

# Dialogo tra psicologia e accompagnamento spirituale nel processo di cura

Carlo Alfredo Clerici\* - Tullio Proserpio\*\*

*Presentiamo una relazione a due voci da parte del dottor Carlo Alfredo Clerici e di don Tullio Proserpio che hanno trattato un lavoro molto interessante inerente l'accompagnamento spirituale, visto all'interno del processo di cura<sup>1</sup>. L'occasione è stata un incontro avvenuto a Bergamo, con l'invito rivolto dal vescovo della diocesi a tutti i direttori dei vari ospedali, case di cura, RSA e altre strutture sanitarie e assistenziali.*

**Carlo Alfredo Clerici.** Cercheremo di raccontarvi molto in breve non tanto il contenuto di un libro, ma le tappe di un percorso che è stato fatto nell'arco di ben oltre dieci anni. Don Tullio è all'Istituto Tumori da circa vent'anni. Io sono Professore Associato di psicologia clinica, sono medico, non sono psicologo, e mi occupo dell'assistenza soprattutto in pediatria. Abbiamo attivato una serie di collaborazioni e riflessioni sulla tematica della spiritualità partendo da due posizioni differenti: il tema, infatti, non è strettamente religioso ed ecclesiastico. Io, ad esempio, non saprei se definirmi credente o non credente, lavo-

\* Professore Associato di Psicologia Clinica presso il Dipartimento di Oncologia ed Emato-Oncologia dell'Università Statale di Milano e medico presso la SC Pediatria della Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori di Milano.

\*\* Cappellano presso Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori di Milano, laureato all'Istituto Superiore per Formatori.

<sup>1</sup> C. A. Clerici - T. Proserpio, *La spiritualità nella cura. Dialoghi tra clinica, psicologia e pastorale*, San Paolo Edizioni, Cinisello Balsamo (MI) 2022. Per approfondimenti: [www.curaspirituale.it](http://www.curaspirituale.it)

rando nel contesto dell'oncologia pediatrica dove i dubbi sono molti di più delle certezze...

Il dato fondamentale è che i miei pazienti hanno dei bisogni (di natura biologica, sociale, psicologica e anche spirituale) che fino a vent'anni fa non avevo nessuna risorsa per tentare di intercettare. Nel corso del tempo ci sono state delle tappe fondamentali, tra cui anche esperienze internazionali. La nostra prospettiva è fondata su quello che è avvenuto all'Istituto dei Tumori, ospedale non-Covid, mono specialistico, che si è trovato barricato in difensiva. In oncologia pediatrica, ad esempio, non ci sono stati bambini deceduti direttamente per Covid. Questo è un fatto strabiliante, che mostra anche quanto tutte le nostre previsioni siano state messe in crisi. Al di là della preparazione e della competenza tecnica, i modi di difenderci dal Covid sono stati prevalentemente arcaici: isolamento e chiusura. In un momento in cui ci sembrava di non capire niente, perché eravamo vicini ma lontani dalla vicenda Covid, mentre cercavamo di reggere e di continuare ad occuparci di pazienti oncologici, ci siamo messi a tentare di comprendere, facendo l'unica cosa che sapevamo fare, cioè studiare. Abbiamo quindi pubblicato alcuni lavori sull'esperienza Covid dei nostri pazienti. È stata una esperienza un po' paradossale di paura e di fragilità avvertita, ma per fortuna non vissuta fino in fondo. Questa fragilità ha toccato però diverse prospettive. C'è stata una paralisi di moltissimi aspetti che costituiscono un fondamento della nostra società e anche del nostro metodo di cura. Non parliamo soltanto della lacuna e della carenza dei rifornimenti. Il nostro osservatorio riguarda anche una cura su aspetti non strettamente biomedici ma molto importanti. Ha un senso incompleto curare i bambini con patologia oncologica senza assicurare loro anche una possibilità di futuro e di crescita. Ci siamo trovati all'improvviso con il taglio di risorse che erano fondamentali per noi, ad es. le risorse scolastiche ed educative. I nostri bambini non possono scegliere se venire in ospedale o meno: gli stessi parametri applicati alla dimensione scolastica sono stati applicati all'ospedale, che è diventato un luogo dispensatore di cure ma non di accudimento. C'è stato pure uno sbilanciamento sulle risorse online: i bambini con disabilità, con un ritardo scolastico, che tipo di aiuto ricevono stando davanti ad uno schermo, a casa loro, magari con altri fratelli?

