

Salute e identità religiose

Per un approccio multiculturale
nell'assistenza alla persona

Induismo · Buddhismo · Ebraismo · Cristianesimo · Islam

UN'INIZIATIVA DI



Insieme
per prenderci
cura

CON IL PATROCINIO DI



Regione
Lombardia

Salute e identità religiose

Per un approccio multiculturale
nell'assistenza alla persona

Induismo · Buddhismo · Ebraismo · Cristianesimo · Islam

UN'INIZIATIVA DI



CON IL PATROCINIO DI



Prima stampa 2017
Seconda edizione 2020

ISBN 978-88-97830-95-5

© novembre 2020, Veneranda Biblioteca Ambrosiana, Associazione Medica Ebraica (AME), Comunità Religiosa Islamica Italiana (COREIS), Ordine Professioni Infermieristiche Milano, Lodi, Monza e Brianza (OPI).

Gli Enti promotori restano a disposizione degli eventuali detentori di diritti d'immagine non individuati o che non sia stato possibile raggiungere per l'assolvimento degli obblighi di legge.

Altre pubblicazioni disponibili in e-book gratuitamente su
www.prendercicura.it

Comitato Scientifico 2020

Antonio Angelucci, Luciana Bovone, Abd al Tawwab Colucci, Laila Cortese, Alberto Cozzi, Elisa Crotti, Pasqualino D'Aloia, Daniela Di Carlo, IlhamAllah Chiara Ferrero, Sergio Fucci, Pier Francesco Fumagalli, Stefania Ganassin, Paolo Inghilleri, Tenzin Khentse Cesare Milani, Giorgio Lambertenghi Delilieri, Claudia Milani, Giorgio Mortara, Yahya Pallavicini, Stefano Ronca, Alberto Scanni, Paolo Sciunnach, Rosanna Supino.

Grafica e impaginazione
www.genesicom.com

Aderiscono ai programmi di Insieme per prenderci cura



Sommario

- 9 *Prefazione* di Giulio Gallera
- 12 *Introduzione*



I. Le professioni medico–infermieristiche di fronte ai cambiamenti demografici e sociali

- 19 La salute come diritto umano e i determinanti della salute
Pasqualino D'Aloia
- 33 L'approccio biopsicosociale per la tutela della salute, la presa in carico e la cura della persona
Paola Bucciarelli
- 45 Prendersi cura da un punto di vista laico
Sergio Fucci
- 53 Processi di cura e integrazione di valori
Alberto Scanni
- 62 Buone pratiche: sportelli dedicati, luoghi di preghiera, circolazione delle informazioni
Roberto Mazza
- 70 Salute e malattia: la prospettiva delle professioni sanitarie
Giovanni Muttillo



II. La vita e la morte, la salute e la malattia nelle religioni

- 87 Induismo
Paolo Magnone
- 93 Buddismo
Monaco Tenzin Khentse Cesare Milani
- 98 Ebraismo
Rav David Gianfranco Di Segni
- 104 Cristianesimo
Mons. Pier Francesco Fumagalli
- 108 Islam
Imam Yahya Pallavicini



III. Pluralismo culturale e religioso nell'assistenza alla persona e alla famiglia

- 117 Accoglienza del malato
- 122 Differenze di genere
- 126 Visite dei parenti
- 129 Assistenza spirituale durante la degenza
- 133 Preghiere e riti
- 137 Circoncisione
- 139 Vivere le festività in ospedale
- 145 Gestione delle cure
- 149 Concepimento e gestazione
- 153 Interruzione di gravidanza
- 158 Norme e consuetudini alimentari
- 161 Digiuni
- 164 Rapporto con la corporeità

- 167 Il dolore, cure palliative, la dignità della morte
172 Riti funebri, trattamento della salma, autopsia



Carta delle buone pratiche

- 179 Carta delle buone pratiche per il pluralismo religioso
e l'assistenza spirituale nei luoghi di cura
Comitato scientifico IPC
- 185 *Postfazione* di Antonio Angelucci
- 191 *Presentazione degli Autori e del Comitato Scientifico*
- 210 *Seminari realizzati*
- 211 *Contatti utili*
- 213 *Bibliografia*

Prefazione

In una società multiculturale e multi-etnica come la nostra, in tema di salute, chi ha il compito di curare non può prescindere dal mettere al centro la persona, attraverso una attenzione particolare alla condizione di grande fragilità che essa vive a causa della malattia, e non può altresì prescindere dal sostenerla e sollevarla lungo tutto il percorso di cura.

Regione Lombardia ha avviato un percorso coraggioso di evoluzione del suo sistema socio sanitario, che mette al centro il paziente e la sua presa in carico globale. Una riforma che prevede un profondo cambiamento culturale e un importante cambio di prospettiva che ci permetterà di realizzare il passaggio “dalla cura al prendersi cura”.

Viviamo in un periodo di grandi cambiamenti che hanno fatto emergere nuove necessità. L’innovazione tecnologica, la ricerca biomedica e l’individuazione di nuovi farmaci hanno permesso l’allungamento della vita e la possibilità di vivere malattie e patologie più serenamente, ma hanno posto al centro della vita delle famiglie il tema della cronicità e delle nuove fragilità, a cui le Istituzioni devono dare risposte.

Con la creazione dell'assessorato al Welfare, che mette insieme le politiche socio-sanitarie, Regione Lombardia ha voluto dare una risposta più appropriata e puntuale ai bisogni delle persone più fragili, al malato cronico e alle loro famiglie garantendo la continuità delle cure ed evitando la frammentazione dell'offerta. È per questa ragione che abbiamo messo insieme due sistemi, quello sanitario e socio-sanitario prevedendo un collegamento stretto con la parte più propriamente sociale. In questo modo miglioriamo l'accessibilità alle cure e semplifichiamo i percorsi al fine di pervenire ad una presa in carico globale del paziente.

L'integrazione socio-sanitaria accompagna, dunque, la persona fragile fornendo di volta in volta interventi mirati e personalizzati, garantendo la continuità assistenziale. Vogliamo offrire al paziente e alla sua famiglia un sistema di presa in carico che li affianchi e accompagni lungo tutto il percorso di cura. Un sistema che attraverso reti di cura e assistenza sanitaria, sociosanitaria e sociale, assicuri l'integrazione e il raccordo tra tutte le diverse competenze professionali coinvolte, ospedaliere e territoriali. Il passaggio dalla cura ospedaliera alla cura sul territorio rappresenta un sostegno concreto anche alla famiglia e alle comunità che potranno prendere in carico i malati nella maniera migliore possibile.

Nella sofferenza della malattia deve rimanere sempre al centro la dignità della persona, per questo la capacità di rendere sempre più umani i luoghi di cura e promuovere l'umanizzazione delle cure deve essere tratto distintivo della sanità e di chi vi opera. Particolare rilievo a questo

aspetto abbiamo voluto dare soprattutto nell'assistenza alla persona nella fase di fine vita con la creazione di una Rete regionale delle Cure Palliative. Nella logica del passaggio "dalla cura al prendersi cura", prevista dalla nostra riforma, il tema della terapia del dolore e quindi di essere vicino al paziente e alla sua famiglia in tutto il suo percorso, fino alla fine, è assolutamente centrale. Per questo abbiamo già avviato progetti di formazione dedicati a chi opera all'interno della rete regionale per fornirgli tutti gli strumenti necessari al fine di dare il giusto sostegno, sanitario e psicologico, ai pazienti e alle loro famiglie. È così che vogliamo sostenere concretamente le fragilità e realizzare quel "nuovo umanesimo" in grado di rimettere la persona al centro e di sostenerla a trecentosessanta gradi nel pieno rispetto anche della sua identità religiosa e culturale.

Milano, 25 marzo 2017

Giulio Gallera
Assessore al Welfare di Regione Lombardia

Introduzione

Con questo piccolo manuale, nella sua edizione ampliata, intendiamo offrire un testo di pronta consultazione, utile a medici ed infermieri, ai pazienti ed ai loro familiari, ad assistenti sociali e volontari, per valorizzare e rispettare diverse sensibilità religiose e culturali, mantenendo sempre al centro l'attenzione per la persona e la sua dignità. Il contenuto recepisce e sviluppa con modalità innovative l'eccellente esempio, già offerto nel 2011 dalla Regione Lazio, con la pubblicazione delle "Raccomandazioni per gli operatori sanitari da parte delle comunità religiose", sul tema de *L'accoglienza delle differenze e specificità culturali e religiose nelle strutture sanitarie ospedaliere e territoriali*. In modo analogo, presentiamo qui indicazioni generali e considerazioni pratiche, frutto di un confronto tra esperti e autorità religiose su questi temi che caratterizzano la nostra società plurale, specialmente nell'area milanese cittadina e metropolitana, nella Regione lombarda ma anche nel più ampio territorio italiano in una prospettiva ormai divenuta europea.

Le ondate migratorie che stanno coinvolgendo milioni di persone a livello globale ed in particolare in tre continenti – Africa, Asia, Europa – rendono più che mai necessaria anche in campo sanitario una strategia formativa che integri diversi livelli e aree di conoscenza, per rispondere alle sfide dell'integrazione in società multiculturali, caratterizzate da nuove forme di solidarietà, di condivisione, di corrisponsa-

bilità. Medici ed operatori sanitari si trovano oggi di fronte a nuove sfide deontologiche ed etiche, che coinvolgono pazienti di differenti etnie, lingue, culture e religioni. I cambiamenti in atto nella società sollecitano nuove iniziative di formazione ed informazione, nelle quali il lavoro di aggiornamento sia proposto da esperti in discipline diverse, condotto in *équipes* che realizzino una condivisione di competenze in continuo dialogo tra loro e con gli assistiti. Tra le nuove frontiere della formazione a una piena cittadinanza globale, accanto ad ambienti significativi come scuole, università, carceri ecc., si pongono anche gli ospedali e le case di cura, luoghi di condivisione valoriale e di costruzione di solidarietà.

L'organizzazione dell'assistenza ospedaliera e ambulatoriale, per garantire un sempre più efficace e rapido percorso diagnostico-terapeutico assistenziale nel rispetto della dignità del paziente, attinge consapevolmente ai valori e significati che il pensiero laico e le diverse tradizioni monoteistiche e spirituali – tra cui l'Induismo ed il Buddismo – attribuiscono alla persona malata ed all'azione di chi se ne prende cura in famiglia, nella società, nelle strutture sanitarie ed assistenziali. È fondamentale, a questo scopo, riflettere sulla dimensione etica che sostiene qualsiasi scelta di cura sia attiva sia passiva, e sulle sue motivazioni più profonde, siano esse di tipo personale o comunitario, ideale o spirituale, religioso o civile, scientifico o umanistico. Il modo stesso, con il quale il paziente ed il curante interagiscono, risulta infatti determinato anche da convinzioni valoriali, che possono contribuire positivamente al migliore esito di qualunque intervento, o viceversa risultare negative

in ordine alla sua piena efficacia. Aspetti psicologici, convinzioni di fede, esperienze cliniche possono, insieme, produrre una sommatoria che converge al benessere della persona, nel pieno rispetto della sua dignità. Parallelamente, il diffondersi della pandemia da Covid-19 ha richiesto l'adozione di protocolli sanitari che hanno interrotto lo svolgimento in ospedale di pratiche religiose proprie dell'assistenza spirituale ai pazienti, nonché alcune pratiche legate ai riti funebri. Le famiglie sono state separate dai loro cari senza poterli accompagnare e vegliare di persona. In questo contesto eccezionale, medici e infermieri si sono fatti carico di un'assistenza molto più ampia affinché la vita prevalesse sulla malattia e sull'isolamento.

Raccogliendo queste sfide della nostra società contemporanea, nel 2015 nella Biblioteca Ambrosiana sotto il motto di *Insieme per prenderci cura* ha avuto inizio – con la collaborazione dell'AME–Associazione Medica Ebraica e della COREIS–Comunità Religiosa Islamica Italiana e poi di altre Istituzioni ed esperti – un corso seminariale presso il Policlinico di Milano sostenuto dalla Fondazione Cariplo. Il gruppo è tuttora operante per la formazione alle differenti identità spirituali e ai rispettivi valori religiosi, per medici ed operatori sanitari. Abbiamo approfondito in particolare le tradizioni monoteistiche che traggono origine dall'esperienza di fede di Abramo e fioriscono nell'Ebraismo, nel Cristianesimo e nell'Islam, che possono offrire un punto di partenza per sostenere una corretta azione di cura e di assistenza. I membri del Comitato Scientifico di *Insieme per prenderci cura* hanno approfondito ed esposto al pubblico, dal punto di vista formativo, clinico, deontologico ed etico

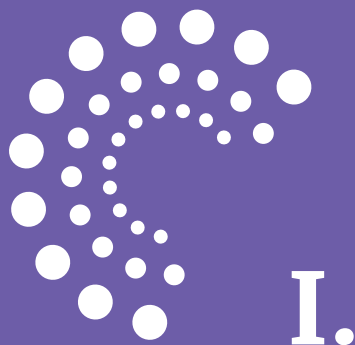
i vari aspetti di tematiche particolarmente significative per un'azione caritativa e civile congiunta di forze laiche e religiose di fedi diverse, segno di speranza nella società plurale odierna non di rado lacerata da gravi tensioni e conflitti. Fanno parte del Comitato Scientifico medici ed infermieri, professori universitari, autorità e responsabili di comunità e di organismi religiosi buddhisti, ebraici, cattolici, valdesi, evangelici e islamici. È convinzione comune che, pur nelle diversità teologiche, è possibile il dialogo e la collaborazione ecumenica, interreligiosa e interculturale fra le tre religioni monoteistiche e le grandi tradizioni spirituali, su argomenti specifici che rivestono importanza per la collettività. La nostra iniziativa risponde altresì alla necessità di fornire agli operatori sanitari già in attività, nell'ambito degli studi curricolari e nei programmi di aggiornamento, spunti di riflessione e informazioni che hanno implicazioni e applicazioni anche in rapporto agli aspetti deontologici ed etici delle professioni sanitarie. Grazie ai contributi di Fondazioni e Associazioni che nel corso degli anni hanno sostenuto le attività, è possibile distribuire gratuitamente le nostre pubblicazioni, reperibili anche in formato digitale sul sito. In fondo al volume viene pubblicata la *Carta delle buone pratiche per il pluralismo religioso e l'assistenza spirituale nei luoghi di cura* che sintetizza una visione propositiva di una "sana multiculturalità e multireligiosità" nel rispetto del quadro laico della società italiana ed europea.

Milano, 16 novembre 2020

Il Comitato scientifico
di *Insieme per Prenderci Cura*



I padri della Medicina occidentale: Ippocrate (460-377 a.C.), Galeno (129 -201 d.C.) e Avicenna (980-1037 d.C.). Incisione di un'edizione veneziana del 1520.



Le professioni
medico–infermieristiche
di fronte ai cambiamenti
demografici e sociali

La salute come diritto umano e i determinanti della salute

Pasqualino D'Aloia

La Costituzione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) del 1948 ha definito la salute come: “Uno stato di completo benessere fisico, sociale e mentale, e non soltanto l'assenza di malattia o di infermità”. Tale definizione acquisisce un significato specifico quando riferita alla promozione della salute: in questo caso viene considerata non tanto una condizione astratta, quanto un mezzo finalizzato a un obiettivo, che permette alle persone di condurre una vita produttiva sul piano individuale, sociale ed economico.

La salute va intesa quindi come una risorsa per la vita quotidiana e non come mero scopo dell'esistenza. Si tratta di un concetto positivo che valorizza le risorse sociali e personali, oltre alle capacità fisiche.

I determinanti della salute

Oggi è generalmente riconosciuto il fatto che la salute delle persone è fortemente influenzata da condizioni, stili

di vita e comportamenti, i quali prendono il nome di “determinanti della salute” e si correlano e intersecano l’un l’altro in un meccanismo di causa-effetto con reciproche influenze. Così, un comportamento individuale, come ad esempio l’abitudine di fumare, è influenzato dallo stile di vita che a sua volta è caratterizzato dalle condizioni di esistenza di una persona.

