divenute per molti sinonimi ineluttabili della malattia, contribuendo a generare un senso diffuso e soffocante di panico, esteso a tutti i livelli societari che, a volte, invocano un "capro-espiatorio".

Il malato di AIDS, il più delle volte giovane, spesso vive una doppia sofferenza: quella fisica che lo condanna a una malattia cronica e quella derivante dal contesto societario che lo emargina. Inoltre l'AIDS è una patologia che distrugge ogni illusione e provoca reazioni depressive accompagnate da manifestazioni di forte angoscia.

Perciò, a questi sofferenti, il volontario deve offrire una sincera accoglienza, accompagnata dalla comprensione, dalla compassione e dall'ascolto delle ansie e un maggior sostegno affettivo trovandosi impauriti, isolati ed angosciati di fronte alla morte che per molti si avvicina velocemente. Tornare indietro è impossibile ma progettare il futuro al meglio sì. V. Frankl, psichiatra austriaco e padre della logoterapia, la terapia che si pone come obiettivo primario la riscoperta del significato dell'esistenza, affermava che la validità della vita non si misura con la sua lunghezza: "Se sapessi che domani il mondo crollerà, pianterei lo stesso un albero"⁵¹.

La stessa situazione di angosciato isolamento è vissuta da chi potremmo definire "probabile futuro malato" avendo avuto dei rapporti a rischio o contatti omosessuali o atteggiamenti non sempre appropriati.

Costoro temono, informando il proprio partner o la famiglia o parlando con altri, il giudizio altrui. Anche in questo caso la sofferenza psicologica e i drammi esistenziali sono altissimi.

Un'icona che riassume il comportamento da tenere nei confronti dei malati di AIDS la troviamo nella visita che san Giovanni Paolo II in viaggio negli Stati Uniti fece all'istituto "Dolores" di San Francisco che ospita numerosi malati con questa patologia.

Il Papa rivolse loro un discorso poi s'intrattenne con i malati, abbracciando e baciando con affetto i bambini affetti da AIDS, dimostrando con un gesto simbolico quale sollecitudine dobbiamo a questi fragili.

9. Tossicodipendenti

9.1. IL FENOMENO

Gli assuntori di droghe nel mondo sono oltre 40 milioni e ogni anno si producono circa 800 mila tonnellate di cocaina e 350 mila di eroina; ciò causa migliaia di vittime nell'indifferenza generale.

E' questo un settore in incremento soprattutto nel mondo giovanile dove, con il trascorrere del tempo, diminuisce l'età di chi fa uso di sostanze stupefacenti.

Dai dati che possediamo, in Italia, negli ultimi trent'anni, il numero degli adolescenti compresi nella fascia di età tra i dodici e i diciassette anni che fumano marijuana è aumentato di ventisette volte, mentre quello dei giovani che fa uso di droghe pesanti di diciotto volte. Ma questo flagello investe tutte le età e tutte le categorie professionali anche se gli adolescenti e i giovani rimangono particolarmente esposti e facilmente manipolabili dagli spacciatori⁵².

⁵¹ V. E. FRANKL, *Un significato per l'esistenza. Psicoterapia e umanismo*, Città Nuova, Roma 1990, pg. 56.

Il fenomeno è ormai globale, infatti nessuna nazione o gruppo sociale ne è risparmiato, ma fatica a essere combattuto poiché il commercio delle droghe, il più delle volte, è protetto dalle difficili condizioni politiche di alcuni Paesi produttori dilaniati da conflitti etnici e culturali. Perciò i Governi non sono in grado di intervenire efficacemente.

9.2 I DANNI DELLA DROGA

Ogni droga agisce da eccitatore o da depressore a secondo della modalità di assunzione, della quantità e della personalità del consumatore. E l'elemento caratteristico della droga, che solitamente agisce sul cervello aumentando la quantità di dopamina oltre che la sensazione di piacere intenso, è di produrre dipendenza e condizioni di degenerazione.