Sono mancati totalmente dei criteri. Un giorno venne da me una collega, referente di tutte le misure di sicurezza, a domandarmi se era necessario che io andassi a lavorare. Si chiedeva se il lavoro psicologico, non essendo strettamente salvavita, potesse essere considerato non essenziale. Da medico sono tenuto alla presenza, così come gli assistenti sociali, mentre per lo psicologo non è necessario. L'Ordine degli Psicologi ha reputato che lo spostamento delle funzioni psicologiche esclusivamente online fosse equivalente alla presenza.

L'evidenza degli aspetti di fragilità ci ha toccato su moltissimi piani: ad es. lo sperimentare tutti, in modo sincrono, l'idea che la vita sia precaria e fragile, oltre al fatto che il senso di questa esistenza è molto incerto. Le risposte sono state organizzative, meccaniche, ma hanno funzionato. Non abbiamo avuto dei problemi eccessivi, però ad un certo punto si è inceppato anche il resto del contesto sociale. Curare a Milano pazienti che per il 40% provenivano da fuori regione, mentre la città era paralizzata, senza alloggi, con le comunicazioni bloccate... è stato complesso. Inoltre, a causa delle restrizioni, era doloroso chiedere al secondo genitore di non entrare in ospedale. Noi abbiamo sempre sostenuto di curare attraverso una accoglienza da comunità, perché «un bambino ha bisogno di un villaggio per poter crescere», ma ci siamo trovati a dover fare delle scelte invece di difendere l'essenziale, riducendo anche il numero dei ricoveri.

Inoltre, ci siamo ricordati drammaticamente del malessere sociale, ad es. la mancanza di risorse per alcuni settori come quello della salute mentale che è stato gravemente in difficoltà, perché la famiglia è sì la culla dei giovani ma è pure un cumulo di malessere. Abbiamo vissuto negli anni forme nuove, striscianti, di sofferenza dei giovani, legate all'isolamento sociale. In Italia, prima del Covid, era emerso che duecentomila giovani nella fascia di età delle superiori avevano invertito il giorno con la notte e non frequentavano più la scuola. Seppur non abbiamo ad oggi dati attendibili, si ritiene che tale numero sia aumentato, anche perché si è cercato di mantenere intenzionalmente gli individui isolati fino alla fine del Covid. Gli adulti possono trovare piacevole l'incontrarsi con gli altri, ma per gli adolescenti essere in relazione con i coetanei permette di sviluppare nuove sinapsi nel sistema nervoso e potenziare competenze emotive e sociali.

La pandemia ha rappresentato due anni di congelamento, facendo emergere fenomeni di autolesionismo, manifestazioni che qualche anno fa studiavamo come bizzarra mentre ora sono in ampia crescita. Ciò ci ha dimostrato che la resilienza è sempre un bilanciamento tra risorse e fragilità che condizionano il percorso di vita, e che sono diventati cruciali sia il fronte delle dimensioni esistenziale, psicologica, relazionale che il senso dell'esistenza. Nonostante lo scenario sia cambiato, infatti, permane – tanto per le persone che soffrono quanto per quelle che curano – il bisogno di dare senso a domande centrali, tipo perché i bambini si debbano ammalare o un individuo sano ad un certo punto venga toccato dalla malattia.

La rilettura dell'esperienza della pandemia, poi, ci ha portato ad interrogarci con maggiore applicazione sulla tematica di cosa possa dire l'assistenza spirituale. Durante tutto il periodo Covid, in Istituto abbiamo avuto la possibilità (proprio per le caratteristiche singolari e forse anche per il tipo di operatori) di avere la presenza dei cappellani, molto importante non solo per i pazienti ma pure per i clinici. Il personale sanitario ha vissuto una singolare situazione di fatica, anche per il mutamento di molte abitudini: l'introduzione dei controlli all'ingresso dell'ospedale all'inizio della giornata, il distanziamento obbligatorio alla mensa, l'uso costante delle mascherine, ecc. L'ospedale è diventato un posto di solitudine e di allontanamento; tutti i sistemi usuali di gruppo per rigenerarsi e affrontare la sofferenza ad un certo punto si sono inceppati. È stata una questione molto sfuggente ma di drammatica concretezza. Tra qualche tempo potremo valutare quanti operatori hanno cambiato mansione e come la loro performance abbia risentito anche in termini di motivazione. Abbiamo così compreso che avere un aiuto pastorale non è una necessità soltanto per i pazienti o per chi si occupa del fine vita, ma riguarda chiunque sia in contatto costante con la sofferenza. Chi presta un servizio pastorale di assistenza spirituale si trova poi a doversi integrare in un ospedale che negli ultimi anni è cambiato integralmente per dinamiche, finalità, gestione, valutazione del lavoro svolto.