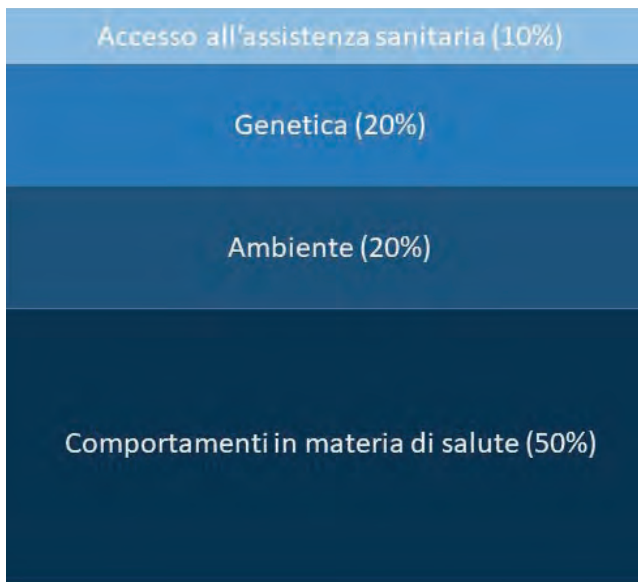
Un primo aspetto meritevole di interesse in proposito riguarda il fatto che i determinanti della salute sono in grado di influire non solo sulla qualità e l’aspettativa di vita del singolo, ma anche dell’intera collettività. Basti pensare ad esempio al peso dell’istruzione e al ruolo che la conoscenza ha nella prevenzione e nell’adozione di comportamenti salutari: numerose evidenze confermano lo stretto legame tra salute e istruzione e i dati indicano che il numero di anni di istruzione portati a termine è il più importante fattore correlato a una buona condizione di salute¹.

Negli ultimi anni, l’interesse nei confronti dei determinanti della salute è cresciuto costantemente e, a livello mondiale, è stato garantito dalla commissione dell’OMS (CSDH) per i determinanti della salute, fondata nel 2005 sotto l’egida di Michael Marmot. L’incarico della commissione era trovare delle evidenze di come le disparità a livello di salute potessero essere ridotte e di quali cor-

1 Secondo il Rapporto sullo Sviluppo Umano del 2003 (Programma di Sviluppo delle Nazioni Unite): “L’istruzione, la salute, la nutrizione, l’acqua e l’igiene si completano l’uno con l’altro e gli investimenti fatti in ognuno di questi settori contribuiscono a migliorare i risultati negli altri”.

rettivi bisognasse attuare affinché si potessero compiere progressi a livello mondiale. Il rapporto conclusivo è stato pubblicato nel 2008 con il titolo *Closing the gap in a generation. Health equity through action on the social determinants of health*.

L'elenco dei determinanti della salute riguarda globalmente la vita della persona e comprende varie categorie: comportamenti personali e stili di vita; fattori sociali che possono rivelarsi un vantaggio o uno svantaggio; condizioni di vita e di lavoro; accesso ai servizi sanitari; condizioni generali socioeconomiche, culturali e ambientali; fattori genetici.

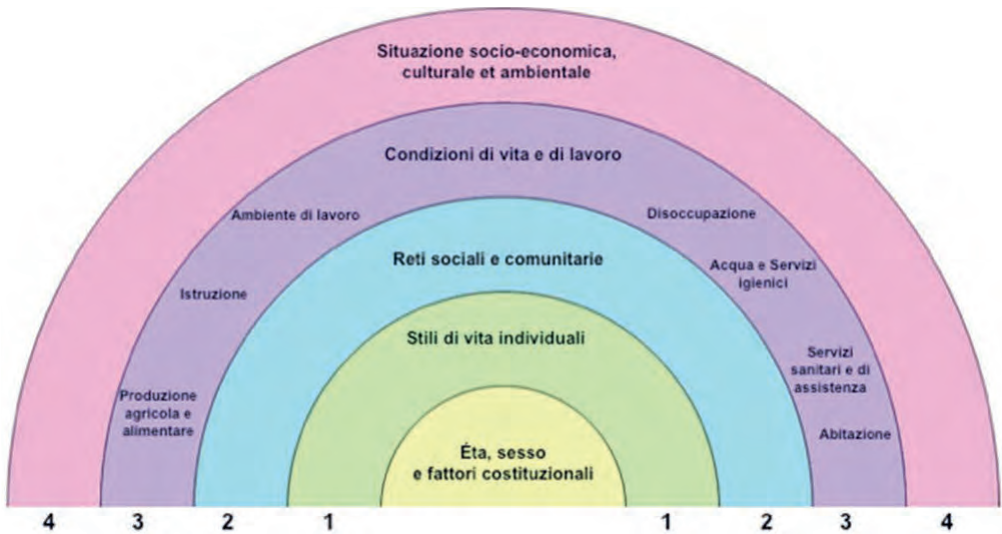


Determinanti della salute (USA). Fonte: IFTF; Centers for Disease Control and Prevention.

La considerazione di tali aspetti determina le strategie di prevenzione e le politiche sanitarie di una nazione. Infatti, come affermato dall'Istituto Superiore di Sanità, monitorare come le attività di prevenzione cambiano nel tempo e si realizzano sul territorio, raccogliendo nel contempo informazioni sulle caratteristiche socioeconomiche della popolazione è stata una svolta fondamentale per la sanità pubblica, perché permette di spostare il peso delle responsabilità dall'individuo alla società civile, superando un approccio paternalistico e colpevolizzante che si è dimostrato inefficace nel modificare stili di vita e comportamenti a rischio.

In sostanza, da un modello USA che vede lo stato di salute della persona condizionato per il 50% dai comportamenti e dallo stile di vita, ponendo in secondo piano altri fattori – ambientali (20%), genetici (20%), assistenza sanitaria (10%) – si passa a un modello che viene espresso in una serie di strati concentrici, corrispondenti ciascuno a differenti livelli di influenza.

Nel modello Europeo al centro c'è l'individuo, con le sue caratteristiche biologiche: il sesso, l'età, il patrimonio genetico; ovvero, i “determinanti non modificabili” della salute. I “determinanti modificabili”, quelli cioè che sono suscettibili di essere corretti e trasformati, si muovono dagli strati interni verso quelli più esterni ricomprendendo gli stili di vita individuali, le reti sociali, comunitarie-religiose, l'ambiente di vita e di lavoro, il contesto politico, sociale, economico e culturale.



Determinanti della salute, modello europeo.

In questo modello, la grafica a semicerchi rivela una gerarchia di valore tra i diversi determinanti della salute, per cui sono i semicerchi più esterni, ossia quelli che rappresentano il “contesto”, a influire maggiormente sullo stato di salute. È un modello concettuale che, da una parte, riflette la cultura europea di *welfare state* fondata sul “diritto alla salute” e, dall’altra, fa propria la visione “multisettoriale” della tutela della salute contenuta nella Dichiarazione di Alma Ata.

A livello pratico, focalizzare l’attenzione sui determinanti della salute rappresenta un interessante cambiamento: l’accento posto sinora sui comportamenti individuali viene spostato sulla prevenzione circostanziale, tenendo conto delle disparità in termini di salute. Contemplare il

contesto socioculturale negli interventi risulta pertanto fondamentale.

Per farlo occorrono una *relazione* redatta con coerenza sulla base dei determinanti della salute, una *ricerca* che si occupi essenzialmente di spiegare le complesse interrelazioni tra condizioni di vita e comportamenti e, infine, una *politica* che favorisca lo sviluppo di condizioni sociali adeguate. Non solo la sanità, quindi, ma tutti i settori partecipano all'incidenza positiva dei determinanti sociali della salute.

Il documento OMS sui determinanti sociali della salute

Pubblicato nell'autunno del 2013 e attualmente in corso di ulteriore revisione, il documento OMS *Review of determinants and the health divide in the WHO European Region: executive summary* è stato pensato come un punto di riferimento a supporto delle strategie di salute e benessere da perseguire con il nuovo programma quadro Salute 2020. È il frutto del lavoro parallelo di 13 commissioni, seguito da un processo di revisione finale coordinato da esperti del University College London Institute of Health Equity e dell'OMS.

Secondo Zsuzsanna Jakab, Direttore dell'ufficio regionale europeo dell'OMS, questa revisione rappresenta un appello ai decisori politici e sanitari e un'opportunità per facilitare l'azione di tutti coloro che si dedicano a migliorare gli esiti di salute e a ridurre le disuguaglianze. L'offerta – tramite questo documento – di una rilevante quantità di dati solidi non va quindi soltanto intesa come una

puntuale descrizione della situazione in essere, ma come uno strumento di richiamo all'impegno e all'azione. Per tali motivi, nel documento vengono esplicitamente definite non eque (*health inequities*) le disuguaglianze di salute (*health inequalities*) ragionevolmente evitabili con appropriate misure.

Nel descrivere le modalità con cui raggiungere gli obiettivi, Salute 2020 propone nuove forme di governance per la salute, nelle quali la salute e il benessere sono visti come responsabilità dell'intera società e di tutto il governo, e incoraggia una partecipazione pubblica attiva nel processo decisionale. In proposito, le azioni sui determinanti sociali che vengono descritte, sono orientate allo sviluppo di approcci che costruiscono la salute in tutte le politiche. La finalità è di migliorare la salute di tutti e, di conseguenza, ridurre l'effetto assoluto dei determinanti sociali su tutte le persone e in particolare su quelle più colpite, cui vanno rivolti interventi mirati.

Il documento mostra, inoltre, i modi per sinergizzare gli interventi clinici con l'equità, i determinanti sociali di salute e gli input necessari e fondamentali del sistema sanitario, rafforzando le modalità di finanziamento della salute e intensificando la governance.

La dimensione religiosa e il ruolo degli infermieri

Considerata l'importanza della collettività nel determinare la salute anche dell'individuo, una riflessione merita la dimensione religiosa della persona quale cornice sociale e spirituale in cui il soggetto si muove.

Oggi viene riconosciuta sempre di più la dimensione spirituale della salute. Una comprensione globale della salute implica infatti che tutti i sistemi e le strutture deputate a governare le condizioni socioeconomiche e l'ambiente fisico, debbano agire considerando l'impatto che il loro operato avrà sulla salute e sul benessere dei singoli individui e dell'intera comunità.

Come accennato, negli ultimi anni le diseguaglianze sociali riferite alla salute sono diventate un tema importante nella sanità pubblica europea. In poco tempo in molti Paesi si è passati dalla misurazione alla ricerca delle cause e alla definizione di interventi di correzione. Anche in Italia il quadro delle diseguaglianze nella salute evidenzia questo tema come una priorità assoluta per le politiche di salute: nessun singolo fattore di rischio è in grado di spiegare una quota così alta di mortalità e di morbosità nella popolazione. Tutti gli indicatori socio-economici utilizzati – classe, educazione, casa, risorse economiche, contesto – misurano variazioni sociali dello stesso segno, seppure di intensità variabile, su tutti gli indicatori di salute e di accesso all'assistenza analizzati. È necessario quindi intervenire considerando:

- *Governance*: migliorare la governance dei determinanti sociali di salute e delle uguaglianze/disuguaglianze di salute. Ciò richiede maggiore coerenza nell'azione a tutti i livelli di governo – transnazionale, nazionale, regionale e locale – e attraverso tutti i settori e gli stakeholder – pubblici, privati e volontari.

- *Priorità per la salute pubblica, la prevenzione e il trattamento delle malattie*: sviluppare una risposta globale e intersettoriale per la prevenzione e il trattamento a lungo termine in modo da ottenere un cambiamento duraturo ed equo nella prevenzione e nel trattamento delle malattie e nella promozione dell'equità.
- *Misure e obiettivi*: avviare attività regolare di reporting e di indagine pubblica sulle disuguaglianze di salute e sui suoi determinanti sociali a livello di governo, transnazionale, nazionale e locale.

L'ICN (International Council of Nurses), la più antica organizzazione internazionale per i professionisti dell'assistenza sanitaria fondata nel 1899, si pone come mission quella di rappresentare l'assistenza infermieristica in tutto il mondo, far progredire la professione, promuovere il benessere degli infermieri e sostenere la salute in tutto il mondo. Gli infermieri riconoscono, sostengono e investono al fine di guidare e fornire salute per tutti.

Le priorità identificate dall'ICN sono la copertura sanitaria Universale, la salute come diritto umano, equità ai servizi sanitari di base, le risorse umane per la salute e le cure centrate sulla persona. In quest'ultima affermazione si rende ancor più evidente come l'assistenza infermieristica abbia uno stretto legame con l'identità religiosa delle persone assistite e debba tener conto più che mai dell'approccio multiculturale.

Il nuovo Codice Deontologico dell'Infermiere (2019), all'articolo 1 afferma che:

L'Infermiere è il professionista sanitario, iscritto all'Ordine delle Professioni Infermieristiche, che agisce in modo consapevole, autonomo e responsabile. È sostenuto da un insieme di valori e di saperi scientifici. Si pone come agente attivo nel contesto sociale a cui appartiene e in cui esercita, promuovendo la cultura del prendersi cura e della sicurezza.

L'essere agente attivo permette ad oggi di tenere presente le diversità considerando sempre più il rispetto e la non discriminazione, ribaditi anche nell'art. 3 del Codice Deontologico:

L'Infermiere cura e si prende cura della persona assistita, nel rispetto della dignità, della libertà, dell'eguaglianza, delle sue scelte di vita e concezione di salute e benessere, senza alcuna distinzione sociale, di genere, di orientamento della sessualità, etnica, religiosa e culturale. Si astiene da ogni forma di discriminazione e colpevolizzazione nei confronti di tutti coloro che incontra nel suo operare.

Garantire l'assistenza infermieristica è oggi più che mai un'attività complessa, che si interseca con diverse discipline e conoscenze. Questo ha trovato significato anche nel definire i diritti e garantire, oltre alle cure, il rispetto della dignità e il supporto religioso e spirituale per chi si trova nella fase finale della vita in strutture sanitarie, fulcro del *Manifesto Interreligioso dei diritti nei percorsi di fine vita* firmato anche dai rappresentanti dell'Ordine delle Professioni Sanitarie nell'Aprile 2019 a Roma.

Il Manifesto consta di nove punti sui diritti fondamentali di cura, rispetto della dignità e supporto religioso e spiri-

tuale per chi si trova nella fase finale della vita in strutture sanitarie. Per elaborare le linee guida applicative su alimentazione, cura spirituale, trattamento del corpo nella malattia e nei riti pre e post mortem, è operativo il Tavolo Interreligioso.

Tali diritti vanno garantiti non solo nei centri di cure palliative, ma anche negli ospedali e nei pronto soccorso; è un lavoro delicato quanto importante, un traguardo che è frutto di una particolare sensibilità nei confronti del dialogo interreligioso in ambito sanitario.

La nascita, la morte, la cronicità, l'educazione terapeutica e sanitaria, l'emergenza-urgenza, la disabilità, l'emarginazione sociale, la solitudine, la pandemia sono eventi della vita di ciascun cittadino che portano in sé grandi domande di significato per chi riceve assistenza, ma anche per chi questa assistenza la propone e la eroga. L'infermiere agisce considerando che l'individuo non è mai da solo: come disse lo scrittore Gilbert Keith Chesterton "Uno più uno non fa due, ma duemila volte uno". Per un infermiere, questo si traduce nel bisogno di essere in costante dialogo con il cittadino, nel rispetto della sua identità.

Migrazioni, determinanti sociali e religione

In questo momento storico e in un contesto geopolitico caratterizzato da imponenti flussi migratori con modalità differenti a seconda di uomini, Paesi, cause, mezzi e direzioni, l'analisi dei determinanti di salute nel contesto migratorio e nei Paesi di origine, transito e destina-

zione (inclusa l'Italia), costituisce un presupposto fondamentale per la definizione di politiche idonee e per l'organizzazione di un'offerta che sia realmente inclusiva ed equa.

I numeri parlano chiaro: il fenomeno migratorio è in costante crescita a livello globale. Secondo i dati pubblicati dall'Organizzazione internazionale per le migrazioni (OIM, International Organization for Migration) le previsioni per il 2050 prevedono più di quattrocento milioni di persone migranti come risultato delle crescenti disparità demografiche, dei cambiamenti ambientali, delle nuove dinamiche economiche e politiche globali, delle rivoluzioni tecnologiche e dei network sociali.

Le implicazioni sociali e sanitarie sono di grande portata: i flussi migratori interessano una moltitudine di popolazioni e di categorie di persone (lavoratori, studenti, rifugiati, ecc.), ognuna con determinanti di salute, bisogni e livelli di vulnerabilità differenti. In proposito, una delle sfide della sanità pubblica è riuscire a garantire accesso ai servizi e percorsi di tutela per tutte quelle persone che, per diversi motivi, si trovano in condizioni di fragilità sociale.

I fattori che condizionano il profilo di salute dei migranti sono diversi: come ad esempio, prima della partenza, esposizione a eventuali fattori di rischio (ambientali, microbiologici, culturali, ...) e accesso a servizi sanitari preventivi e curativi nel Paese di origine o di immigrazione intermedia. Durante il viaggio si inseriscono le conseguenze delle difficoltà fisiche e psicologiche, mentre dopo l'arrivo nel Paese ospite diventano

significative le condizioni di vita e l'accesso ai servizi sociosanitari.