Gli effetti delle droghe sono sempre negativi per la salute psico-fisica delle persone, intaccano inoltre i nuclei famigliari, come pure contribuiscono a elevati indici di avvicendamento sul lavoro, a cali nella produttività e alla diminuzione della sicurezza. Aumenta la violenza e gli incidenti automobilistici e una vasta documentazione mostra il rapporto fra uso di droghe e suicidio più elevato nei tossicomani.

Non possiamo tralasciare, da ultimo, la pericolosità della droga per la vita prenatale. L'esposizione dell'utero a sostanze stupefacenti potrebbe danneggiare direttamente o indirettamente la salute e il benessere del feto, provocando un maggior numero di aborti spontanei, di parti prematuri, di nascita di neonati a basso peso...

A ogni vittima, qualunque siano i fattori che hanno scatenato la tossicodipendenza, il volontario che opera in questo settore, deve offrire atteggiamenti di accoglienza e di benevolenza oltre che opporsi nei confronti di eventuali legalizzazioni.

9.3. IPOTESI DI LEGALIZZAZIONE

Ben consapevoli che le leggi da sole non eliminano il fenomeno della tossicodipendenza, e che la repressione dei fornitori è insufficiente, le autorità che dovrebbero vegliare sul bene comune, hanno il dovere di proibire ciò che danneggia la vita e la dignità delle persone più fragili.

⁵² ALCUNI TERMINI.

**Consumatore.*

Chi fa esperienza di droghe in modo saltuario ed ha quindi la possibilità di smettere senza conseguenze.

**Drogato.*

Chi usa stupefacenti in modo non regolare.

**Tossicodipendente.*

E' chi abitualmente fa uso di droga e ha raggiunto un grado tale d'intossicazione da non poterne più fare a meno e per procurarsela può ricorrere ad attività delinquenziali o a sua volta farsi spacciatore.

**Tossicomane.*

E' chi rivolge ormai tutto il suo tempo e la sua vita alla ricerca di droghe che con il passare del tempo producono effetti deleteri sulla sua salute.

Mentre il tossicodipendente, pur con difficoltà, mantiene ancor una serie d'interessi e di legami con gli altri, il tossicomane è completamente prigioniero della droga e questa diviene l'unico modo per affrontare la realtà.

Fino al 1990, il sistema giuridico in vigore in Italia, prevedeva la “non punibilità” della detenzione e dell’uso personale di una “modica quantità” di sostanze tossiche.

Queste politiche hanno prodotto conseguenze devastanti, accrescendo la capillarizzazione dello spaccio e inducendo le istituzioni e la società ad una sostanziale rinuncia nel combattere l’uso personale delle sostanze stupefacenti e alla surrettizia formulazione di un tacito “diritto a drogarsi”.

Nel 1990, il DPR n. 309 del 31 ottobre⁵³, costituì una svolta nei confronti della logica permissiva. Per l’assuntore di droghe, la legge stabilì il chiaro “principio della punibilità” sia per la detenzione che per il consumo, modificando il sistema giuridico in vigore. Poteva essere evitata l’applicazione della sanzione se il tossicodipendente avesse accettato di intraprendere un percorso di disintossicazione.

Gli obiettivi principali del DPR erano, accanto alla lotta al narcotraffico, la prevenzione e il recupero dei tossicodipendenti.

Il 21 febbraio 2006 fu approvata la Legge 49⁵⁴ di conversione del Decreto Legge 272/2005 che rinnovò profondamente il DPR n. 309/1990.

Il punto di forza della legge definita anche “Fini-Giovanardi” fu l’equiparazione tra droghe “leggere” e droghe “pesanti”, sotto l’aspetto della pericolosità e delle sanzioni. Detenere, cedere o consumare tali sostanze, non importava in quale quantità, erano comportamenti puniti dalla legge. In particolare, possedendo più di una quantità massima prestabilita, la persona si trasformava in spacciatore rischiando pene da uno a vent’anni di carcere, secondo la gravità.

