

CULTURE E RELIGIONI: confronto sulla cura del malato

Nel mondo della salute, contesto in cui gli operatori sanitari sono chiamati ad operare e dove l'uomo vive il mistero della sua vulnerabilità e mortalità, si avverte quanto mai doveroso e urgente riflettere per conoscere, nella loro peculiarità, le prospettive antropologiche, filosofiche ed etiche su temi di grande rilevanza quali la dimensione spirituale nella cura, la tematica del fine vita, la tematica della sofferenza e della morte nel rapporto tra culture e religioni diverse, nella concretezza di approccio al paziente, la cui dignità umana e libertà di fede vanno comunque e sempre rispettate.

In questo contesto la Cappellania ospedaliera del Santa Chiara ha voluto riflettere con quanti operano nelle strutture sanitarie proponendo, nei mesi scorsi, un ciclo di incontri sull'umanizzazione degli ambienti e dei servizi sanitari.

Si è voluto rispondere ai bisogni di informazione e di conoscenza su valori, riti e comportamenti considerati importanti dalle singole tradizioni religiose e culturali di fronte ai temi della malattia, della sofferenza e della morte che segnano da sempre, più o meno marcatamente, la vita di ogni persona e si pongono come ineluttabile destino per tutti, nonostante l'istintiva tendenza a rimuoverle dal proprio linguaggio.

Nel primo incontro «LA DIMENSIONE SPIRITUALE NELLA CURA DEL MALATO» padre Arnaldo Pangrazzi del Camillianum di Roma ha parlato di come in medicina, nelle scienze psicologiche, socio-educative e nelle professioni d'aiuto e di cura, si è da tempo passati dalla centratura sulla malattia alla considerazione del soggetto portatore non solo di danno, ma anche di potenzialità e capacità, arrivando a valorizzare le risorse emergenti dalla relazione persona-persona e persona-ambiente.

Eppure la spiritualità si deve purtroppo ammettere, è ancora una dimensione fuori dal campo sensoriale dei saperi professionali; integrata alla pratica professionale può potenziare la capacità d'aiuto, può facilitare i percorsi di cura, attivare la persona, alimentare la speranza contrastando i rischi della rinuncia, della depressione, l'incapacità a reagire in situazioni difficili e di grande sofferenza.

I bisogni spirituali nascono con l'uomo stesso ed evolvono con lo sviluppo della persona e possono manifestarsi come sofferenza spirituale durante la fase avanzata della malattia, in modo particolare nell'avvicinamento alla morte.

Per dimensione spirituale non si intende solo l'aspetto religioso o confessionale (vale a dire determinato dall'adesione a una particolare confessione religiosa), ma bensì i più ampi ambiti di valori e convinzioni profonde che compongono la complessità della spiritualità umana.

Nel momento della malattia e ancor più dell'avvicinarsi della morte, è possibile che questa dimensione, insieme alle domande di cui è portatrice, emerga in modo più intenso e urgente, anche sotto forma di paura, rabbia, tensione, smarrimento. Proprio per questo non sempre è facilmente riconoscibile.

Nel secondo incontro: «CHI DECIDE LA MIA MORTE? ASPETTI MEDICI, ETICI E TEOLOGICI DEL FINE VITA» si è proposta una riflessione sul fine vita al cui centro c'è senz'altro la persona che desidera morire con dignità, un diritto che avvicina tutti al di là delle convinzioni personali e del credo religioso.

Ma il nodo centrale del dibattito ha riguardato soprattutto quanti stanno accanto al malato: genitori, consorti, amici più cari, medici. Chi di loro, nel momento in cui viene meno la capacità di autodeterminazione del paziente, ha la possibilità e l'autorità di decidere?

La filosofa ed eticista Lucia Galvagni, docente dell'Istituto di Scienze Religiose di Trento, ha spiegato come sia cambiata nella medicina, al di là della realtà italiana, la relazione di cura tra medico e paziente.

«Prima il medico era l'unico indiscusso decisore. Poi, da questo modello paternalistico, si è passati all'autonomia e autodeterminazione del paziente, che oggi viene data quasi per scontata». Se viene meno l'autodeterminazione, a chi spetta il compito di decidere?

La relatrice ha dipinto tre ipotesi: «C'è il medico che, grazie alla sua competenza, potrebbe essere la persona più adatta, ma demandando a lui la responsabilità si tornerebbe ad un modello paternalistico. Ci sono i familiari, che più di tutti conoscono il paziente, ma che spesso hanno visioni molto diverse. Terza ipotesi, la società. Quando però non vengono esplicitati criteri di scelta, è la medicina che si dà criteri in autonomia».

Nel terzo intervento, partendo dalla dignità dell'uomo come condizione ontologica radicale che si riconosce intrinsecamente nella persona, padre Angelo Brusco direttore del Centro Camillianum di Verona, ha rimarcato l'importanza di un ACCOMPAGNAMENTO COMPETENTE DA PARTE DEL PERSONALE SANITARIO, in cui le competenze tecniche devono essere affiancate da un atteggiamento relazionale che sappia sedare il dolore psicologico e spirituale: «Sono le mani e il cuore di chi assiste ad affermare la dignità del paziente».

Nell'ultimo incontro «SOFFERENZA E MORTE: SFIDA E OPPORTUNITÀ PER LE RELIGIONI» si è voluto rispondere al bisogno di conoscenza sui valori, i riti e i comportamenti che le singole tradizioni religiose ritengono importanti di fronte ai due temi - sofferenza e morte - che segnano da sempre la vita di ogni persona.

Gli operatori sanitari hanno interrogato i rappresentanti di tre religioni - ortodossa, musulmana e buddista - in un attento confronto sulle diversità religiose sempre più presenti nei luoghi di cura. Quasi al termine delle tre ore di intenso confronto la domanda di due operatori ha centrato il problema più vivo: «Come possiamo accompagnare nella malattia - o anche verso la morte - i pazienti delle vostre religioni nel rispetto delle vostre pratiche e dei vostri valori? Quali errori non dobbiamo fare? Quali attenzioni dobbiamo avere?».

E le risposte sono arrivate - in parte rivolte a raccomandare soprattutto semplicità e umanità, in parte forse sorprendenti - ma non esaustive, al punto di suggerire di ipotizzare un agile vademecum interconfessionale utile per gli operatori sanitari. Fra i punti d'intesa (sulla condanna del suicidio, oppure sull'importanza di un clima silenzioso e rispettoso di tutti in ospedale) e altrettanti distinguo (la cremazione, ad esempio, non è prevista per gli ortodossi e musulmani, è d'obbligo invece nel buddismo), il confronto ha confermato ancora una volta come la diversità religiosa sia complessa e comporti una grande sfida anche per coloro che operano nei luoghi di cura.

*don Cornelio Carlin, Carlo Tenni
Cappellania Ospedale Santa Chiara*