La maggior parte di coloro che giungono in Italia è fondamentalmente in buona salute. Si osserva infatti il cosiddetto “effetto migrante sano”, una forma di autoselezione all'origine in base a cui decide di emigrare solo chi è in buone condizioni di salute. Una volta nel nostro Paese, però, gli immigrati vedono progressivamente il loro stato di salute impoverirsi, poiché esposti a molti fattori di rischio legati a condizioni di vita generalmente precarie.

Diversi studi dimostrano che numerose patologie croniche, tra cui il diabete, colpiscono maggiormente i gruppi socialmente sfavoriti. Tra questi, le persone immigrate rappresentano una fascia di popolazione particolarmente svantaggiata poiché non sempre hanno accesso ai servizi nei tempi e nei modi che sarebbero necessari. Dunque, favorire un accesso regolare ai servizi preposti all'assistenza e potenziare le competenze individuali diventano obiettivi primari, sia per la prevenzione e gestione del singolo che per la salute pubblica.

Accanto a questa visione generale, stanno poi le differenze di genere, che si manifestano particolarmente in sottogruppi di popolazione svantaggiati economicamente o minoritari. Una parte consistente della popolazione, rappresentata dagli stranieri presenti in Italia, sia residenti che non, presenta problemi nuovi e sconosciuti per il Servizio Sanitario Nazionale che riguardano i concetti di salute, malattia e genere, e sono fortemente determinati da cultura e religione.

Compito del SSN è, ancora una volta, garantire l'accesso ai servizi di prevenzione, diagnosi e cura ad ogni individuo presente sul territorio nazionale, indipendentemente da genere, religione o etnia.

L'approccio biopsicosociale per la tutela della salute, la presa in carico e la cura della persona

Paola Bucciarelli

La storia individuale e l'intera vita del malato non devono mai passare in secondo ordine.

Oliver Sacks

L'enfatizzare ciò che abbiamo in comune, come esseri umani, rende più facile il rispetto per le cose che ci rendono diversi.

Matilde Leonardi

Segui sempre le 3 "R": Rispetto per te stesso. Rispetto per gli altri. Responsabilità per le tue azioni.

Tenzin Gyatso - XIV Dalai Lama

La svolta del Novecento

Fino alla prima metà del secolo scorso, il concetto di salute era definito in modo molto semplice e – paradossalmente – attraverso un'affermazione negativa: «la salute è l'assenza di malattie».

L'immenso desiderio di stabilità, sviluppo equo e giustizia espresso da vincitori e vinti al termine della seconda guerra mondiale si concretizzò nell'istituzione delle

Nazioni Unite e delle sue agenzie tecniche correlate (tra cui l'OMS – Organizzazione Mondiale della Sanità); queste realtà concorsero, nel 1948, all'enunciazione della Dichiarazione Universale dei Diritti dell'Uomo.

Dalla presa di coscienza dell'importanza di mantenere la pace tra i Popoli, nel medesimo anno fu adottato un nuovo concetto di salute, così riassunto all'articolo 1 dello Statuto dell'OMS: «la salute è uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non soltanto una mera assenza di malattia o infermità».¹ Tale definizione – tuttora invariata e supportata a livello mondiale dal punto di vista scientifico, politico e tecnico – provocò una rivoluzione nella concezione della cura (soprattutto perché i medici – salvo eccezioni – da secoli si era impegnati nella lotta contro le malattie per diagnosticarle, eliminarle e per prolungare la vita; ma non per promuovere e tutelare il benessere).

La nuova visione della salute – in quanto presupposto di una 'medicina della persona' nella sua totalità – stimolò altresì molteplici studi innovativi in ambito socio-sanitario. In particolare, essendo strettamente connessa al concetto di benessere, apparve evidente che la salute non dovesse solamente essere sancita dai medici ma percepita dagli individui.

Pressoché simultaneamente al lavoro dell'OMS, il 1° gen-

1 Nell'attuale versione dello statuto dell'OMS, la definizione è riportata nella prima parte introduttiva. L'intero documento, in traduzione italiana, è disponibile all'indirizzo:

www.admin.ch/opc/it/classifiedcompilation/19460131/200906250000/0.810.1.pdf.

naio 1948, in Italia – membro dell'ONU – veniva alla luce la nuova Costituzione della Repubblica, ove, all'art. 32, si afferma esplicitamente che «la salute è un diritto e un interesse collettivo».²

La nuova concezione, estendendo il dominio della salute dall'area corporea a quella mentale, relazionale, sociale e del diritto, sollevava potenzialità ma anche criticità giacché il campo di azione si estendeva dalla 'medicina del corpo' alle scienze psicologiche e sociali, con ripercussioni su aspetti legali ed economici. Proprio l'identificazione delle relazioni sociali quali potenziali cause di malattia o disturbo portò ad avviare un cambiamento culturale e strutturale nella Sanità Pubblica. L'obiettivo non poteva più consistere solamente nella diagnosi e nella cura delle malattie bensì nella salvaguardia e nella promozione della condizione di salute e benessere delle persone «senza distinzione alcuna per ragioni di razza, colore, sesso, lingua, religione, opinione politica o di altro genere, origine nazionale o sociale, di ricchezza, di nascita o altra condizione».

Modello biomedico vs modello biopsicosociale

A fronte di una concezione multidimensionale della salute, alla fine degli anni Settanta del secolo scorso George Libman Engel suggerisce per la prima volta un nuovo modello

2 Il testo integrale dell'art. 32 recita: «La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana».

interpretativo, denominato biopsicosociale,³ che meglio interpreta la realtà ma male si rapporta a modelli fortemente appoggiati dalle scuole di medicina (tra cui, principalmente, il modello biomedico). Engel sostiene che il vecchio, invalso approccio sia privo dei necessari presupposti interpretativi delle interazioni tra i sistemi biofisici, sociali, comportamentali e ambientali, essenziali per un intervento di prevenzione, riabilitazione e promozione della salute tempestivo ed efficace.⁴ Per primo, Engel sostiene con chiarezza che «l'essere umano è un sistema ecologicamente immerso in sistemi multipli» e sottolinea «l'importanza di conoscere l'ambiente sociale e di vita della persona per formulare una diagnosi esaustiva».

La dichiarazione dello stato di salute o di malattia di un individuo è possibile, pertanto, solamente analizzando in

3 Il pensiero di Engel si costruisce sulla teoria generale dei sistemi di von Bertalanffy del 1968. Si fonda sull'idea che, per essere compreso e affrontato, non è sufficiente dividere un fenomeno in più semplici unità di analisi e studiare distintamente queste unità ma è necessario indagare le interrelazioni tra queste ultime. Engel sostiene che «ogni condizione di salute o malattia è la conseguenza dell'interazione tra fattori biologici, psicologici e sociali... (mentre) il modello dominante di malattia è quello biomedico, che non lascia alcuno spazio per le dimensioni sociali, psicologiche e comportamentali della malattia». L'autore proponeva, dunque, un modello biopsicosociale «che fornisce un piano per la ricerca, una cornice per l'insegnamento e un progetto per l'azione nel mondo dell'assistenza sanitaria». Engel, George Libman, "The Need for a New Medical Model: a Challenge for Biomedicine", *Science*, 8 aprile 1977, n. 196, pp. 129-136. Disponibile all'indirizzo: www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/847460.

4 Sul fronte della pratica medica, i progressi tecnologici occorsi dalla seconda metà del secolo scorso hanno ulteriormente nutrito questo approccio, spostando l'oggetto della medicina da un modello di cura a un modello tecnologico orientato alla cura della persona.

modo non deterministico l'interazione tra attori, processi e contesti che agiscono sulla persona.

Il benessere o il malessere risiedono anche nella qualità delle relazioni sociali e ambientali e la salute è funzione della conformità/congruenza tra le capacità, le attese della persona e le risorse esistenti nel contesto. In quest'ottica, dunque, il comportamento del 'prestatore di cura' (*caregiver*) e il rapporto da lui instaurato con il paziente possono influenzare significativamente il risultato terapeutico ottenibile (anche a parità di terapie adottate).

La conferenza di Ottawa e la dichiarazione di Jakarta

Accanto allo sviluppo di saperi e tecnologie che hanno contribuito a produrre rilevanti progressi in campo clinico – offrendo la possibilità di prolungare la vita e di sopravvivere a malattie fatali – dagli anni Ottanta del secolo scorso si assiste a una crescente volontà di recuperare le radici più 'umane' della disciplina medica.

Un forte impulso nella considerazione dei diversi determinanti di benessere è fornito dai risultati della Prima Conferenza Mondiale sulla Promozione della Salute di Ottawa⁵ e dalla Dichiarazione di Jakarta sulla promozione della Salute nel XXI secolo,⁶ dove si afferma che la perso-

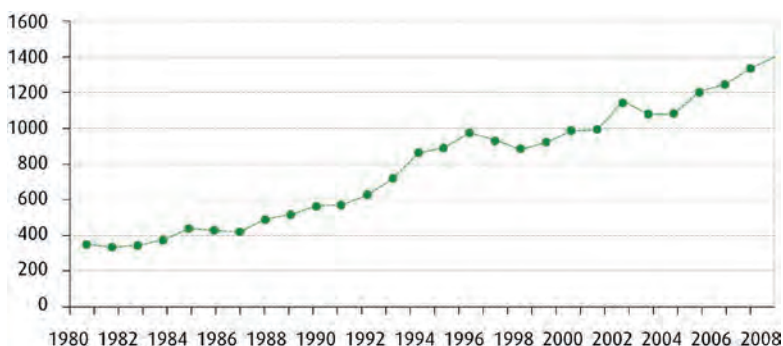
5 *The Ottawa Charter for Health Promotion*, I Conferenza Internazionale sulla Promozione della Salute, 17-21 novembre 1986, Ottawa, Canada.

6 *The Jakarta Declaration on Leading Health Promotion into the 21st Century*, IV Conferenza Internazionale sulla Promozione della Salute, 21-25 luglio 1997, Jakarta, Indonesia:

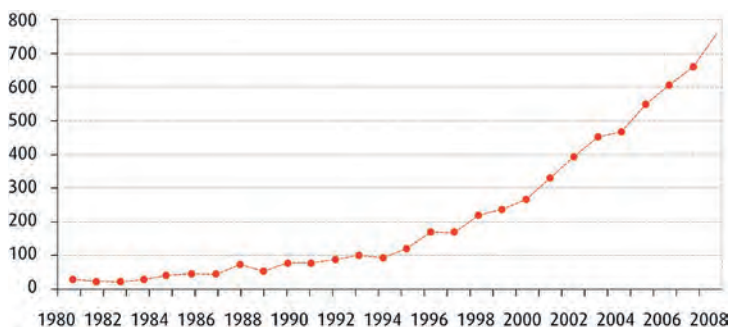
www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/declaration/en/index1.html

na è un complesso inscindibile di corpo, mente e spirito, profondamente inserita in un contesto familiare, lavorativo e sociale.

Per la prima volta dal dopoguerra – peraltro ammettendone fin dai tempi più antichi la significatività e la rilevanza – nella promozione della salute delle persone vengono esplicitamente richiamati la spiritualità e la religione. L'attenzione per tali aspetti è testimoniata dal notevole incremento delle pubblicazioni che riconoscono la portata complessa e multidimensionale dei temi e la loro ricaduta su aspetti cognitivi, fisiologici, esperienziali e comportamentali della persona. L'appropriata considerazione di tali argomenti è riconosciuta rilevante nella costruzione dei percorsi di sostegno e cura soprattutto qualora i pazienti si trovino a vivere cambiamenti corporei, psicologici, emotivi e sociali irreversibili, drammatici e imprevisi.



Il grafico esprime la crescita degli articoli indicizzati nel periodo 1980–2008 dal sito MEDLINE® contenenti le parole chiave: religion, religiosity, religious, religiousness (elaborazione dei dati di John Ehman, University of Pennsylvania Medical Center, 2009).



Il grafico esprime la crescita degli articoli indicizzati nel periodo 1980–2008 dal sito MEDLINE® contenenti le parole chiave: spiritual, spirituality (elaborazione dei dati di John Ehman, University of Pennsylvania Medical Center, 2009).

Uno standard per misurare salute e disabilità

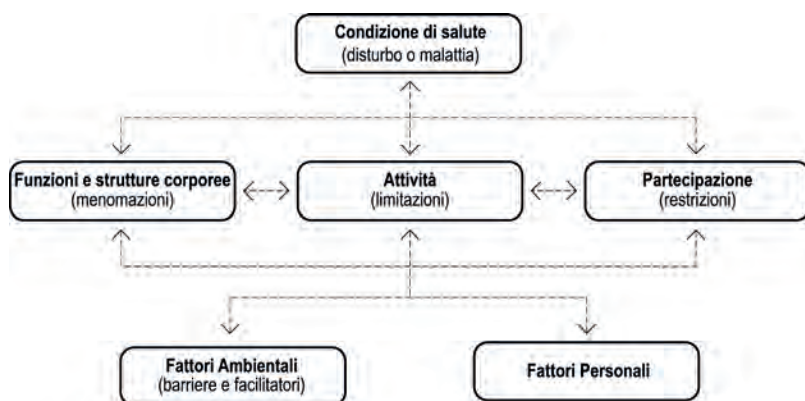
Con questa rinnovata coscienza e a seguito di un corposo processo di revisione della precedente classificazione adottata,⁷ nel 2001 l'Organizzazione Mondiale della Sanità pubblica l'ICF-*International Classification of Functioning, Disability and Health*, uno strumento biopsicosociale innovativo per concezione e costruzione, ratificato da centonovantuno Paesi come lo standard internazionale per misurare e classificare salute e disabilità.⁸

La definizione di disabilità nella logica dell'ICF è rivoluzionaria: essa non è più descritta come la conseguenza deterministica di una menomazione (intesa come una

7 World Health Organization, *ICDH-International Classification of Impairment, Disability and Handicap*, Geneva, 1980.

8 World Health Organization, *ICF-International Classification of Functioning, Disability and Health*, Geneva, 2001:
<http://www.who.int/classifications/icf/en/>

perdita o un'anomalia strutturale o funzionale, fisica o psichica), bensì come la risultante di una relazione negativa o inappropriata tra una condizione di salute di un individuo e i suoi fattori personali, ambientali e contestuali (ossia le circostanze in cui vive). Ne consegue che ciascun individuo, potenzialmente in ogni momento dell'esistenza, può trovarsi in un situazione contestuale le cui caratteristiche possono limitare o restringere le sue capacità e la sua possibilità di partecipazione, causando una disabilità.⁹



Interazione tra le componenti dell'ICF: il modello concettuale della classificazione (rielaborazione dell'autore dall'originale)

Le informazioni contenute nell'ICF riguardano codici (item) che descrivono il 'funzionamento' umano e le sue restri-

9 Matilde Leonardi, Jerome Bickenbach, Tefvik Bedirhan Ustun, Nenad Kostanjsek, Somnath Chatterji, "The definition of disability: what is in a name?", *The Lancet*, Volume 368, No. 9543, pp. 1219-1221, 7 October 2006: www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS01406736%2806%2969498-1

zioni. La classificazione serve da modello di riferimento per organizzare queste informazioni rispetto alle caratteristiche di un individuo, strutturandole in modo codificato, interrelato e accessibile. Nello specifico, i temi di spiritualità e religione sono rilevanti all'interno di due differenti 'componenti'. Il primo è quello denominato 'Attività e Partecipazione', dove, nel capitolo 9 "Vita sociale, civile e di comunità", il codice 'd930' è dedicato a 'Religione e Spiritualità'. Il secondo componente è quello dei 'Fattori Ambientali' (vale a dire gli atteggiamenti, l'ambiente fisico e sociale in cui le persone vivono e conducono la loro esistenza), a cui afferiscono i codici: 'e145': "Prodotti e tecnologia per la pratica della religione o della spiritualità"; 'e325': "Conoscenti, colleghi, vicini di casa e membri della comunità"; 'e330': "Persone in posizioni di autorità"; 'e335': "Persone in posizioni subordinate"; 'e465': "Norme sociali, costumi e ideologie". La considerazione di come tali elementi (codificati) interagiscono con tutte le componenti (a loro volta codificate) del funzionamento della persona in differenti contesti situazionali, permette di identificare quali siano i facilitatori e le barriere che determinano la salute o la disabilità degli individui.

L'ICF, quale strumento ideato per misurare lo stato di salute fondato su un linguaggio univoco e condiviso, permette inoltre di mettere in relazione differenti figure professionali che concorrono a promuovere il benessere delle persone in una società sempre più multiculturale e multietnica (riconoscibile soprattutto nel mondo ospedaliero, in cui convivono operatori sanitari e assistiti di eterogenea provenienza, lingua, cultura, spiritualità e religione).

Attraverso l'ICF e il ricorso a una rete di supporto costituita da specifici saperi e competenze religiose, spirituali e culturali, il monitoraggio e l'implementazione delle analisi possono supportare medici e personale socio-sanitario nella scelta delle azioni più appropriate da intraprendere rispetto al modo in cui i pazienti percepiscono, comprendono e affrontano la malattia, la sofferenza e il dolore.