Questa legge ben rilevò che una società che non rispetti norme di civile convivenza o che relativizzi i valori crea un clima favorevole alla diffusione della tossicodipendenza, infatti più la droga è disponibile più se ne abusa⁵⁵.

Questi passaggi legislativi evidenziano il dibattito tra “proibizionismo” e “anti-proibizionismo” indicando due opposte idee di libertà.

Il secondo caso, cioè “l’anti-proibizionismo”, era un’autorizzazione a divenire schiavi di sostanze tossiche e autodistruttive mediante il messaggio: “drogatevi pure, poi ci sarà qualcuno che si prenderà cura di voi”.

In alcuni casi si è giunti anche a distribuire gratuitamente le siringhe presso locali frequentati da giovani. Pur essendo la finalità quella di prevenire il contagio, il messaggio lanciato era alquanto ambiguo.

9.4 PERCHÈ CI SI DROGA?

Teorie diverse hanno cercato di spiegare questa inquietante situazione e tentato di scoprire le cause di questi fenomeni di disadattamento personale e di disgregazione sociale.

Noi, risponderemo all’interrogativo, partendo dalle affermazioni più comuni per poi fermare l’attenzione sulle motivazioni profonde che stanno alla base degli ipotetici benefici che si ritiene di ottenere dal consumo di droga.

⁵³ Cfr.: G.U. del 13 ottobre 1990.

⁵⁴ Cfr.: G.U. del 27 febbraio 2006.

⁵⁵ Purtroppo, come già è avvenuto per altre leggi, il potere giudiziario è intervenuto per modificare almeno in parte una legge approvata dal Parlamento. La Corte di Cassazione nel gennaio 2013 ha ritenuto “penalmente irrilevante” il consumo di gruppo di sostanze stupefacenti sia nell’ipotesi di “mandato all’acquisto” sia in quella del “acquisto comune”.

Alcune motivazioni comuni: per provare sensazioni nuove, per integrarsi in un gruppo, per sfidare un divieto, per fuggire a situazioni difficili, per ricercare un senso di distensione...

Ma queste motivazioni ne contengono un'altra molto generica ma indicativa: "per trovare la felicità". Molti giovani e alcuni adulti assumono sostanze stupefacenti perché sono infelici!

Quindi, il fenomeno della tossicodipendenza, è la punta di un iceberg, un segno rivelatore che esibisce un profondo malessere esistenziale, un non adattamento alla realtà, una forte insoddisfazione e un'immensa solitudine, angoscia e disperazione. Ciò mostra che molti non si amano e non si sentono amati⁵⁶. La droga, quindi, è una risposta alla carenza di amore soprattutto per i giovani e nel periodo adolescenziale; momento di mutazioni profonde e d'instabilità.

Si sono smarrite chiare e esplicite motivazioni per vivere, perciò si sono dissolte le ragioni più profonde della speranza. A tutto ciò contribuiscono anche la sete di consumo e la ricerca immediata e facile del piacere.

Molti, chiedono alle droghe, un supporto per evadere da una realtà sociale e familiare non rispondente alle loro attese e per sopravvivere a una serie di disagi e di frustrazioni che la realtà sempre più complessa ci pone di fronte quotidianamente. La droga, si trasforma in un'inconscia realtà di difesa, un mezzo per colmare vuoti affettivi ed esistenziali e per comunicare agli altri la propria incapacità "a tenere il passo".

Il tossicodipendente non crede più in nulla. Niente lo stimola, lo motiva, lo attrae, neppure la vita, poiché ben sa che drogandosi rischia il suo esistere.

9.5.DOBBIAMO ARRENDERCI AL FENOMENO DROGA?

No, ma è irrimandabile che la società civile nel suo insieme, riconoscendo quello della tossicodipendenza anche un problema culturale, operi con convinzione e coerenza supportando i giovani a modificare la percezione del sociale.