**Tullio Proserpio.** Sono cappellano dell'Istituto Tumori, sono prete diocesano, nasco come tipico prete di oratorio. Il cardinale Martini mi propose di vivere questa esperienza e, dopo una riflessione e condivi-

sione di circa un anno con mons. Brovelli, ho accettato. Dal 2003, con la nomina da parte del cardinale Tettamanzi, sono in Istituto. Qui ho scoperto un mondo nuovo, una realtà che non conoscevo e davanti alla quale sono stato sostenuto e sollecitato sia da parte dell'allora vicario generale mons. Redaelli, che dalla sensibilità e attenzione del cardinale Scola. Ho sperimentato, per esempio, che la spiritualità è un argomento interessante e importante anche per i clinici. "Spiritualità" è cosa altra rispetto a "religiosità": l'ho compreso leggendo articoli e pubblicazioni.

Che cosa fa il cappellano in ospedale? Solitamente le risposte sono: «Porta la comunione, amministra l'unzione degli infermi, dà la benedizione ai morti, confessa...». Questa visione è lontana rispetto a ciò che la prospettiva scientifica e quella clinica richiedono oggi. Siamo distanti da ciò che è necessario in un ospedale moderno. Nella realtà clinica il punto di contatto è molto semplice: la persona ammalata. Che cosa posso fare io come prete? Non per svilire il mio essere prete, ma per aiutare il "povero" che si trova in una situazione limite: parliamo di una malattia tumorale, non di un disturbo banale. Il tumore è ancora oggi evocativo rispetto alla morte, quella morte che ci viene incontro ogni giorno. Per quanto riguarda la spiritualità abbiamo scoperto che offre un sostegno dal punto di vista psicologico. La spiritualità si accompagna ad un migliore adattamento alla malattia.

Cosa intendo per spiritualità? È ciò che dà senso e significato alla vita di una persona. Per me ha un fondamento di carattere religioso perché ritengo sia vera la Rivelazione narrata nella Bibbia. Per un altro no. Non interessa dimostrare chi ha ragione e chi ha torto. Ci si incontra per aiutarci reciprocamente ad andare avanti. Quindi la spiritualità vale per tutti, che la persona si dichiari credente o no.

Nel 2015 ho vissuto l'esperienza molto interessante di un soggiorno di molti mesi al *Methodist Hospital* a Houston. Esperienza che può sembrare un po' bizzarra: un sacerdote che va oltre oceano, in un ospedale americano, a studiare i metodi di assistenza spirituale. È stata invece una intuizione molto valida, sostenuta dal cardinale Scola. In un contesto di sanità privata, assicurativa, dove viene finanziato solo quello che rende secondo parametri di mercato (cioè produzione e prestazioni), le cappellanie e i servizi di supporto spirituale sono particolarmente forti e sono ritenuti importanti non su base consue-

tudinaria. Un'ulteriore finalità, oltre a ciò che è convenzionale e tradizionale, è anche la capacità di svolgere dialoghi pastorali di supporto rispetto a tematiche che riguardano la difficoltà di situarsi all'interno della vicenda della malattia. Questo è un aspetto moderno interessantissimo. Occorre però un sacerdote (o un esperto) capace di dialogare, con competenze teologiche e soprattutto relazionali.

**Clerici aggiunge.** Sono stato molto aiutato quando ho avuto a disposizione un interlocutore che non mi diceva che i bambini si ammalano perché è volontà di Dio. Questa affermazione io non riesco ad accettarla né a giustificarla, e soprattutto ritengo che crei distanza nel rapporto con i genitori di un figlio malato. Invece, la capacità di tollerare l'incertezza e di esplorare una via che sia portatrice di fiducia e di speranza, anche religiosa, credo sia di un interesse straordinario: però richiede una formazione, una cultura.

**Prosegue Proserpio.** L'esperienza che ho vissuto a Houston dimostra che anche un ospedale moderno non dimentica la spiritualità, ma la mette in una posizione molto precisa. Con esigenze di formazione notevoli: al sacerdote, oltre alle competenze teologiche, si chiedono molteplici abilità: conoscere la struttura ospedaliera, saper dialogare, partecipare alla ricerca scientifica. Ho capito che per comunicare col mondo clinico e scientifico, ossia dialogare con professionisti e medici, è necessario utilizzare un linguaggio non ecclesiale ma scientifico, che non è la verità assoluta però rende credibile una specifica affermazione. Ho altresì compreso che i protocolli per i vari farmaci, per essere pubblicati su riviste scientifiche, devono essere espressi in un linguaggio specialistico: per me, dunque, era necessario poter entrare in quel mondo fino ad allora nuovo.