Dignità della persona

A livello complessivo, il quadro normativo antidiscriminatorio vigente, l'ICF (quale strumento biopsicosociale di misurazione delle situazioni di salute e disabilità) e la maturata consapevolezza della necessità di rapportarsi alle complesse dinamiche demografiche, migratorie e culturali (da tempo) in atto, costituiscono presupposti adeguati affinché il dibattito sulla tutela della salute delle persone (e dei popoli) possa positivamente migliorare e progredire.

A livello puntuale, nella gestione della relazione medico/paziente e negli spazi di assistenza/cura si assiste ancora, tuttavia, a una generale carenza nell'implementazione di pratiche attive e azioni positive rispetto alla necessità di garantire un adeguato supporto religioso e spirituale teso ad alleviare la sofferenza, il dolore e la malattia, per favorire il benessere individuale attraverso la considerazione della dignità e della specificità umana.

È dunque necessario conoscere, promuovere e tutelare gli aspetti di religione e spiritualità negli spazi di cura attra-

verso un'opera progressiva di sensibilizzazione, informazione e formazione di tutti gli operatori sanitari, nel rispetto delle molteplici identità ed esigenze delle persone assistite; questo per costruire in modo multidisciplinare, relazionale e condiviso nuove linee di indirizzo e buone pratiche (da monitorare periodicamente) per supportare e misurare l'efficacia dell'intervento clinico e terapeutico. Per raggiungere tale obiettivo è prioritario individuare e discutere i dilemmi e le problematiche che coinvolgono (e talora intimoriscono) le figure professionali, operando un confronto continuo rispetto alle differenti posizioni che le religioni hanno riguardo alle problematiche di salute, malattia, vita e morte, in modo da costruire un processo di cura che tenga conto della dimensione reale e contestuale della persona assistita.¹⁰

Una volta acquisita la conoscenza di metodi, strumenti, modalità di approccio – soprattutto sulle tematiche di inizio e fine vita, e nei i casi clinici più complessi –, consci di limiti e potenzialità, si dovrà prendere coscienza che non esistono a priori soluzioni giuste e sbagliate; solo un percorso condiviso e un processo di ascolto costruito con la persona assistita – soprattutto se fragile – permetterà

¹⁰ Proprio il dialogo è considerato nei documenti dell'Unione Europea una pratica fondamentale per «dare un contributo significativo allo sviluppo di una società sana, ordinata e coesa», e per «superare l'estremismo filosofico e religioso, gli stereotipi e i pregiudizi, l'ignoranza e l'indifferenza, l'intolleranza e l'ostilità, che anche nel recente passato sono stati causa di tragici conflitti e di spargimento di sangue in Europa». Affari Esteri del Consiglio d'Europa (a cura di), *Libro bianco sul dialogo interculturale «Vivere insieme in pari dignità»*, 118° sessione ministeriale, Strasburgo, 7 maggio 2008.

di porre le basi per la costruzione di una moderna cultura biopsicosociale dell'umanizzazione della cura.

L'adozione consapevole di tale prospettiva arricchirà le esperienze di medici, infermieri, rappresentanti religiosi, mediatori culturali e pazienti. E sarà il seme che, nel tempo, contribuirà concretamente a far crescere il benessere dell'individuo tanto nelle comunità, quanto nella società.

Prendersi cura da un punto di vista laico

Sergio Fucci

La costituzione italiana, i codici deontologici e la relazione di cura

L'espressione "prendersi cura" può essere letta e interpretata in vari modi. In queste brevi note viene delineata una declinazione laica di questa espressione partendo dai principi fondamentali della nostra Costituzione e dall'elencazione dei conseguenti diritti del soggetto che chiede di essere assistito e curato per passare poi ai compiti e ai doveri che competono ai professionisti del mondo della sanità (*in primis*, ma non solo, medici e infermieri) nel momento in cui prendono in carico la persona che si rivolge ad una struttura o a un libero professionista.

Il primo comma dell'art. 3 della Costituzione italiana afferma che "tutti i cittadini hanno pari dignità sociale e sono uguali davanti alla legge, senza distinzione di sesso, di razza, di lingua, di religione, di opinioni politiche, di condizioni personali e sociali". Da questo ar-

ticolo emerge l'importanza del principio di uguaglianza che, partendo dall'evidente presupposto che le persone possono avere tendenze sessuali o fedi religiose non identiche, afferma che, pur nella loro intrinseca diversità identitaria, devono essere trattate senza essere discriminate in modo che in situazioni uguali ci sia un identico trattamento normativo e che, invece, situazioni diverse devono essere disciplinate in modo diverso. Viene, quindi, introdotto nell'ordinamento il divieto di ogni irragionevole discriminazione che i codici deontologici dei sanitari recepiscono, come si evince dalle disposizioni contenute nell'attuale codice di deontologia medica (C.D.M.), versione 2014, e nel recente codice di deontologia delle professioni infermieristiche (C.D.P.I.) del 2019.

Il primo comma dell'art. 3 del C.D.M., intitolato *Doveri generali e competenze del medico* stabilisce infatti che

Doveri del medico sono la tutela della vita, della salute psico-fisica, il trattamento del dolore e il sollievo della sofferenza, nel rispetto della libertà e della dignità della persona, senza discriminazione alcuna, quali che siano le condizioni istituzionali o sociali nelle quali opera.

Il C.D.P.I. all'art 3 – intitolato *Rispetto e non discriminazione*, a sua volta afferma che

L'Infermiere cura e si prende cura della persona assistita, nel rispetto della dignità, della libertà, dell'eguaglianza, delle sue scelte di vita e concezione di salute e benessere, senza alcuna distinzione sociale, di genere, di orientamento del-

la sessualità, etnica, religiosa e culturale. Si astiene da ogni forma di discriminazione e colpevolizzazione nei confronti di tutti coloro che incontra nel suo operare.

La formulazione del nuovo codice deontologico degli infermieri appare più puntuale rispetto al tema specifico del “prendersi cura” della persona rispettando la sua identità nel momento in cui non solo ribadisce il principio di non discriminazione, ma fa precedere questa affermazione da un precetto che pone in primo piano il rispetto della dignità della singola persona, delle sue scelte di vita e delle sue concezioni di salute e non la tutela della vita in senso astratto, concetto che sembra preminente in questa parte del C.D.M. che, probabilmente, ha subito con maggiore enfasi alcune considerazioni di carattere religioso.

Non si può negare, infatti, che il principio della indisponibilità del bene vita per la sua sacralità è ricorrente nell’ambito religioso e che ciò talvolta influisce sugli operatori sanitari che di conseguenza hanno difficoltà ad accogliere le richieste delle persone che pongono in discussione questo assioma perché, per le motivazioni più disparate, intendono riappropriarsi in tutti i sensi della loro vita fino a compiere scelte di rifiuto delle cure salvavita oppure dirette a concludere una vita che non ritengono più degna di essere da loro vissuta.

Nella relazione di assistenza e di cura ci sono certamente almeno due soggetti che si confrontano tra di loro: chi desidera essere curato e chi si prende cura di questa persona, ma questa circostanza non abilita il sanitario a di-

sattendere la scelta consapevole dell'interessato, compiendo gesti assistenziali e terapeutici rifiutati da chi ha il diritto di decidere se accettarli o meno.

Ormai in Italia svolgono le varie professioni sanitarie anche persone che hanno come riferimento religioso credi diversi da quello cattolico ancora predominante nel nostro Paese. È importate che tutti questi professionisti comprendano che quando si prende in carico un malato capace di fare scelte consapevoli è necessario rispettare il suo diritto costituzionalmente garantito all'autodeterminazione nella gestione della propria salute e che il trattamento sanitario in Italia è di norma di natura volontaria, salvo gli eccezionali casi in cui la legge (non il medico/infermiere) ne sancisce l'obbligatorietà soprattutto (ma non solo) per salvaguardare la salute pubblica minacciata dal pericolo di diffusione di una malattia contagiosa.

L'obiezione di coscienza

Il sanitario non può disattendere la volontà dell'interessato invocando un preteso suo diritto all'obiezione di coscienza per due fondamentali motivi. Il primo riguarda la natura dell'obiezione di coscienza che è un diritto solo se è riconosciuto come tale dalla legge italiana che lo prevede in pochi ed eccezionali casi (tra cui l'interruzione di gravidanza e la procreazione medicalmente assistita) specificando le modalità con le quali ci si può avvalere di questo diritto. Non esiste, quindi, un diritto generalizzato all'obiezione di coscienza, fermo restando che è pos-

sibile invocare la cosiddetta clausola di coscienza per non compiere gesti di cura che collidono in modo insopportabile con la propria coscienza, assumendosene la relativa responsabilità. Invocare la clausola di coscienza, infatti, può quantomeno comportare sanzioni disciplinari nell'ambito del rapporto di lavoro con la struttura nella quale il sanitario opera, a prescindere dal fatto che il malato che ha subito un danno da tale comportamento si attivi per ottenerne il ristoro e dall'eventuale commissione di un delitto (ad esempio, indebito rifiuto di atti di cura o di assistenza che devono essere compiuti con urgenza per i professionisti che operano nelle aziende sanitarie pubbliche). Non va dimenticato che i giovani, che si sono rifiutati per motivi di coscienza di adempiere agli obblighi militari quando la leva era obbligatoria per legge, hanno subito condanne in sede penale con sanzioni talvolta pesanti. In sostanza invocare la clausola di coscienza non è quello che si definisce "un pasto gratis".

Il secondo motivo concerne il fatto che si può invocare l'obiezione di coscienza per omettere di fare qualcosa sul piano curativo o assistenziale, ma certamente non si può giustificare con l'obiezione una azione diretta a fare un gesto di cura che l'interessato non accetta che si realizzi sul suo corpo. Quindi invocare l'obiezione di coscienza o anche la cosiddetta clausola di coscienza per superare un rifiuto consapevolmente espresso dall'interessato è una sorta di contraddizione in termini che non trova alcuna giustificazione sul piano del diritto.

Questa difficoltà è emersa nel recente passato e probabilmente sussiste ancora oggi in alcune strutture quando i

sanitari si sono dovuti confrontare con scelte di cura operate anche da persone che in realtà non desiderano morire, ma solo vivere in conformità al proprio credo religioso. Ci si riferisce ai soggetti che, dichiarando di aderire alla Congregazione dei Testimoni di Geova, nella piena consapevolezza dei rischi che corrono rifiutano l'emotrasfusione anche quando vivamente consigliata dai curanti perché vietata alla luce di una loro particolare interpretazione di un versetto della Bibbia.

La difficoltà da parte dei sanitari di accogliere questo rifiuto talvolta è dovuta alla mancata conoscenza dei diritti dei malati, ma altre volte assume connotazioni diverse con sfumature religiose che richiamano il dovere di tutelare sempre la vita in quanto bene indisponibile anche da parte del diretto interessato. La questione assume aspetti paradossali laddove rivela che alcuni professionisti che credono in altre fedi religiose non hanno rispetto dell'altrui credo e, quindi, manifestano nella sostanza una sorta di discriminazione in ambito religioso rispetto ai malati che chiedono di essere assistiti secondo i principi propri della loro fede anche rischiando di perdere la vita. Queste persone, quando sono state tenute in vita attraverso terapie trasfusionali da loro espressamente rifiutate, in alcuni casi hanno agito in giudizio per ottenere un risarcimento del danno che assumono di avere subito per essere state costrette a vivere nel peccato.

Questo esempio di discriminazione in ambito religioso dovrebbe far riflettere coloro che assistono e curano i malati, soprattutto nelle strutture che afferiscono al servizio sanitario nazionale, sulla necessità di rispettare e

accogliere le persone anche se sono diverse da loro per le scelte di vita che hanno liberamente compiuto, ascoltando le loro richieste e confrontandosi con loro senza dare, anche inconsciamente, giudizi di valore negativi rispetto alle loro decisioni che riguardano il loro corpo e la loro vita.

Il fine vita

Un accenno, infine, merita il prendersi cura del malato alla fine della vita, dopo la recente sentenza della Corte Costituzionale (n. 242/2019) che ha aperto uno spiraglio all'aiuto al suicidio medicalmente assistito escludendo la punibilità penale del medico che agevola l'esecuzione del proposito di suicidio, formatosi autonomamente e liberamente, da parte di una persona pienamente capace di prendere decisioni libere e consapevoli, tenuta in vita da trattamenti di sostegno vitale e affetta da una patologia irreversibile, fonte di sofferenze fisiche o psicologiche che reputa intollerabili, sempre che tali condizioni e le modalità di esecuzione siano state verificate da una struttura pubblica del servizio sanitario nazionale, previo parere del comitato etico territorialmente competente.

La decisione della Corte, presa dopo un invito (rimasto disatteso) al Parlamento a legiferare in questa delicata materia, è relativa al caso di una persona (DJ Fabo) che sentiva come insopportabile il vivere nelle condizioni in cui si trovava e che aveva rifiutato di seguire il percorso delle cure palliative e della sedazione terminale perché ritenuto troppo lungo. La sentenza è stata oggetto

di molte critiche soprattutto da parte di alcuni ambienti religiosi, ma alla fine anche la Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici nel prendere doverosamente atto di questa decisione ha stabilito che il medico, che volontariamente accetta di aiutare chi ha deciso di eseguire il proprio proposito di porre fine alla propria esistenza, non è punibile anche sul piano deontologico sempre che sussistano i presupposti stabiliti dalla Corte Costituzionale. Fermo restando che l'eutanasia in Italia non è consentita e rimane punibile sul piano penale, si spera che il sanitario che accetti di “prendersi cura” di un malato che si trovi nelle suddette condizioni, agevolando l'esecuzione del suo proposito suicidario, non divenga oggetto di infondate critiche in nome del principio (non giuridico, ma solo religioso) di assoluta indisponibilità del bene vita. Il concetto di sacralità della vita, invero, non appare essere condiviso da tutta la nostra società che, perlomeno in parte, ha compreso che non si può chiedere a chi soffre in modo insopportabile di continuare a vivere in condizioni da lui non ritenute degne per un essere umano.

Processi di cura e integrazione di valori

Alberto Scanni

Religioni e diritti

Quali sono i diritti del malato? Giova qui ricordare tre articoli della Dichiarazione Universale dei diritti Umani dell'ONU del 1948:

Art. 1: Tutti gli esseri umani nascono liberi ed eguali in dignità e diritti. Essi sono dotati di ragione e di coscienza e devono agire gli uni verso gli altri in spirito di fratellanza.

Art. 2: Ad ogni individuo spettano tutti i diritti e tutte le libertà enunciate nella presente Dichiarazione, senza distinzione alcuna, per ragioni di razza, colore, sesso, lingua, religione, opinione politica o di altro genere, origine nazionale o sociale, di ricchezza, di nascita o di altra condizione...

Art. 18: Ogni individuo ha diritto alla libertà di pensiero, di coscienza e di religione; tale diritto include la libertà di cambiare di religione o di credo e la libertà di manifestare, isolatamente o in comune, e sia in pubblico che in privato, la

propria religione o il proprio credo nell'insegnamento, nelle pratiche, nel culto e nell'osservanza dei riti.

Dalla lettura di questi tre articoli deriva tutta una serie di norme specifiche (es. Carta dei diritti del malato) che nel tempo sono andate consolidandosi e precisandosi, ma che nella sostanza affermano che tra i vari aspetti quello religioso merita attenzione e difesa. La cosa è talmente vera che nel tempo sono andate aumentando le ricerche su religioni, religiosità e spiritualità e sull'influenza che questi aspetti possono avere nella vita dei pazienti. Una ricerca in Medline avente queste voci registrava nel 2008, 1.400 articoli.

Oltre ad essere elemento sociale importante, l'aspetto religioso rappresenta un fattore valoriale fondamentale che aiuta il malato a trovare significati per comprendere e/o accettare la malattia, affrontare le crisi e prendere decisioni consapevoli. Ciò deve essere considerato nella pratica clinica come parte importante nella gestione della diversità per fornire assistenza sanitaria secondo le esigenze soggettive e oggettive dei pazienti in fatto di religione. La cosa è molto semplice se ci si deve confrontare con la religione di casa propria, ma diventa difficile e defaticante se si devono affrontare le abitudini religiose di nuove etnie frutto di migrazioni.

Qui la comunicazione, nel rapporto medico paziente, gioca un ruolo fondamentale: i sanitari devono avere ben presente la diversità culturale nell'attuazione del processo di cura in cui devono essere tenute in debito conto tradizioni, norme, valori, sistemi simbolici, pratiche, linguaggi,

convinzioni, codici comportamentali e appunto le religioni e le pratiche conseguenti.