Il tossicodipendente, pur vivendo una deformazione soggettiva della percezione della realtà, è ben consapevole che alcuni valori sono ancora presenti nelle situazioni familiari e societarie. Magari, sono difficoltosi da percepire, ma sono accessibili anche a lui che non vuole vederli e sentirli essendo un isolato. Quindi, il problema, non è il mondo circostante ma l'interiorità del singolo ed è lì che va profuso ogni sforzo da parte del volontario, per mostrargli gli itinerari, che consentano anche a chi si droga, di ritrovare un ruolo nella società.

Il tossicodipendente deve riscoprire, in altre parole, "la sua dignità". "E' necessario portarlo alla scoperta e alla riscoperta della propria dignità di uomo; aiutarlo a far risuscitare e crescere, come soggetto attivo quelle risorse personali che la droga aveva sepolto, mediante una fiduciosa riattivazione dei meccanismi della volontà, orientata verso sicuri e nobili ideali".⁵⁷

⁵⁶ Cfr.: Ricordava BENEDETTO XVI che il nostro contesto societario è condizionato e strumentalizzato da "una mentalità e da una forma di cultura che portano a dubitare del valore della persona umana, del significato stesso della verità e del bene, in ultima analisi della 'bontà della vita'" (*Lettera alla diocesi di Roma sul compito urgente dell'educazione*, 21 gennaio 2008).

⁵⁷ GIOVANNI PAOLO II, *Discorso alle comunità terapeutiche*, 30 ottobre 1997.

10. Immigrati

10.1. I NUMERI

A tutti è noto che fino a quarant'anni fa nostra nazione era un "paese di emigrazione". Dal 1861, anno dell'unità d'Italia, al 1970, gli espatri ufficiali sono stati 27.490.000 di cui 9.000.000 definitivi. E anche oggi "si continua a partire", anche se in condizioni diverse: i lavoratori che lasciano l'Italia sono tecnici qualificati che si recano all'estero, per lo più temporaneamente, assunti da imprese italiane. Il nostro Paese, ha conosciuto anche la "migrazione interna" negli anni dell'industrializzazione recente.

Accanto a questo fenomeno si è inserito quello "immigratorio", cioè la presenza consistente di persone di origine straniera anche se in misura minore rispetto a quella in altri Paesi europei.

In Italia si calcolano presenti circa cinque milioni gli stranieri con regolare permesso di soggiorno oltre un numero impreciso di "immigrati irregolari". Oltre la metà degli immigrati (regolari e non) sono europei, il 22% provengono dall'Africa, il 19% dall'Asia e il 9% dall'America del Sud. La maggioranza sono rumeni (1 milione), seguono gli albanesi (500mila), i cinesi (300mila) e gli ucraini (225mila).

Rappresentano oltre 110 Paesi con difformità culturali e linguistiche molto elevate. Ad esempio, i gruppi etnici africani, sono circa cinque mila con idiomi e tradizioni differenti. E questo mostra la "complessità dei rapporti", meno presente in Paesi europei con una maggiore percentuale di immigrati ma provenienti da poche nazioni.

Per quanto riguarda l'aspetto religioso, il 54% degli immigrati è cristiano, suddiviso tra cattolici, ortodossi e protestanti, circa il 30% musulmano con circa 750 centri di preghiera e due importanti organismi nazionali di riferimento. Troviamo poi gli induisti al 2,6%, i buddhisti al 2% e gli Ebrei allo 0,1%.

Ovviamente queste percentuali sono basate su proiezioni, non esistendo una registrazione delle appartenenze religiose e vivendo, ogni persona, la religiosità con accentuazioni diverse.

10.2. IL FUTURO

L'evento migratorio a cui stiamo assistendo non è transitorio o passeggero ma costante e definitivo, poiché il ritorno alla patria di origine di queste persone sarà quasi nullo. Di conseguenza, vivremo sempre di più, in una società multietnica, multiculturale e multireligiosa nella quale dovremo impegnarci per costruire "delle coesioni" nella costante fluidità.