Come si pubblica su una rivista scientifica? Quasi per gioco abbiamo cominciato a scrivere qualche cosa e siamo riusciti a pubblicarlo. È possibile entrare in questo mondo. Da qui il desiderio del tema della speranza. Ho scoperto che nel codice di deontologia medica questo termine è citato solo in un articolo, dove si raccomanda che nel caso in cui il medico debba comunicare una diagnosi infausta deve utilizzare un linguaggio appropriato, senza escludere elementi di speranza. E non si aggiunge altro. Così ho iniziato a chiedere cosa si intende

con "speranza". Se sul piano teologico bene o male riesco a dare una risposta, il problema sorge per il fatto che io non mi incontro con teorie ma con persone. Quella verità che per me è significativa, quell'affermazione che per me è importante, come posso veicolarla di fronte alla concretezza di uomini, donne, bambini che mi interrogano con domande che inquietano tutti, se si rimane in contatto con la realtà?

**Interviene Clerici.** Rivedendo i libri studiati per conseguire i miei titoli professionali, il tema della speranza non si trova in nessuno. È un fattore terapeutico che ci viene suggerito, raccomandato, richiesto, è uno dei principali aspetti della cura, ma manca una teoria di riferimento. Poi parlando con don Tullio e altri di ambito cattolico è emersa la prospettiva dell'antropologia cristiana, così come è stata sviluppata dal gesuita Luigi Maria Rulla, in cui alla speranza viene data una declinazione molto concreta. L'ammalato, ogni persona, ha delle grandi speranze: che tutto non sia effimero, transitorio, che ci sia un senso da qualche parte. Questo credo sia la grande speranza che può sostenere molti, per lo meno è ciò a cui mirano molte persone. Poi però esistono delle piccole speranze, soprattutto quando la malattia è grave e c'è sofferenza, come ad es. ricevere un buon trattamento anti dolorifico. Tutta una serie di azioni che giustificano il fatto che curare bene, in maniera attenta e sollecita la persona, produce un effetto che può essere anche un effetto altro. Qui c'è un punto di incontro. Ogni operatore – in una visione cristiana – può essere testimonianza di qualcosa di più grande. E in un'ottica laica curare bene ha un senso. Questo è un punto di incontro molto fecondo in un'epoca in cui è facile costruire muri. Credo che la prospettiva sulla spiritualità sia uno dei perni perché è profondo, riguarda l'orizzonte dei valori. I valori non sono soltanto quelli contabili, per questo abbiamo bisogno di una dimensione valoriale per poter giustificare delle scelte. La salute è un bene di una qualità speciale, non assomiglia alla produzione di cannoni o di pane, ha qualcosa di molto diverso dal punto di vista generale.

**Riprende Proserpio.** Continuando sul tema della speranza, chiunque ne parli, in modo più o meno esplicito, ha alla base un riferimento antropologico. Da qui è nato il desiderio di redigere un questionario

sulla speranza. Esiste già un questionario ma in esso non c'è una domanda sul dopo morte, poiché chi lo ha stilato si ispirava ad una visione di uomo limitato a questa esistenza. Approccio rispettabile, ma dal nostro punto di osservazione non fa i conti con la realtà. Anche persone che si dichiarano non credenti, infatti, si chiedono: « Ma cosa succederà di me dopo la morte? ». Il questionario esistente parrebbe non in grado di leggere compiutamente ciò che si muove nel cuore dell'uomo; da qui il desiderio di costruirne uno avendo come riferimento l'antropologia cristiana nella modalità particolare sviluppata da padre Rulla.