In questo percorso due sono gli ostacoli: il tempo a disposizione per colloquiare, la paura di fare domande che possono creare imbarazzo/conflitto. Ma ciò va superato con impegno e buona volontà di tutti (amministrazioni ospedaliere e istituzioni comprese) ben consci che affrontare il tema delle esigenze spirituali e religiose dei malati è complesso e complicato, tanto più che le nostre strutture sono organizzate su ritmi e abitudini proprie e non sono solitamente preparate a far fronte ai comportamenti (di giuni, diete, preghiere, norme varie) e ai rituali religiosi dei propri ospiti, nuovi e vecchi che siano.

Integrazione multiculturale e religiosa

Chi a Milano, la sera si trovasse a passare dalle parti della Stazione Centrale, o la domenica, all'imbrunire, in Piazza Affari, vedrebbe una fila di persone davanti a un camper, con sopra un medico che cerca di rispondere ai loro bisogni sanitari. Sono soggetti di ambo i sessi, in condizioni disagiate, emigrati senza permesso di soggiorno, persone senza fissa dimora, nuovi poveri che richiedono un parere, un indirizzo per i loro disturbi, spesso originati dal vivere in condizioni precarie.

Una recente indagine della Bocconi ha messo in evidenza come in Milano i senza fissa dimora siano alcune migliaia, che passano in gran parte la notte nei dormitori, ma che dormono anche in strada, nei mezzanini della metropolitana, negli anfratti delle case, dentro cartoni quando fa

freddo o sulle panchine dei giardinetti nei periodi estivi spesso con accanto una bottiglia di vino o di birra. Denunciano tosse dolori articolari, mal di gola pressione alta, bronchiti riacutizzate e chi più ne ha ne metta. Di questi moltissimi sono stranieri.

Un'indagine sempre della stessa Università ha cercato di fotografare i senza fissa dimora nelle strade di Milano nella notte dell'11 marzo 2013. I presenti sono risultati 2.637. Di questi il 72,32% (solo il 20% italiani) dormiva all'aperto, il 21,47% in camper, il 6,21% in auto. Le etnie prevalenti erano quella rumena, marocchina e tunisina.

Il piano di sviluppo del welfare 2012-2014 del Comune di Milano analizza la provenienza degli stranieri residenti in città e vede prevalere i filippini (31.000), gli egiziani (26.000), i cinesi (17.000) e gli ecuadoriani (16.000), ma negli ambulatori di alcune associazioni di volontariato le realtà si possono modificare in rapporto a popolazioni non censite perché senza permesso di soggiorno. Nell'ambulatorio dell'Opera San Francesco dei poveri di Milano, gli utenti provengono da 126 nazioni differenti e le aree geografiche più rappresentate sono America Latina, Europa dell'Est, Nord Africa.

La presenza di comunità straniera è una realtà non solo nelle grandi città ma ormai anche in ambienti agricoli e rurali. Realtà che hanno anche bisogno di cure e di assistenza alle quali rispondere non dimenticando le esigenze legate a specificità religiose.

Sono dunque necessari tutti gli sforzi possibili per l'integrazione di queste nuove fasce di popolazione, per le quali le differenze religiose non devono rappresentare un osta-

colo e possano godere di pari dignità nel nostro Paese, al pari di cristiani ed ebrei.

Informazione e comunicazione

Si comunica nei nostri ospedali? Vengono date correttamente le informazioni a parenti e famigliari? Esiste una preparazione degli operatori a dare informazioni? E ancora, vengono date diverse versioni dello stesso caso a seconda di chi viene interpellato?

Si deve dire che, mediamente, la comunicazione nei nostri ospedali lascia spesso a desiderare e il problema non viene affrontato come si dovrebbe.

Leggiamo spesso nelle lettere ai giornali che tizio è insoddisfatto del tempo concessogli per capire bene la sua situazione, che il linguaggio usato era troppo specialistico e incomprensibile, che gli interlocutori erano stati sgarbati e poco disponibili. Certo, è indubbio che i ritmi di lavoro dei nostri ospedali non facilitano i rapporti tra operatori ed utenza, ma questo è spesso un alibi per giustificare un disimpegno inveterato a fronte di un problema che con buona volontà individuale e senso di responsabilità potrebbe essere superato. Il problema non riguarda solo il personale sanitario ma investe tutti gli operatori indistintamente, da chi sta al centralino o agli sportelli, ai portieri e ai vari funzionari amministrativi. Chi opera negli ospedali, deve mettersi in testa che gli interlocutori sono, il più delle volte, persone in difficoltà, che hanno dubbi per gli esami che devono fare o ritirare, che sono anziani, che devono esser guidati nei percorsi, che sono parenti in

ansia per i loro cari. Il timore che la salute possa vacillare fa paura sempre. Quando si parla con un malato si ha di fronte una persona che ha paura di tutto, in una condizione psicologica di inferiorità, e che “pende dalle nostre labbra”. E questo non vale solo per i casi gravi, ma anche per gli esami più banali (si pensi come si è in ansia in attesa di un check up). Il timore che la salute possa vacillare fa paura e se le malattie sono gravi questa è ancora più forte. E non si dica che certe forme non devono far più paura, andate a dire a uno che teme di avere un cancro, che non deve aver paura e vedrete cosa vi risponde!

I pazienti “pendono” soprattutto dalle parole del medico, che ha in questo suo dire un'enorme responsabilità professionale.

I malati hanno bisogno di rispetto, di gentilezza e di operatori che infondano fiducia e sicurezza. Che fare dunque?

In primo luogo impegnarsi a livello personale, sforzandosi di cambiare, riflettendo che se fossimo noi al posto dei nostri interlocutori esigeremmo altri comportamenti. Secondariamente capire che la cura è una cosa importante ma che il rapporto umano, di cui la comunicazione è elemento preminente, è di per se già una cura e che fa bene quanto una medicina. Terzo, comprendere che dare tempo e ascolto non è perdere tempo ma miglioramento del sistema assistenziale.

Da ultimo: insegnare a comunicare. Università, scuole di specializzazione, aziende ospedaliere stesse devono inserire nei loro programmi corsi formativi per tutti i dipendenti sull'argomento e valutarli anche per questa capacità e ricordare che come nel calcio anche in medicina bisogna

conoscere i “fondamentali”. Essere capaci di dialogare è un “fondamentale” al pari delle capacità tecniche. Anche la “politica” però ci deve mettere del suo! Per decidere quanti medici o infermieri assumere negli ospedali questa stabilisce che, ad ogni malato, deve essere riservato, un certo numero di minuti di assistenza: da qui il calcolo matematico di quanti sanitari ci vogliono. Purtroppo questo tempo si esaurisce quasi totalmente nel gesto tecnico (visite, esami e così via) e poco o niente nel “parlare”. Se si vuole veramente stare dalla parte dei malati, con atti concreti, si devono rivedere le norme e fare accordi che permettano ai sanitari di stare di più a “parlare” con loro, allargando i tempi, riorganizzando i carichi di lavoro, partendo dal principio che non tutto deve riservarsi al gesto tecnico.

Menandro, poeta greco del III secolo a.C., diceva «La parola è medicina alle malattie degli uomini» ma non si riflette a sufficienza che una frase mal posta può mettere in crisi un malato. Un conto è dire: «Vedremo cosa si può fare», altro è dire «faremo tutto il possibile», frase che esprime determinazione e minore incertezza della prima.

Il ruolo del volontariato

La allocazione delle risorse nella erogazione della assistenza sanitaria è guidata da alcuni principi quali la socialità (salute garantita in toto dal sistema sanitario), la sussidiarietà (interazione di soggetti pubblici e privati), la solidarietà (azione del volontariato), la responsabilità (utilizzo solo di prestazioni giustificate e ragionevoli).

Il nostro sistema sanitario è prevalentemente legato al principio della socialità secondo il quale lo Stato (attualmente fortemente in crisi perchè non più in grado di sopportare la spesa sanitaria) si fa carico direttamente della salute dei suoi cittadini, è ancora debole nel principio della sussidiarietà e della responsabilità, ma, fortunatamente, in crescita in quello della solidarietà.

Principio che ha anche favorito il passaggio dal Welfare State al Welfare Community, ove la maturità della popolazione decide di essere integrativa all'attività assistenziale del Sistema Sanitario Nazionale. Questa integrazione che dovrebbe prediligere valori umanitari e solidaristici, si trova spesso, a torto o a ragione, ad essere sostitutiva di compiti delle istituzioni pubbliche in difficoltà per ragioni organizzative e finanziarie.

Alla base di queste associazioni vi è la centralità della persona nella sua indicibile individualità. La cultura dell'umanizzazione, che queste realtà vogliono testimoniare e diffondere, guarda all'uomo nella sua interezza. Accanto alle necessità di cure sanitarie, che l'ospedale deve organizzare per processi finalizzati a soddisfare le esigenze cliniche, esistono per il malato forti bisogni psicologici sociali e relazionali ai quali occorre dare risposta e dai quali dipende la qualità della loro vita e quella dei loro familiari. Qui il volontariato si gioca prepotentemente!

La sua presenza è costante testimonianza dell'importanza di essere "umani" nell'atto assistenziale, cosa spesso dimenticata nell'ambiente sanitario. Essere volontari significa muoversi nel sistema a latere della medicina ufficiale, integrando l'offerta sanitaria e rafforzando il "gesto del

curare”. C’è un valore nel volontariato che sta nell’incontro di persone con le loro diverse conoscenze ed esperienze. Persone di ogni età e provenienti da contesti educativi, economici e sociali diversi si incontrano e si confrontano ed è presente nella loro azione una capacità d’innovazione e sperimentazione sociale indiscussa che favorisce, tra l’altro, la diffusione di conoscenze in tema di prevenzione, di organizzazione dell’assistenza, di educazione sanitaria.

Oncologia, disagio mentale, disabilità neuro-motorie, terminalità, abbandono, sono solo alcuni dei settori più coinvolti dalle azioni del volontariato che oltre alla azione quotidiana negli ospedali, opera nelle residenze protette, al domicilio dei malati, nelle strutture palliative e negli hospice.

Gli ospedali che ospitano queste associazioni dovrebbero aprirsi loro maggiormente per una collaborazione più strutturata giacché oltre a testimoniare gratuitamente, forniscono un aiuto pratico. Dovrebbero guardarlo con particolare interesse e gratitudine, facendolo partecipare a riunioni operative e stimolandolo ad esprimere giudizi per migliorare la funzionalità dei reparti come interprete dei bisogni dei malati.

Il desiderio di aiutare i più deboli non è però sufficiente, è necessaria anche professionalità. Ricordo agli inizi degli anni ’70 una volontaria che girava per i reparti di degenza offrendo ai pazienti, come genere di conforto, giornali (in genere vecchi) e biscotti (in genere secchi).

Questa figura mi è rimasta impressa e ogni volta che mi trovo a riflettere sul ruolo del volontariato la porto come

esempio di un qualcosa che non ha più ragione di esistere perché incompleto.

Alla base di un'attività di volontariato deve esistere sì oblatività, desiderio di soccorrere i più deboli (probabilmente nella mente di quella signora il regalare biscotti e giornali era più che sufficiente), ma se vogliamo veramente aiutare i malati dobbiamo cercare di fare qualcosa di più.

Il volontario moderno deve essere preparato, deve conoscere nei dettagli il luogo in cui opera, essere in grado di comprenderne le problematiche, accettare di essere sottoposto a un periodo formativo, saper dialogare non solo con i malati, ma anche con chi li cura, conoscere bene i limiti entro i quali può muoversi, essere addestrato a fare compagnia con garbo e discrezione, senza prevaricare la volontà dei singoli, rispettando culture e religioni, ma aiutandoli ad esprimersi.

A queste realtà bisogna guardare con gratitudine, fare tesoro del loro contributo, del modo gratuito di porsi davanti alla malattia, dell'essere affermazione quotidiana che qualità di vita non significa solo la cura ma soprattutto il prendersi cura in toto del sofferente.

La medicina umana non può fare a meno di lui!

Buone pratiche: sportelli dedicati, luoghi di preghiera, circolazione delle informazioni

Roberto Mazza

La Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori di Milano ha una storia importante nell'Oncologia Italiana, ma anche nella società civile milanese ed è utile ricordarlo all'inizio di questo breve capitolo dedicato all'accoglienza culturalmente competente.

Negli archivi della Direzione Scientifica si è trovata documentazione di un'importante decisione etica e politica che avrebbe potuto avere conseguenze molto tragiche. Era la fine della seconda guerra mondiale, il 20 settembre 1944 e all'Istituto Tumori era giunto l'ordine dal comando germanico di Milano di consegnare 150 mg. di Radium.¹ Con molta probabilità, volevano inviarlo ai laboratori tedeschi dove si stava disperatamente lavorando a nuove armi di distruzione di massa nel tentativo di ribaltare l'esito della guerra. Il Direttore Generale Rondoni di fronte all'ordine scelse di temporeggiare, rispondendo che la sostanza era tutta im-

1 Archivio URP per Agire, "scansioni".

piegata nel trattamento dei pazienti, quindi infissa nei tumori e non a disposizione. Aggiunse anche che era necessaria una autorizzazione dal Ministero dell'Interno a Roma, legittimo proprietario del radioattivo, ed ebbe il coraggio di discuterne nel comando SS di Milano, nel famigerato Hotel Regina, in Largo Santa Margherita. Quando si presentarono le SS, i medici e le suore dell'Istituto avevano già provveduto a nascondere il prezioso materiale.

Patrizia Placucci ricostruisce la vicenda nel libro dedicato alla storia dell'Istituto attraverso i testimoni dell'epoca. Il materiale radioattivo venne nascosto in una valigetta piombata e furono lo stesso Rondoni e il professor Perussia a portarlo in tram nei sotterranei della Banca del Monte di Pietà.² In questo modo il Radium non venne utilizzato nella guerra e nei progetti di sterminio dei nazisti e rimase a disposizione dei pazienti della Radioterapia Oncologica. I professori Rondoni e Perussia, gli altri medici e il personale lo nascosero ben consapevoli che il gesto avrebbe potuto provocare l'intervento dei reparti SS e il prezzo per la scelta di non collaborare avrebbe potuto essere, come in molti altri casi, la vita. Ma per fortuna la guerra finì prima di una possibile rappresaglia.

Fu una decisione che ancora oggi dimostra come il lavoro di cura e ricerca non possa distaccarsi dalle scelte etiche e politiche di pace e di rispetto della vita umana. Queste dovrebbero essere la base di tutte le professioni nelle società civili e soprattutto fondare il lavoro di medici, infermieri

2 Placucci P. *Dal male oscuro alla malattia curabile – storia dell'Istituto Nazionale per lo studio e la cura dei tumori di Milano*, Editori Laterza 1995, pag.83.

e ricercatori che operano nel campo della salute umana. Anche da episodi e soprattutto da uomini come questi nasce l'ispirazione ad accogliere le sempre nuove sfide che l'assistenza al paziente oncologico porta con sé. Il cambiamento culturale di questi decenni ha portato l'Istituto ad avere tre diversi tipi di richieste di approccio multi-culturale: gli immigrati, tra i quali la patologia oncologica comincia ad essere diffusa come nella nostra popolazione; i pazienti stranieri che si rivolgono all'Istituto per la sua rinomanza internazionale nella cura dei tumori e infine la presenza di team di ricerca internazionali che determina la presenza di scienziati di differenti etnie e religioni.

Questi bisogni hanno portato già nel 2010 ad aprire una stanza dedicata alla meditazione e alla preghiera, situata al 9° piano accanto ad un "healing garden" pensile e alla cappella cattolica. Si tratta di un piccolo locale, ma con una parete completamente vetrata che le permette una grande luminosità naturale. Lo spazio è spoglio, accanto a questo rimangono a disposizione una serie di armadietti dove è possibile custodire libri e/o oggetti del proprio culto da esporre quando si vuole usufruire del locale.

In Aprile e in Giugno 2016 un gruppo di professori, medici e intellettuali si sono riuniti all'Università di Padova e poi a Modena per diffondere una proposta a livello nazionale che promuova l'apertura di stanze del silenzio e dei culti non solo negli ospedali, ma anche in altre istituzioni come carceri, università ed altri luoghi che accolgano persone di diversa etnia, cultura, religione (per avere una idea basta digitare "stanza del silenzio e dei culti" in un motore di ricerca).

All'Istituto l'iniziativa si è sviluppata su proposta di un gruppo spontaneo di operatori sanitari in coordinamento con la rete degli Health Promoting Hospitals dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO). Da questo network internazionale sono sorti gli Ospedali Migrant Friendly, una task force europea per facilitare l'accoglienza e la cura delle popolazioni migranti nei sistemi sanitari delle nazioni "sviluppate".³

Questa tensione culturale ed etica si è incontrata in Istituto con un Direttore Generale che già nel 2008 siglava un accordo con la Comunità Ebraica di Milano per l'assistenza religiosa e per l'offerta di cibi kasher ai pazienti che lo desiderassero.