Le domande fondamentali che dovrebbero porsi la politica, la società civile e anche il volontariato sono le seguenti:

- quale accoglienza dobbiamo offrire agli immigrati?
- come non scivolare da una parte nella trappola del "buonismo" e dall'altra del "razzismo", facendoci trascinare dalle ondate di pregiudizi e di ignoranza che spesso utilizziamo nel trattare questo argomento?

Il Magistero della Chiesa Cattolica nel "Compendio della Dottrina Sociale della Chiesa" e nel "Catechismo della Chiesa Cattolica" offre delle risposte.

“Le nazioni più ricche sono tenute ad accogliere, nella misura del possibile, lo straniero alla ricerca della sicurezza e delle risorse necessarie alla vita, che non gli è possibile trovare nel proprio Paese di origine. I pubblici poteri avranno cura che venga rispettato il diritto naturale, che pone l’ospite sotto la protezione di coloro che lo accolgono. Le autorità politiche, in vista del bene comune, di cui sono responsabili possono subordinare l’esercizio del diritto di immigrazione a diverse condizioni giuridiche, in particolare al rispetto dei doveri dei migranti nei confronti del Paese che li accoglie (...)”⁵⁸.

Lo Stato, dunque, deve determinare “la misura del possibile”, cioè “regolare il flusso migratorio nella visione del bene comune secondo criteri di equità ed equilibrio” affinché “gli inserimenti avvengano con le garanzie richieste dalla dignità della persona umana”⁵⁹.

Ecco dei “consigli di saggezza” che il volontariato deve fare propri facendo sentire la sua voce e offrendo la propria collaborazione nel condividere e diffondere i valori della reciprocità, ma contemporaneamente e realisticamente non può dimenticare l’accoglienza “nella misura del possibile” poiché accogliere indiscriminatamente gli stranieri, sprovvisti di progettualità futura, è insufficiente e non dignitoso della persona umana.

10.3.L’IDENTIKIT DEGLI IMMIGRATI

Gli immigrati con regolare permesso di soggiorno

La maggioranza degli stranieri, giunti in Italia in cerca di lavoro, si sono discretamente nel nostro contesto societario e sono essenziali per il presente e per il futuro, svolgendo anche le mansioni più umili, spesso rifiutate dagli italiani (badanti, dipendenti in imprese di pulizia...), come pure saranno basilari per la nostra economia a seguito della persistente crisi demografica.

A loro, non è sufficiente affermare “vieni”, serve dirgli “entra” nella nostra società con il tuo contributo, così troverai posto oltre che nelle nostre case anche nel nostro affetto.

Come pure è importante superare uno stereotipo diffuso e generalizzato: ritenere lo straniero “pericoloso”.

Gli immigrati costretti alla clandestinità e all’accattonaggio.

Negli ultimi mesi è in forte crescita il numero di “disperati” che affrontando drammatici e pericolosi “viaggi della speranza” giungono nel nostro Paese prevalentemente dalle zone di guerra o di totale anarchia.

A loro va sempre offerta una prima ospitalità, ma contemporaneamente, vanno snellite le procedure burocratiche per il rimpatrio di chi non ha il diritto di rimanere poiché la clandestinità è uno stato di debolezza del soggetto che potrebbe essere captato dalla criminalità organizzata trasformandosi in vittima-complice di più reati.

10.4.IL VOLONTARIO E L’INSERIMENTO DELL’IMMIGRATO

L’evento migratorio impone anche il confronto culturale e religioso e qui si apre il molteplice campo d’azione del volontario.

⁵⁸ CATECHISMO DELLA CHIESA CATTOLICA, n. 2241.

⁵⁹ COMPENDIO DELLA DOTTRINA SOCIALE DELLA CHIESA, n. 298.