Cosa è emerso? Niente di nuovo, informazioni già note. Le persone si sentono bene e sono incoraggiate se c'è qualcuno vicino. Traggono beneficio quando altri pregano per le persone ammalate: questo dà una speranza. È interessante che tantissime persone pregano per i medici e per gli infermieri. Quanto bene fa al medico o all'infermiere (che siano o no credenti) sapere che l'ammalato prega anche per loro. È emerso un elemento fondamentale, detto "circolo della speranza". Se io mi ammalo di un cancro, che è una malattia mortale, vado alla ricerca del miglior medico. Quando lo incontro sperimento che mi accoglie, constato che non sono un protocollo, un numero, una parte malata: sono una persona umana con la mia storia, le mie paure, le mie ricchezze, le mie angosce. Ciò fa nascere fiducia nei confronti del medico. Allora se io mi ammalo vado alla ricerca del medico, mi fido di lui, mi sento accolto da lui, dunque la fede; mi sento accolto, amato, ecco la carità, che genera e alimenta la speranza. Questa è una prospettiva cristiana: le tre virtù teologali. È una esperienza reale che vale per tutte le persone. L'antropologia cristiana prima che religiosa è profondamente umana, e proprio per questo è universale. Ogni essere umano ha nel profondo del cuore il desiderio di trovare qualcuno che accolga il proprio sfogo, la paura, l'angoscia. Purtroppo i medici e l'équipe curante hanno veramente poco tempo. Ciò che dobbiamo riconoscere (e diventa utile oltre che necessario) è che non si spera mai da soli, ma con gli altri e per gli altri. La speranza implica una dinamica relazionale: qualcosa non di statico ma in divenire e in continuo cambiamento. Questo cambiamento viene chiesto sia al cappellano – nella modalità di incontro con la persona ammalata – che al medico, ricordando che i medici non sono chiamati a guarire le per-

sone ma a curarle. Oggi la medicina è diventata una nuova religione. Quando il medico sbaglia viene portato a processo. Si spendono circa dieci miliardi di euro all'anno per la medicina difensiva, per evitare le chiamate in giudizio. Sono dati molto concreti, molto specifici. Come mai avviene questo? Molto spesso, riportano i parenti della persona ammalata oltre che gli stessi pazienti: «Il medico non aveva tempo», «Non si faceva vedere», «Non mi ha mai ascoltato», «Adesso che è morto viene qua», «Io gliela faccio pagare», «Lo porto in tribunale». Viene chiesto al medico di riappropriarsi del suo compito: curare le persone. Il medico, per bravo che sia, non può togliere l'individuo da quel limite strutturale che è la morte, di fronte alla quale abbiamo tutti paura. Se il medico è chiamato anche a questo occorre riconoscere che ci sono delle risorse all'interno dell'ospedale che possono aiutare e sostenere.

La spiritualità aiuta? I dati della letteratura rispondono di sì. Il ruolo centrale è la soggettività dei pazienti durante le cure. Quanto tempo noi abbiamo da dedicare all'ammalato nel suo bisogno di esplicitare la sua paura, la sua angoscia? Il tempo molto spesso non c'è. La Chiesa cattolica si sta muovendo con la sua specificità, chiamata cioè ad accogliere tutti, comunque si dichiarino le persone. Ed è significativa la stesura del *Libro Bianco per la Promozione delle Cure Palliative nel mondo*<sup>2</sup>, promosso dalla Pontificia Accademia per la Vita, che ha chiamato a raccolta i migliori esperti del progetto PAL-LIFE a livello mondiale. In tale contesto, si è parlato, tra le altre cose, delle raccomandazioni specifiche per la cura spirituale, in linea peraltro con le indicazioni del Parlamento europeo emesse nel 2018, oltre che le stesse raccomandazioni dell'OMS.

**Prosegue Clerici.** Grazie al fatto che sono state avviate queste prospettive di intendere il lavoro pastorale, l'impostazione di riferimento della figura del sacerdote è rimasta tale ma è cambiato il modo di "utilizzarla" per cui, anziché essere una risorsa estrema per l'unzione degli infermi o per i riti funebri, egli diventa un interlocutore nell'incontro con le famiglie, assumendo così un ruolo fondamentale. È una

<sup>2</sup> Aa.Vv., *Libro Bianco per la Promozione delle Cure Palliative nel mondo*, Libreria Editrice Vaticana, Città del Vaticano 2019.

questione di valori centrali. Naturalmente l'operatore deve costruire questo tipo di ruolo perché non è scontato, ma riguarda il clima specifico di ogni équipe dell'ospedale.

**Conclude don Tullio.** Un altro aspetto interessante è che l'importanza della spiritualità nell'ambito clinico è evidenziata anche da parte del Parlamento europeo. Esponenti del mondo civile e scientifico lo ribadiscono, ed è una posizione che assume valore per tutti. L'importanza della dimensione spirituale è stata scoperta inizialmente all'interno delle cure palliative, ma ora il panorama si allarga sempre più. Significativo un articolo pubblicato su «The Lancet» a fine febbraio 2022, dove si afferma che si vive di più ma purtroppo si muore male. Su questo specifico tema stiamo sviluppando l'argomento inerente alla spiritualità, con la possibilità di vedere riconosciuta a livello organizzativo questa attenzione che di fatto teoricamente c'è, ma concretamente è meno presente.