La stessa Direzione (Presidente e Direttore Generale) prese posizione con un documento ufficiale contro un emendamento del Parlamento Italiano che intendeva imporre l'obbligo di denuncia per medici e infermieri che si trovassero a curare un migrante irregolare (proposta di Emendamento n° 18.0.8 di modifica del comma 5 dell' articolo 35 del Decreto Legislativo 286/98 Testo Unico per l'Immigrazione).⁴

Un altro progetto della Fondazione offre la possibilità ai medici e agli infermieri di attivare mediatori culturali (progetto finanziato dalla Lega Italiana per la Lotta ai Tumori - LILT) e, in collaborazione con la cappellania e la curia milanese, è possibile chiamare nei reparti, su richiesta dei pazienti e per la loro assistenza spirituale, i ministri dei molti culti presenti a Milano.

3 <http://www.mfh-eu.net/public/home.htm> accesso il 15/02/2017.

4 Archivio URP per Agire, "multicultura".

Dopo un importante seminario sulla morte con rappresentanti delle comunità ebraiche e islamiche di Milano, si è disegnato un progetto che prevede l'organizzazione di una sala per il lavaggio rituale della salma, così come richiesto da diverse culture e religioni. Il progetto non è semplice da attuare vista la carenza di spazi esistente in questa istituzione, ma si conta di riuscire a organizzarla in tempi brevi.

Avendo identificato nella comunità cinese un soggetto con importanti problemi di comunicazione durante le sempre più complesse cure oncologiche, è stato aperto uno sportello dedicato ai pazienti di questa lingua ed etnia. Questo provvede alla mediazione culturale per permettere il dialogo con gli operatori sanitari, ma si fa promotore anche di un intervento di prevenzione oncologica (fumo, alimentazione e attività fisica) rivolto alla popolazione di cultura cinese di Milano.

Il progetto è nato dall'iniziativa e dalla sensibilità di un oncologo, G. Procopio, ed ha coinvolto la collaborazione dell'Associazione Italiana di Oncologia Medica.⁵ Lo sportello è stato aperto nel giugno 2016 da una mediatrice culturale bilingue che ha anche provveduto a tradurre in cinese diverse brochure informative (la chemioterapia, la radioterapia, gli stili di vita) per facilitare l'accesso alla prevenzione e alle cure anche della comunità cinese. Particolarmente critica si è dimostrata la comunicazione dell'approssimarsi del fine vita che nella cultura cinese è legato a un forte bisogno di ritornare nel proprio luogo

5 Archivio URP "multicultura" progetto Linkage, Procopio, AIOM.

d'origine e quindi richiede al medico una comunicazione sincera e tempestiva, non certo semplice nella cultura italiana che in gran parte mantiene un forte tabù su tutte le comunicazioni che possano contemplare anche solo la possibilità della morte.

Il gruppo di lavoro sulla multiculturalità e l'Ufficio Relazioni con il Pubblico dell'Istituto hanno svolto e svolgono un ruolo importante di "ponte" tra i bisogni e le fragilità degli utenti di diversa cultura e il personale clinico e dell'assistenza con l'obiettivo di amplificare l'ascolto dei bisogni e quindi migliorare la comunicazione e l'accoglienza. Questa attitudine dialogica e culturalmente competente permette di ampliare i diritti di tutti i pazienti e gli utenti della nostra istituzione sanitaria. Non si tratta, infatti, di formare tante piccole "isole" per ogni cultura, ma di rendere tutto lo spazio di cura accogliente e aperto alle diversità.

In oncologia esiste un esempio potente di come un movimento culturale di cura e assistenza, quello delle cure palliative, abbia portato alla creazione degli Hospice, istituzioni assolutamente diverse da come fino a poco tempo fa si intendeva l'assistenza all'ammalato. Questi sono infatti luoghi di accoglienza aperti a tutta l'umanità e al suo sentire, non orientati alla cura delle patologie, ma basati sul rispetto della persona per dare a ogni donna e ogni uomo l'aiuto necessario a vivere fino in fondo la propria esperienza umana nel suo percorso finale di vita. La sfida non è quella di creare tanti hospice, ma di portare la cultura del dialogo e dell'attenzione alla persona colta nella sua interezza a permeare l'oncologia.

Il rispetto della dignità di ogni individuo non è un problema di fine vita o di diversa cultura o religione, ma il presupposto della relazione di cura con tutti i pazienti e per tutti gli operatori sanitari.

Si ringrazia la Commissione Multicultura INT: Giuseppe Baigui-
ni, Silvia Bettega, Alessandro Borgini, Casiraghi Giovanna, Patri-
zia Curtosi, Silvia De Sanctis, Paola Devecchi, Laura Lozza, Valeria
Maffi, Giuliana Matanò, Luisa Pancheri, Rosaria Parentela, Gio-
vanna Pomponi, Massimo Riboldi, Gabriella Saibene, Milena Sant,
Fulvia Soncini, Rosanna Supino, Valeria Tosi, Carla Valenti, Ema-
nuela Visentin. Si ringrazia Ivan Pozzati, URP INT che cura l'archi-
vio URP di foto e documenti.

Salute e malattia: la prospettiva delle professioni sanitarie

Giovanni Muttillo

Per molto tempo la salute è stata definita come una condizione di assenza di malattia. Essere sano, quindi, significava non essere qualcos'altro, ossia malato.

Non è difficile comprendere come questa definizione abbia assegnato alla patologia e alla presenza di particolari condizioni cliniche un ruolo chiave nel delineare lo stato, la condizione, addirittura l'auto percezione dell'individuo. Ci è voluto del tempo perché l'Organizzazione Mondiale della Sanità rivedesse questo concetto, definendo la salute non tanto come l'assenza di qualcosa, quanto come la presenza di specifici presupposti, indispensabili, essenziali, diremmo vitali, perché l'individuo possa intendersi sano. E questi esulano dalla presenza o meno di una patologia.

La salute dal 1948 è infatti "Uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, e non la semplice assenza dello stato di malattia o di infermità". L'individuo si afferma quindi come sano quando tutto ciò che fa parte del suo mondo ruota in perfetto equilibrio, fra una dimensione individuale, mentale, sociale, relazionale.

Inutile ribadire come questo concetto ponga chi assiste di fronte alla necessità di trovare un modo complessivo di prendersi cura, di individuare una “formula dell’assistenza” che consideri l’individuo nella sua globalità. Un passaggio essenziale, spesso non attuato per la consueta visione tradizionalistica del curare e dell’assistere, per cui è della malattia e delle sue conseguenze soltanto che ci si deve occupare.

Oggi l’ago della bilancia si sposta ineluttabilmente verso una salute vista quale risorsa per la vita quotidiana, non obiettivo del vivere (Carta di Ottawa per la Promozione della salute). In sostanza, la salute è un concetto positivo che valorizza le risorse personali e sociali, come pure le capacità fisiche, e può essere raggiunta allorché gli individui sviluppano e mobilitano al meglio le proprie risorse, in modo da soddisfare prerogative sia personali (fisiche e mentali), sia esterne (sociali e materiali).

E se la salute non è uno stato ma una condizione dinamica di equilibrio, fondata sulla capacità del soggetto di interagire con l’ambiente in modo positivo, pur nel continuo modificarsi della realtà circostante, l’assistenza offerta da chi si prende cura può essere determinante nel raggiungimento di tale equilibrio.

Per questo, nella moderna concezione di salute e malattia non potevano che trovare ampio spazio le dimensioni etica, spirituale, sociale e relazionale della persona. A queste dimensioni l’operatore sanitario può dare costante risposta; da esse può infine attingere per prendersi cura del malato con professionalità, competenza e, soprattutto, empatia.

La partecipazione all'informazione

Il nostro paziente, il nostro assistito, il nostro utente o ospite o, per qualcuno, addirittura cliente, è profondamente cambiato negli ultimi decenni. Con l'avvento della tecnologia, l'accesso a nuovi canali di informazione e una diversa concezione di sé e dei propri costumi, chi si rivolge a un professionista della salute chiede un servizio profondamente diverso da quanto accadeva anche solo una ventina d'anni or sono.

Conosciamo tutti la visione paternalistica dell'assistenza, quella che prevedeva che il paziente si affidasse nel bene e nel male totalmente al proprio curante e alle sue valutazioni. Oggi, non solo questa concezione è superata dal punto di vista etico e deontologico, ma addirittura non sarebbe in grado di rispondere alle aspettative dell'uomo moderno, più che mai teso a soddisfare il proprio bisogno di informazione e condivisione per prendere decisioni consapevoli.

Dal punto di vista del paziente, la partecipazione all'informazione evolve dal semplice raccogliere le informazioni direttamente dal professionista sanitario, al ricercare, approfondire, condividere e richiedere informazioni attraverso canali multipli, dove la rete, i social network e le community – anche di professionisti – svolgono un ruolo rilevante.

Questo crea un passaggio essenziale: il rapporto di fiducia con chi assiste e cura non viene dato per scontato, non è il punto di partenza, ma una vera e propria conquista quotidiana basata sul confronto, l'informazione, il dialogo e la valutazione.

Un cambiamento epocale, pari solo allo sconvolgimento tecnologico dell'ultimo secolo, che porta con sé una conseguenza importante: il paziente, adeguatamente informato e motivato, può diventare parte non solo attiva ma addirittura "operativa" del processo di cura.

È il cosiddetto *patient engagement*, il coinvolgimento attivo del paziente che diviene a tutti gli effetti operatore per se stesso, che non subisce l'assistenza ma la vive in prima persona mettendo in campo tutte le proprie risorse.

Alla base del *patient engagement* stanno certamente un dialogo chiaro, trasparente, efficace e sincero – in alcuni casi paritetico – con il proprio assistito, in una visione moderna dove l'informazione rappresenta il presupposto per il raggiungimento dell'obiettivo comune.

L'informazione, quindi, quale chiave d'accesso per l'attivazione e la motivazione della persona che può, lei più di chiunque altro, prendere decisioni consapevoli e agire per la propria salute.

La gestione della comunicazione

È noto come le competenze comunicative rappresentino uno strumento essenziale, al pari delle competenze tecniche, per prendersi cura.

Fare bene non è sufficiente, non lo è mai stato. Fare bene e comunicare bene, costruire una relazione, promuovere il dialogo con l'assistito: questo, sì, è prendersi cura. Un passaggio apparentemente scontato, che non trova però sempre dovuta e adeguata applicazione.

È noto infatti come troppo spesso la gestione della comu-

nicazione venga demandata alla buona volontà e all'iniziativa individuale, a quell'attitudine innata che alcune persone hanno nei confronti del dialogo con l'altro. Non basta. Comunicare è un'arte che può essere appresa e che può aprire porte inattese a chi si occupa di persone e del loro benessere.

Per comprenderne la potenzialità basta fare riferimento anche solo a un semplice aspetto. Abbiamo accennato al *patient engagement*, e alla possibilità che questo offre di vedere il paziente quale parte attiva nel processo di cura. Il *patient engagement*, aggiungiamo, diviene ancor più essenziale in un momento quale l'attuale, caratterizzato da risorse economiche e finanziarie decisamente limitate. È proprio in questo ambito che la comunicazione può rivestire un ruolo chiave.

Comunicare nel rispetto dei valori, della cultura, della sensibilità, delle usanze e delle spiritualità dell'assistito. Comunicare con l'obiettivo di aprire un dialogo, creare un canale di scambio. Comunicare per "essere con" l'altro, in quel processo essenziale che è il prendersi cura.

Gestire la comunicazione significa "possederne" l'essenza, conoscerne il valore e il significato a partire dall'ascolto e l'empatia per arrivare al counseling e alla gestione della relazione. È, questa, una vera e propria capacità comunicativo-relazionale indispensabile per offrire un'assistenza basata sulla comprensione, la conoscenza, il dialogo e il rispetto dell'uomo e dei suoi valori.

L'assistenza e la cura del paziente nel rispetto della sua spiritualità

Il benessere del paziente è il principale scopo dell'assistenza infermieristica e in generale del lavoro di tutta l'equipe multidisciplinare, e deve basarsi su un approccio personalizzato e rispettoso della cultura della persona assistita. Tale esigenza è quanto mai attuale in una società che tende, anche in Italia, a divenire rapidamente multietnica e multiculturale e che richiede agli operatori sanitari di dotarsi di competenze professionali nuove, adeguate ai bisogni di salute dei cittadini di culture e religioni altre.

In particolare, sarebbe opportuno che l'infermiere e i professionisti della salute conoscessero le credenze e i valori che influenzano la relazione terapeutica per poter assicurare un'assistenza competente. La considerazione degli aspetti culturali nel "prendersi cura" è recente e sta assumendo sempre maggiore rilevanza per due motivi.

Un primo motivo è ravvisabile nella crescente mobilità degli individui nei diversi Paesi che ha comportato per gli operatori professionali l'incontro con persone appartenenti a "culture altre"; in secondo luogo nel fenomeno generale della diversità culturale esistente fra gli uomini e quindi anche fra gli operatori sanitari e i loro assistiti, conseguenza di differenti percorsi formativi esperienze, costumi, valori e credenze di cui ogni singolo individuo è portatore.

L'incontro tra professionisti sanitari e utenti con credi religiosi diversi induce reciprocamente la trasformazione di comportamenti e atteggiamenti, spesso condizionati dalla diffidenza nei confronti della 'diversità', come risultato

dell'esperienza transculturale. Queste turbolenze da una parte determinano nel professionista la paura di perdere le proprie connotazioni culturali, dall'altra parte profilano l'esigenza di una profonda riflessione sui valori del prendersi cura, per ridisegnarli in relazione ai nuovi bisogni.

Da tempo nel lessico sanitario e infermieristico in particolare sono entrati termini quali: multiculturale (il concetto descrive la fattuale compresenza di culture diverse all'interno di una società) e interculturale (descrive un progetto specifico di interazione entro una società multiculturale). In una logica interculturale i processi di socializzazione non mirano all'integrazione delle diversità (non si può rendere integro, cioè uno, ciò che è costitutivamente diverso) ma è meglio dire che si valorizza la diversità senza tentare di cancellarla.

L'infermieristica e la medicina hanno come oggetto di studio l'uomo (che rappresenta anche il tema della ricerca antropologica) i suoi bisogni e problemi di salute; l'uomo è quindi un essere nel bisogno, e come tale è un essere "unico, irripetibile, inconfondibile e fine a se stesso" i cui bisogni riflettono tutte le dimensioni che lo costituiscono: bio-fisiologica, psicologica e socio-culturale.

L'approccio multiculturale è in linea con la visione olistica che prevede un assistere attento e rispettoso della persona, pronto a comprendere e accettare le risposte individuali in relazione alla cultura di appartenenza. Ma l'incontro infermiere-paziente e medico-paziente è molto più di un incontro tra due persone, è il concretizzarsi di un incontro tra diverse visioni del mondo; operatore sanitario e assistito devono trovare uno spazio da dedicare alla comprensio-

ne reciproca, per socializzare ed esaminare i fattori che influenzano i loro modi di dare e ricevere assistenza.

Infatti le differenze culturali se non rispettate, osteggiate e non comprese limitano lo svolgersi del processo terapeutico, rendendo inefficaci gli interventi assistenziali e problematica la convivenza con la struttura ospedaliera.

Ci sono momenti durante l'ospedalizzazione di persone di diversa cultura/religione che mettono gli operatori in una disposizione d'animo negativa suscitando paure inconsce, pregiudizi, fraintendimenti, imbarazzo, rifiuto e tensioni per il dover modificare l'organizzazione del lavoro o rispondere a richieste particolari (ad esempio gli specifici menù): questo fa sì che si tenda a trattare tutti i pazienti allo stesso modo agendo senza considerare la matrice culturale. Occorre considerare che l'infermiere ha come strumento guida il Codice deontologico;¹ in particolare all'articolo 8 recita:

L'infermiere, nel caso di conflitti determinati da diverse visioni etiche, si impegna a trovare la soluzione attraverso il dialogo. Qualora vi fosse e persistesse una richiesta di attività in contrasto con i principi etici della professione e con i propri valori, si avvale della clausola di coscienza, facendosi garante delle prestazioni necessarie per l'incolumità e la vita dell'assistito. (CD 2009).

Un momento cruciale è quello dell'accoglienza nella struttura sanitaria che influenza la qualità delle prestazioni, perché è il momento in cui il bisogno di assistenza viene preso in carico e decodificato.

1 L'autore scrive prima del nuovo Codice deontologico del 2019 [N.d.R.].

Capacità propositive, disponibilità di ascolto, consapevolezza dell'incertezza delle nostre conoscenze e della non assolutezza dei nostri modelli assistenziali sono la base per l'elasticità e l'apertura necessaria all'osservazione e all'interpretazione degli altri. Nell'approccio con un paziente di "cultura altra" dobbiamo chiederci: chi è la persona di fronte a me, quali sono i suoi problemi, e come professionista, con gli strumenti che possiedo, come posso rispondere?