“L’immigrato è tenuto a rispettare con riconoscenza il patrimonio materiale e spirituale del Paese che lo ospita, ad obbedire alle sue leggi, a contribuire ai suoi oneri”⁶⁰.

E’ irrinunciabile, quindi, educare lo straniero alla socialità, ai valori fondanti la nostra cultura e le nostre tradizioni, al rispetto delle leggi, alla conoscenza dei doveri e dei diritti, ribadendo con fermezza le regole basilari di ogni convivenza. La mancanza di volontà e l’incapacità nel difendere la nostra identità, rischia di farci ricevere in negativo quello che non sappiamo o non vogliamo offrire in positivo. Dunque, un’accoglienza, non a senso unico!

Al volontario cristiano, inoltre, è chiesto di proporsi come esempio per chi professa la religione cattolica, facilitando l’immigrato anche nelle pratiche culturali.

Agli altri, con rispetto ed umiltà, è doveroso annunciare il Vangelo, illustrando il significato del nostro appartenere al Signore Gesù, unico vero salvatore dell’umanità. Ma per evangelizzare, ammoniva il cardinale G. Biffi, i cristiani “devono crescere sempre più nella gioiosa intelligenza degli immensi tesori di verità, di sapienza, di consolante speranza che hanno la fortuna di possedere: è un’effusione di luce divina, assolutamente inconfondibile con i pur preziosi barlumi offerti dalle varie religioni e dall’Islam; e noi siamo chiamati a renderne partecipi appassionatamente e instancabilmente tutti i figli di Adamo”⁶¹.

11. Le famiglie dei malati

La famiglia, come abbiamo affermato in precedenza, svolge un ruolo insostituibile nel sostegno della fragilità, ma contemporaneamente la maggioranza di queste, che quotidianamente che si fanno carico delle sofferenze di uno o più dei propri parenti, vivono nell’isolamento e nell’abbandono. Perciò, è compito del volontariato, mostrare nei loro confronti particolari attenzioni.

La famiglia dovrebbe essere il luogo privilegiato delle relazioni e dell’accoglienza reciproca dove sperimentare l’eguale pregio di ciascuno, pur nel rispetto di diversità, anche significative, di carattere, di personalità e di salute. Dovrebbe essere lo spazio di congiunzione delle generazioni per l’apprendimento, la conservazione e la trasmissione dei valori fondanti ed irrinunciabili.

Dovrebbe essere il seme della socialità e contrassegnare la comunità civile con gli atteggiamenti buoni che vive.

Mi sono avvalso più volte del “dovrebbe essere”, poichè la situazione attuale è diversa, essendo carenti nell’attuale contesto societario e culturale i concetti di “comunità” e di “appartenenza”. E le conseguenze producono l’indifferenza generale.

⁶⁰ CATECHISMO DELLA CHIESA CATTOLICA, n. 2241.

⁶¹ G. BIFFI, *La città di San Petronio nel terzo millennio*, EDB, Bologna 2000, pg. 40.

Famiglia e comunità civile dovrebbero essere profondamente comunicanti; l'una necessita dell'altra, ma se svuotiamo i concetti di comunità e di appartenenza anche la famiglia s'inaridisce e si impoverisce.

Il nucleo familiare isolato non può affrontare e risolvere i problemi generati da una società complessa; rischia di soccombere nonostante gli atti di eroismo individuale. E anche i famigliari, elementi terapeutici essenziali, spesso devono compiere un cammino di accettazione e di maturazione che richiede tempo, impegno e supporto esterno.

A questo negativo panorama dobbiamo sommare un dato ulteriore: la società contemporanea allontana il dolore e la morte dalla quotidianità. Si comporta nei confronti della sofferenza, in particolare di quella psichiatrica e della disabilità, con le stesse modalità adottate ai tempi di san Francesco d' Assisi nell'evitare i lebbrosi.