È indispensabile tener conto che queste persone portano con sé un'espressione diversa della percezione della salute, della malattia, della morte, del dolore e di richiesta e soddisfacimento dei bisogni primari e spirituali. Ogni condizione di malattia costituisce, in una determinata cultura, una rete di significati peculiare ed è associata a un insieme di stress individuali e di risposte sociali con specifici legami con i valori di dignità e di benessere. Variano culturalmente i modi con cui vengono percepiti i sintomi, le ragioni dell'ansia circa il significato del futuro, le scelte e le risposte riguardo alle strategie terapeutiche.

Ogni individuo ha una reazione assolutamente personale all'ingresso in ospedale, pertanto l'abilità richiesta agli operatori sanitari è quella di usare la loro esperienza di relazioni interpersonali con i malati per riconoscere le diversità di reazione degli stessi, occorre rivolgere attenzione ai problemi che insorgono con l'ospedalizzazione, perché anch'essa rappresenta un processo di passaggio in cui l'individuo con una sua storia personale diventa persona oggetto di cura. L'ospedalizzazione, per tutte le persone rappresenta la massima estraniamento dal proprio contesto sociale e culturale con la possibilità che il suo modo di vivere venga

totalmente organizzato sulla base dei ritmi dell'istituzione e dei valori che in essa operano.

In questa fase i professionisti devono identificare tutte le informazioni da fornire, ma soprattutto individuare il momento più opportuno e verificare la comprensione.

Un ulteriore fattore di problematicità nell'ambito sanitario è quello che può essere definito "conflitto di valori" e che si verifica nei casi assistenziali nei quali, proprio perché esiste una diversa cornice di riferimento, infermiere-assistito e medico-assistito si scontrano sul significato morale che un atto assistenziale-terapeutico ha per uno o per entrambi di loro (rifiuto di pratiche terapeutiche, ecc.). Le differenze di valori nelle pratiche assistenziali trovano un ulteriore esempio nella difficoltà rappresentata dalla soglia del pudore, relativa all'esposizione del proprio corpo alle cure, specie se l'operatore è di sesso opposto a quello del paziente.

Altro esempio è la differente percezione dei rituali di accompagnamento al morente. Molti assistiti di "cultura altra" provengono da comunità nelle quali c'è una stretta correlazione tra "vita-morte"; vivere e morire fanno parte di un ciclo ininterrotto, sono considerati uno stesso passaggio effettuato però in senso inverso, in quanto l'uno è un andare, l'altro un ritornare. A volte alcuni assistiti hanno sostenuto di aver avuto difficoltà nel trovare operatori sanitari disposti ad ascoltare, conoscere e, nei limiti del possibile, permettere di conservare le pratiche rituali. Anche per questi comportamenti e pratiche il Codice deontologico² dell'infermiere all'articolo 4 recita:

2 L'autore scrive prima del nuovo Codice deontologico del 2019 [N.d.R.].

L'infermiere presta assistenza secondo principi di equità e giustizia, tenendo conto dei valori etici, religiosi e culturali, nonché del genere e delle condizioni sociali della persona.

Ogni persona, a prescindere dalla confessione religiosa o dalla filosofia, dovrebbe sempre agire in accordo con ciò che è necessario per la propria vita. Questo implica il fatto di prendere decisioni sulla base di ciò che si è e di ciò che si considera utile o dannoso per la personale ricerca di valori. Un ulteriore aspetto che il professionista sanitario deve considerare per ogni persona che a lui si rivolge è il “rispetto della persona” nelle prestazioni per le quali è richiesta l'esposizione del corpo; bisogna ricordare come il mostrare il proprio corpo ad un sanitario possa essere, per donne di alcune culture, fonte di forte imbarazzo. Solo nel caso di grave necessità le maglie del rigore si allargano perché gli operatori sanitari hanno innanzitutto l'obbligo di curare la donna la cui vita è a rischio.

L'espressione religiosa è una delle costanti della vita dell'uomo e il riconoscimento e il rispetto delle convinzioni religiose e filosofiche si inserisce entro la linea del rispetto della persona umana. È importante e doveroso che il malato abbia la possibilità di incontrarsi con persone qualificate, che sappiano rispondere alle esigenze spirituali e religiose. Tutti gli operatori sanitari, nell'affrontare la professione, sono consapevoli di operare per aiutare la persona a far ciò che vorrebbe fare se potesse; bisogna proteggerla dai pericoli, dalle costrizioni, dai pregiudizi, ma nella consapevolezza che il sanitario deve aiutare il paziente a mantenere i propri valori culturali perché, come commenta Spinoza, fa-

moso filosofo dell'etica, "Niente è più prezioso per l'uomo che l'uomo".

Comunicare in tempi di pandemia³

Una delle sfide della pandemia da SARS-CoV-2 è rappresentata da una repentina modifica nella modalità di comunicazione con i familiari e con i malati in tutti i setting di cura e assistenza Covid-19, anche a causa delle misure preventive e protettive adottate dagli operatori sanitari (guanti, mascherine, visiere, tute ...). Questa pandemia sta comportando per i nostri ospedali, per i nostri professionisti, per i nostri pazienti ma soprattutto per i loro familiari un cambiamento radicale nel modo di affrontare la malattia ma soprattutto nell'affrontare la comunicazione tra di loro. Una comunicazione mediata dalla necessità dei dispositivi che di fatto impediscono di soddisfare quel bisogno di vicinanza e contatto fisico, il tatto terapeutico propri di una relazione assistenziale, fino al completo isolamento sanitario e sociale. La separazione fisica dei pazienti dai loro familiari aumenta l'impatto traumatico della malattia, gli stessi operatori sanitari sono isolati dalle proprie famiglie, e devono gestire le conseguenze dell'isolamento dei propri congiunti anche nelle persone che curano e assistono.

Nel percorso della malattia, l'informazione e le modalità di comunicazione delle notizie cliniche, implicano questioni *giuridiche, deontologiche, etiche, spirituali, valoriali e di consenso* per scelte partecipate e consapevoli nei *PDPA* (*Per-*

3 Il paragrafo è stato aggiunto nell'edizione del 2020 [n.d.R.].

corsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali), tali da richiedere agli operatori sanitari competenze professionali distintive complementari, con tempi, contesti ambientali e tecnologici dedicati e progettati. L'emergenza pandemica ci porta ad un necessario cambio di paradigma nell'affinare con dinamicità il processo comunicativo, tra professionisti e verso gli assistiti e i loro familiari, non solo per migliorare la compliance delle cure, ma per rinsaldare quel rapporto di fiducia reciproca. La percezione di un'autentica partecipazione umana alle vicissitudini della malattia, sarà determinante in caso di morte del paziente, e potrà condizionare il processo di elaborazione del lutto per i familiari.

Anche da momenti di difficoltà possono nascere delle opportunità per migliorare e crescere: l'emergenza che stiamo affrontando ci offre, tra le altre, l'occasione di riflettere sul significato più profondo della medicina che non è quello di curare ma di prendersi cura dell'altro, una presa in carico totale e di accompagnamento della persona malata e dei suoi familiari, nell'espressione dei loro bisogni. Gli infermieri, i medici e gli altri operatori sanitari pianificano una relazione di cura che gli permette di poter leggere i bisogni espressi dalla persona e progettare risposte adeguate: gli strumenti e le modalità di comunicazione devono essere quindi adeguatamente e tempestivamente modificati per raggiungere comunque l'obiettivo di salute, di prevenzione, cura riabilitazione e assistenza, perché là dove non è possibile curare, è possibile assistere, accompagnare. I malati e i loro familiari, oltre a ricordare i risultati clinici, ricordano quanto hanno ricevuto in termini di resilienza, approccio empatico, vicinanza e sostegno psicologico dall'intera équipe di cura.

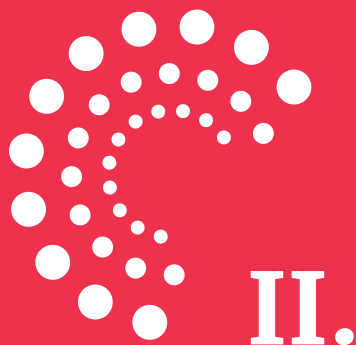
COMUNICoVID©

Checklist per telefonate ai familiari

T1 Preparazione		T4 Ascolto	
T1.1	Conosci nome (paziente e familiare), anamnesi, situazione clinica attuale?	T4.1	Riconosci lo stato emotivo dell'interlocutore.
T1.2	Sei nel posto migliore possibile? Puoi trovare un luogo più tranquillo?	T4.2	Se richiesto, comunica onestamente la stima prognostica.
T1.3	Hai preso consegne sulle chiamate precedenti?	T4.3	Accogli le sue emozioni!
T1.4	C'è un altro operatore che puoi coinvolgere nella chiamata?	T4.4	Ci sono campanelli di allarme? È necessario psicologo?
T1.5	Chiama tu il familiare, all'orario prestabilito.	T4.5	Interessati dello stato di salute dei familiari: <i>"voi come state?"</i>
T2 Apertura		T5 Gestione del lutto	
T2.1	Presentati con nome, cognome, qualifica.	T5.1	Nel caso di morte, usa la parola morte. Poi aspetta un tempo appropriato.
T2.2	Verifica con chi stai parlando e la sua relazione con il paziente.	T5.2	Accogli le emozioni dell'interlocutore, facendo un buon uso del silenzio.
T2.3	Se familiari "fragili": c'è possibilità di coinvolgere qualcun altro?	T5.3	Racconta quanto fatto: vicinanza fisica e cure per alleviare i sintomi.
T2.4	Verifica che sia il momento giusto per chi riceve la chiamata.	T5.4	Accogli le richieste di assistenza spirituale.
T2.5	Cosa sa già? Cosa vuol sapere? È necessario un "colpo di allerta"?	T5.5	Dopo la comunicazione della morte, valuta se effettuare una seconda chiamata.
T3 Condizione		T6 Chiusura	
T3.1	Comunica "un pezzo per volta" e controlla cosa è stato compreso.	T6.1	Sollecita l'espressione di dubbi tramite domande aperte.
T3.2	Utilizza parole del linguaggio quotidiano, in frasi semplici e brevi.	T6.2	Offri, se richiesto, suggerimenti operativi per le videochiamate.
T3.3	Evita tecnicismi ed eufemismi. Evita di essere vago o brutale.	T6.3	Fornisci numero di reperibilità e dai un appuntamento per domani.
T3.4	Rispetta i turni di parola, non interrompere il familiare.	T6.4	Evita promesse che non puoi mantenere.
T3.5	Ulteriori info su siti certificati (www.intensiva.it , www.icusteps.org).	T6.5	Se variazioni cliniche, il familiare sarà ricontattato tempestivamente!



L'albero della vita.



La vita e la morte,
la salute e la malattia
nelle religioni

Induismo

Paolo Magnone

Nella fase più antica della cultura indiana, che trova espressione nel corpus letterario dei Veda (dalla metà del II millennio alla metà del I millennio aev), predominava una considerazione eminentemente positiva dell'esistenza terrena; l'uomo vedico apprezzava i valori vitali (longevità, salute, discendenza, beni materiali) e sacrificava alle divinità per impetrarne i favori atti a rendere più gradevole il suo soggiorno mondano. La malattia non era attribuita a cause fisiologiche, ma all'intervento di spiriti e divinità malevole, provocato da infrazioni commesse consapevolmente o meno dalla persona colpita; la grande divinità cosmica Varuṇa era in particolar modo destinatario di offerte propiziatricie intese a placare la sua collera nei confronti del peccatore, che egli puniva avvincendolo con il laccio della malattia. Ma altre divinità, e specialmente la più celebrata negli inni, Indra il "Generoso", mostravano un volto assai meno austero, giustificando il fondamentale ottimismo dell'uomo vedico.

Verso la fine dell'età vedica, intorno al VI sec. aev., apparvero tuttavia in India, a opera di maestri e riformato-

ri, religioni dissonanti come il Buddhismo caratterizzate dall'instaurarsi di una valutazione estremamente negativa della condizione umana, considerata ormai come intrinsecamente intessuta di dolori che riti religiosi e pratiche pie erano ritenuti impotenti a eliminare. Questo sentimento tragico dell'esistenza era tanto più esacerbato in quanto si era nel frattempo affermata la concezione, ignota al periodo più antico, che i mali della vita non trovassero un termine invalicabile nella morte, ma proseguissero in un perpetuo succedersi di reincarnazioni (*samsāra*), alimentato dal *karman*, il residuo subliminale depositato nell'inconscio trasmigrante dalle azioni compiute sotto il pungolo della cieca e inesausta brama di vita e piacere. Nel Buddhismo originario il tema della sofferenza, espresso emblematicamente dalla triade di vecchiaia, malattia e morte, occupa un posto centrale come in nessun'altra delle grandi religioni mondiali. La formula buddhista *sabbam anattā aniccaṃ dukkhaṃ* ("tutto è insostanziale, [quindi] impermanente, [quindi] doloroso") condensa in maniera quintessenziale la visione pessimistica da cui trae alimento la dottrina dell'Illuminato, che si configura come una terapeutica spirituale consistente nelle Quattro Nobili Verità che ricalcano la quadripartizione dell'*Āyurveda*, l'antica scienza medica indiana. Scopo finale di questa terapeutica è l'affrancamento dal ciclo doloroso delle rinascite e l'attingimento del *nirvāṇa*, ovvero l'"estinzione" definitiva.

Nel periodo del Vednta, la fase terminale della cultura vedica all'incirca coeva alla fondazione del Buddhismo e caratterizzata dalla comparsa della letteratura filosofi-

ca delle *Upaniṣad*, non si riscontrano nei testi comparabili accenti pessimistici; nondimeno la concezione metafisica del monismo del *brahman/atman* (Essere e Coscienza) che vi si sviluppa sfocia in una analogo svalutazione dell'esistenza mondana nei confronti della Realtà assoluta, cosicché la filosofia delle *Upaniṣad* condivide con il Buddhismo lo scopo del *mokṣa*, ovvero la “liberazione” dal *samsāra*, il “flusso” delle esistenze, ancorché in questo caso la meta finale non sia l'estinzione, ma l'attingimento dell'identità con l'Assoluto.



Viṣṇu nella forma di Dhanvantari, che ispira l'yurveda. Nelle sue quattro mani tiene una conchiglia, un disco, una sanguisuga e un'ampolla di elisir dell'immortalità.

In seguito, in epoca post-vedica, probabilmente anche per il crescente influsso del Buddhismo, si diffonde generalmente nel pensiero filosofico-religioso indiano un'attitudine di disgusto nei confronti del corpo e della vita,

esemplificata in questo eloquente passaggio della tarda *Maitrāyaṇī Upaniṣad*: «Questo corpo nato dal rapporto sessuale, sviluppatosi nell'inferno della matrice, uscito per il meato dell'urina, composto d'ossa, ricoperto di carne, rivestito di pelle, è pieno di escrementi, urina, bile, flemma, midollo, grasso cervella e altre impurità come una stanza di tesori è piena di ricchezze».

Le sei scuole filosofiche classiche in via di formazione esprimono parimenti una concezione essenzialmente sotterriologica della filosofia come medicina per i mali dell'esistere, in maniera non dissimile da quanto accadde in Grecia nelle scuole filosofiche ellenistiche. Questo intento terapeutico della filosofia è dichiarato esplicitamente, per esempio, nel testo fondamentale della scuola Śmḱhya, le Śmḱhyakrik di varakṛṣṇa, che recita nella strofe inaugurale: «a causa dell'assalto del triplice dolore sorge [la filosofia come] desiderio di giungere a conoscere lo strumento per contrastarlo». Il triplice dolore che affligge l'uomo è quello di origine divina, naturale e psicologica, e lo strumento per contrastarlo è la conoscenza del principio spirituale, essa sola capace di estinguere la ronda delle reincarnazioni.

Nel testo fondamentale della scuola Yoga, gli Yogāstra di Patañjali, si trova una metodologia pratica per attingere tale conoscenza intuitiva, che palesa il suo modello terapeutico ricalcando fedelmente la summenzionata quadripartizione dell'yurveda, in maniera analoga a quanto notato per le Quattro Nobili Verità buddhiste. La scienza medica indiana teorizzava quattro momenti: diagnosi, eziologia, guarigione e cura. Su questa falsariga, gli Yogāstra diagnosti-

cano la malattia esistenziale che è il dolore futuro (per il passato e presente non c'è rimedio); ne determinano l'eziologia, consistente nella confusione dell'anima spirituale con l'organismo materiale, causata a sua volta dall'ignoranza metafisica; ne identificano la possibilità di guarigione nella soppressione di quell'ignoranza, con il conseguente isolamento dell'anima dal corpo; e infine prescrivono la cura per ottenere tale guarigione, consistente nelle pratiche meditative atte a raggiungere la perfetta conoscenza discriminativa di anima e corpo.