Nel nostro Paese sono in vigore normative a favore delle famiglie dei sofferenti, ma queste, per essere attuate, spesso necessitano il supporto e la pressione di una società civile e di un volontariato sensibile, preparato e determinato. Infatti la famiglia, frequentemente, oltre le problematiche poste dal parente malato, deve affrontare un intricato percorso per ottenere dalle Istituzioni l'indispensabile per un'efficace cura ed una dignitosa qualità di vita. File interminabili per accedere alle informazioni, per acquisire ausili o presidi medici, per compilare richieste di invalidità o di accompagnamento, ed incomprensibili lungaggini burocratiche per l'adempimento delle pratiche amministrative.

La costosa e dannosa burocrazia, in continuo aumento, è il muro contro il quale si scontrano i parenti dei malati, scordando totalmente che la finalità primaria delle Istituzioni pubbliche e private è il benessere del cittadino e, di conseguenza, il rispetto dei suoi diritti fondamentali anche tramite il superamento di certe rigidità spesso disumane.

Occorre un profondo impegno delle Istituzioni, affinché gli enti erogatori dei servizi al sofferente forniscano prestazioni efficienti e celeri, poichè la gravità della malattia, spesso, non concede tempo.

I volontari devono avvicinare ed accompagnare le famiglie dei sofferenti per sostenerle nel trasformare l'evento malattia in un avvenimento produttore di senso e di speranza, sconfiggendo la solitudine relazionale. Ricorda un testo della Consulta Nazionale CEI per la Pastorale della Sanità: "I famigliari hanno bisogno di sostegno per vivere, senza smarrirsi, il peso imposto dalla malattia di un loro congiunto. Un accompagnamento premuroso, che trova uno dei luoghi più propizi nella visita a domicilio o all'ospedale; questa può aiutarli a scoprire nella dolorosa stagione della sofferenza, preziosi valori umani e spirituali"⁶².

L'invito è che le migliaia di famiglie che assistono i loro parenti malati, con il supporto delle associazioni di volontariato, non si stanchino di chiedere aiuto e solidarietà ma progettino gruppi di mutualità e di auto-aiuto e costituiscano gruppi di pressione affinché le risposte oggi assenti, domani si concretizzino.

⁶² CONSULTA NAZIONALE CEI PER LA PASTORALE DELLA SANITÀ, *La Pastorale della Salute nella Chiesa Italiana*, Roma 1989, pg. 37.

11.Assistenza domiciliare

Concludiamo questo capitolo evidenziando l'approccio del volontario nel contesto particolare dell' assistenza domiciliare.

“Per assistenza domiciliare si intende il complesso di prestazioni mediche, infermieristiche, riabilitative e di supporto psico-sociale erogate al domicilio del paziente o dell'anziano. Si definisce 'integrata' quando vengono fornite contemporaneamente, se necessario, prestazioni proprie del comparto sanitario e del comparto sociale”⁶³.

Abbiamo già ricordato che la riforma sanitaria dovrebbe trasferire parte dell'assistenza nella fase di convalescenza e di riabilitazione sul territorio mediante forme di assistenza domiciliare integrata. Ma purtroppo, ancora una volta in Italia, si è varata una normativa priva di un adeguato supporto progettuale e soprattutto senza il coinvolgimento e la preparazione di chi deve attuarla.

Anche in questa modalità assistenziale è importante l'opera del volontario. A livello relazionale, entrando in comunicazione con l'ammalato e con i suoi familiari magari anche nel dirimere, talvolta, tensioni che danneggiano l'equilibrio domestico. Nell'offrire un aiuto concreto: assistere il malato quando è solo, aiutarlo negli spostamenti, accompagnarlo nelle visite ambulatoriali, provvedere per le sue commissioni.

⁶³ L. SANDRIN, F. CARETTA, M. PETRINI, *Anziani oggi. Una sfida per la medicina, per la società e la Chiesa*, Camiliane, Torino 1995, pg. 195.