A questa "via della conoscenza" altre si aggiungeranno nel corso del successivo sviluppo del pensiero filosofico-religioso indiano, in concomitanza coll'attestarsi dei culti teistici come il Viṣṇuismo e lo Ivaismo: la Bhagavad Gt, forse il testo piú riverito dagli hindu di qualsiasi confessione, raccomanda la "via dell'azione" disinteressata, compiuta unicamente per il dovere, che recide così lo stame delle reincarnazioni innescate dal *karman* egoistico; e soprattutto la "via della devozione" (*bhakti*) e dell'abbandono fiducioso al Signore che concederà la grazia della liberazione dalle rinascite e della propria perpetua intimità.

Su questo sfondo, qui abbozzato in termini inevitabilmente succinti, si può tracciare un quadro schematico del significato di vita e morte, salute e malattia nel contesto della visione del mondo hindu. La vita è effimera e intessuta di dolori cui la morte, supremo dolore essa stessa, non è in grado di porre fine. La vera malattia è la vita stessa, e l'ultima salute è la guarigione dalla vita reiterata nel secolo e la dissoluzione finale nell'Eterno. Il dolore non ha alcun ruolo positivo, se non nelle pratiche ascetiche di

mortificazione; va comunque sopportato pazientemente, nella consapevolezza che ciascuno è causa con la sua condotta passata del suo dolore presente e futuro. L'itinerario spirituale di liberazione dalla vita e dal dolore si percorre però nell'arco di innumerevoli esistenze, nelle quali l'uomo matura gradualmente il disgusto per le gioie illusorie del mondo. L'attaccamento alla vita, la deprecazione della morte, la preoccupazione per la salute possono dunque certo avere un senso per l'hindu ancora incline alla *bhukti*, il godimento dei beni di questo mondo, che anche la religione, seppure in via subordinata, gli promette; ma i valori vitali e anche affettivi perdono progressivamente la loro attrattiva per chi già molto ha vissuto, molto ha sofferto ed è dunque pronto a intraprendere il cammino finale della *mukti*, la traversata del flutto tumultuoso dell'esistere per approdare alla pace definitiva dell'Essere da cui non c'è ritorno.

Buddhismo

Monaco Tenzin Khentse Cesare Milani

Nel vissuto comune ed ordinario si dà per scontato che la vita è dura tanto e che la malattia per lo più riguarda gli altri più sfortunati di noi, come se una vita lunga, serena, priva di difficoltà o malattia sia uno stato di diritto da considerare come normalità.

Non c'è nulla di più sbagliato, fuorviante e ingannevole, è proprio la sofferenza che deriva dalla malattia, dalla perdita, dalla difficoltà, che permette a noi umani di manifestare le nostre più preziose qualità che sono: l'empatia, la compassione, la generosità, l'aiuto, l'accettazione, il perdono.

Il Buddha nel suo primo insegnamento parlò delle "quattro verità degli esseri nobili", sono verità perché sono accertate dalla osservazione priva di giudizio e dalla logica che analizza la manifestazione dei fenomeni, e sono nobili perché sono parte integrante del cammino spirituale; la prima di queste verità è la "verità della sofferenza" che pervade tutta l'esistenza e che può essere facilmente osservabile nelle sue manifestazioni più evidenti mentre diventa difficile da individuare nei suoi aspetti più sottili.

Dato che il desiderio di vivere felicemente e senza sofferenza accomuna tutti gli esseri, mentre la sofferenza è uno stato che prima o poi tutti sperimentano, nasce la volontà di liberarsi dalla sofferenza. Questa liberazione è possibile solamente attraverso un cammino o comportamento che elimini le cause della sofferenza, la causa fondamentale di tutte le sofferenze è l'attitudine egoistica di pensare prima di tutto e tutti a noi stessi, considerarci come speciali, diversi dagli altri, con più diritti ed autorizzati a difendere con ogni mezzo il proprio status o di guadagnare qualche vantaggio personale anche a discapito degli altri.



Il Buddha della medicina, raffigurato con il corpo blu, tiene nella mano sinistra la ciotola dell'elemosina con all'interno piante medicamentose, nella sua mano destra tiene una pianta di arura, nota per le sue proprietà mediche.

Nel Buddhismo la morte non viene considerata come la fine di tutta l'esistenza, bensì il termine di quella determinata vita che sperimentiamo dal momento della nascita, con la morte quello che cessa è l'esistenza del corpo fisico, materiale, mentre la mente sottile o coscienza fondamentale, che è la nostra componente più importante ed immortale, sede delle impronte karmiche, continua la sua esistenza.

Per la forza delle impronte karmiche, questa mente sottile sarà portata ad unirsi ad un altro corpo, quello più adatto a sperimentare il karma accumulato, così nasce una nuova vita. Nel caso degli umani o degli animali quando lo spermatozoo si unisce all'ovulo, nello stesso istante, la coscienza sottile proveniente da un'esistenza precedente si unisce a loro e nasce una nuova vita.

Quel nuovo corpo sarà la forma più adatta a sperimentare tutta la gamma di esperienze piacevoli o spiacevoli che non sono altro che l'effetto manifesto o maturato del karma accumulato dalle azioni compiute nelle vite precedenti.

Pertanto quando sperimentiamo una esperienza piacevole o fortunata è la maturazione del karma di azioni positive compiute precedentemente, al suo opposto la sofferenza fisica o mentale che sperimentiamo è l'effetto o maturazione del karma di azioni negative precedenti.

Ne deriva che la sofferenza, come ad esempio una malattia, ha la sua causa fondamentale nel karma negativo di una azione negativa precedente, mentre quella che noi comunemente chiamiamo causa come un virus, un batterio, un infortunio, un incidente, non è causa bensì

condizione, cioè una circostanza favorevole alla maturazione di quel determinato karma.



Raffigurazione del Buddha dorato simbolo di preziosità. La protuberanza sulla sommità del capo indica che ha raggiunto lo stato della completa illuminazione. Con una mano tocca la terra e la chiama a testimone dell'aver raggiunto l'illuminazione dopo aver sconfitto gli ultimi e più insidiosi demoni. L'altra mano regge una ciotola del mendicante piena di offerte. A volte le offerte sono cinque di forma sferica e colori diversi come simbolo dei cinque sensi, dai quali ha realizzato il distacco.

Se ci comportiamo in modo virtuoso, amorevole, generoso, altruistico, non creeremo le cause per sperimentare sofferenze, ed anche in circostanze o condizioni avverse non sperimenteremo gravi conseguenze, ecco perché in conseguenza dello stesso evento alcuni si sal-

vano ed altri no, alcuni si ammalano ed altri no, alcuni sono curati o aiutati con successo ed altri no.

Questa è la visione buddhista secondo la legge di causa ed effetto e per la interdipendenza o correlazione che lega tutta la manifestazione dell'esistenza, non solo di tutti gli esseri ma anche di tutti i fenomeni senza esclusione.

Ebraismo

Rav David Gianfranco Di Segni

L'Ebraismo si fonda sulla fede in Dio, creatore del mondo e fonte prima del sistema di leggi e della morale. In linea di principio, non c'è differenza fra leggi e norme di carattere civile, penale o religioso, da una parte, e i principi dell'etica e della morale, dall'altra: sia le une che gli altri costituiscono parte integrante della Torà (la prima parte della Bibbia e, in generale, la dottrina ebraica), nonché del sistema di leggi della *Halakhà* (la legislazione ebraica).

Un principio fondamentale della tradizione ebraica è che l'uomo – nella sua duplice fisionomia di maschio e femmina – è stato creato “a immagine e somiglianza” della Divinità (*Genesi* 1: 27). Ogni offesa, quindi, arrecata all'essere umano è considerata, prima di tutto, un'offesa all'immagine divina che si trova in ogni uomo. Dalla somiglianza essenziale fra Dio e l'uomo deriva il dovere per ciascuno di noi di imitare Dio nei propri comportamenti: come Dio, secondo il racconto biblico e le tradizioni riportate nel Talmud, cura e assiste i malati, così anche gli uomini hanno tale obbligo; come Dio sostiene i bisognosi, così anche noi dobbiamo aiutare le categorie di persone più deboli e disagiate; come Dio si prende cura dei defun-

ti e conforta chi è in lutto, così gli uomini sono tenuti ad avere rispetto dei loro simili pure dopo la loro morte e a consolarne i parenti.

Fra l'etica medica generale e quella ebraica sussistono alcune differenze notevoli: in particolare, l'autonomia, che è un principio fondamentale e forse il più importante nell'etica generale odierna, ha un valore limitato nella concezione ebraica. Il paziente, secondo l'ottica ebraica, ha l'obbligo di farsi curare e di preservare la propria vita e salute, come altresì ha il divieto di arrecare un danno a sé stesso. Ugualmente, il medico ha l'obbligo di curare il paziente, al meglio delle sue possibilità, e non può rifiutarsi di farlo. L'autonomia è quindi limitata, anche se il paziente ha la facoltà, in certi ambiti, di decidere autonomamente cosa reputi meglio per sé fra differenti opzioni possibili. L'approccio ebraico al concetto di autonomia può essere così sintetizzato: l'autonomia (del paziente, del medico o di chiunque sia coinvolto) vige fintanto che non si rientra in un caso chiaramente dettato dalla *Halakhà*, perché allora la norma halakhica prevarrebbe. Per esempio, una persona che abbia perso molto sangue non può rifiutarsi di farsi fare una trasfusione. Però, può scegliere fra diverse terapie, qualora una cura non sia chiaramente e obiettivamente preferibile all'altra; può inoltre rifiutare il proprio consenso riguardo all'uso di terapie sperimentali; ha la facoltà, nel caso di un paziente prossimo alla morte, di respingere un trattamento che prolunghi solo artificialmente la vita aumentando la sofferenza; e altri casi da valutare singolarmente.



La parola chaim in lingua ebraica, vita.

Uno dei problemi fondamentali della medicina è la definizione di inizio della vita. Essa comporta aspetti scientifici, filosofici, teologici, religiosi, legali. Non tutte le definizioni sono uguali. Dal punto di vista biologico, è ovvio che sia la cellula uovo sia la cellula spermatica sono esseri viventi. Quando l'ovulo è fertilizzato dallo spermatozoo, si forma la cellula zigote, che rappresenta una nuova entità, un nuovo organismo: ciò però non implica necessariamente che lo zigote sia da considerarsi una "persona". Secondo la legislazione ebraica, la piena capacità giuridica di persona si acquista al momento della nascita. Il feto è tutelato fin dal concepimento, ma il suo diritto non prevale su quello della madre. Prima della nascita, i diritti del frutto del concepimento aumentano gradualmente. Secondo le fonti talmudiche l'embrione, prima del 40° giorno dal concepimento, non è ritenuto che "mera acqua". Benché non tutte le opinioni attribuiscono a questa affermazione un valore legale assoluto, in genere essa è considerata una motivazione per permettere, se sussistono altre condizioni, la ricerca biomedica sugli embrioni.

La definizione di fine della vita comporta anch'essa, come quella d'inizio della vita, diversi aspetti. Uno dei

problemi principali per cui è fondamentale arrivare a una chiara determinazione della fine della vita è quello dei trapianti di organi. Stabilire che il decesso sia avvenuto è infatti un prerequisito per poter effettuare l'espianto degli organi da destinare poi per il trapianto in pazienti adatti. L'aiuto a chi soffre è un principio fondamentale dell'Ebraismo e la donazione d'organi è considerata un atto di grande solidarietà e di alto valore etico. La necessità di salvare una vita umana o di alleviarne le sofferenze appare più importante della possibile offesa all'integrità del corpo umano dopo la morte. Non ci sono quindi obiezioni, in generale, alla donazione di organi, se essi sono prelevati dopo che la morte è stata accertata in modo assoluto.

La santità della vita umana è per l'Ebraismo un principio fondamentale. L'omicidio è una delle più gravi proibizioni della Torà e ogni azione che provochi la fine della vita è considerata omicidio. La posizione dell'Ebraismo riguardo all'eutanasia è chiara: essa è assolutamente vietata. La vita ha valore infinito e anche poche ore sono degne di essere vissute.

Molte fonti talmudiche mostrano come anche gli ultimi momenti di vita di una persona possano acquistare significato per la persona stessa, oltre che per coloro che l'assistono. È quindi proibito ogni atto che possa accelerare la morte, anche quando per i medici non ci sia più alcuna speranza di vita e anche se è il malato stesso a richiederlo. Il problema principale è identificare l'esatta linea di demarcazione a volte sottile fra un'azione che, direttamente o indirettamente, causi la morte (azione sicuramente vie-

tata) e un'altra che, sospendendo l'accanimento terapeutico, si limiti a permettere il decorso naturale e a rimuovere l'impedimento della morte.



Frontespizio del II libro del Mishnè Torà di Mosè Maimonide, medico e sapiente ebreo del XIII secolo.

Nella “Preghiera del medico” (Venezia 1665) scritta dal medico e rabbino italiano Rabbi Yacob Zahalon, nato nel 1630 a Roma, dove esercitò entrambe le professioni fino al 1682, anno in cui si trasferì a Ferrara, si legge: “Padrone del Mondo, [...] se mi consulterà un malato, la cui ora si avvicina per un male senza speranza, sia Tua volontà che non sia io ad avvicinarne la fine neanche un momento solo, ma insegnami a dargli una medicina che lo sostenga fino a che verrà la sua ora”. Non molto diverso è il Giuramento di Ippocrate, dove si dice: “Non somministrerò a nessuno, neppure se richiesto, alcun farmaco mortale, e non prenderò mai un’iniziativa del genere”.



Bibbia ebraica con Masora: Miniatura con le Tavole dei Dieci Comandamenti (Ambrosiana, ms. C 105 sup.) © Veneranda Biblioteca Ambrosiana.

Cristianesimo

Mons. Pier Francesco Fumagalli

L'Evangelo di Gesù Cristo Salvatore è una buona notizia per ciascun essere umano, come persona considerata nella sua esistenza concreta, posta dall'Unico Dio trinitario al centro di un disegno di amore e di redenzione, immagine e gloria di Dio nell'universo creato. In conformità a questa prospettiva teologica ed antropologica, la vita della persona umana è un valore sacro, viene da Dio e a Dio fa ritorno. Questo meraviglioso piano divino di amore e misericordia coinvolge tutti gli uomini e le donne in una relazione di solidarietà e corresponsabilità di dimensioni cosmiche, il cui riflesso si realizza specialmente nella cura per i deboli e i poveri, i malati e i sofferenti nel corpo e nello spirito.

Il prenderci cura della persona nella sua condizione di particolare fragilità – alla nascita, nei momenti della malattia, alla morte – è un comandamento evangelico fondamentale per “farci prossimi” gli uni agli altri, come il Samaritano della parabola (Luca 10, 29-37).

La condizione umana che si attua nel momento del dolore – fisico, psicologico, spirituale – è un appello urgente e cogente ad uscire dall'indifferenza per rivolgersi verso

“l’altro” in cui si rivela il volto di Gesù Cristo. Questa consapevolezza di fede, pur rimanendo rispettosa delle diverse convinzioni individuali, suscita energie ed attira in un vincolo di reciproca corrispondenza il malato, i familiari, le comunità religiose di riferimento, gli operatori sanitari, gli assistenti volontari, contribuendo ad arricchire di senso umano e professionale gli sforzi terapeutici.



Gesù guarisce il lebbroso, mosaico del Duomo di Monreale.



Miniatura della parabola del buon Samaritano, dal Codice Purpureo Rossanese.

L'approccio olistico ed umanistico non significa indifferenza per la condizione sociale, etnica o religiosa di ciascuna delle persone che interagiscono nel prendersi cura gli uni degli altri, ma al contrario le rende più responsabili ed attente, così che l'accresciuta consapevolezza di tali specificità costituisce un nuovo elemento di forza per sostenere l'impegno della cura, specialmente nei casi di malattie invalidanti e involutive.

Le risorse spirituali che la fede, nutrita dalla preghiera, suscita, contribuiscono anch'esse ad alimentare la speranza, la fiducia tra i malati e gli operatori sanitari, le motivazioni profonde che sostengono in momenti difficili le scelte e le azioni terapeutiche. Il Cristianesimo, in una visione di libertà di coscienza e rispetto della dignità di ciascuna persona, favorisce e condivide la collaborazione tra tutti coloro che secondo competenze e doveri specifici operano nel difficile campo della cura della salute.

Attraverso relazioni di amicizia, stima e dialogo, possiamo camminare insieme prendendoci cura gli uni degli altri e del creato. Tutti i credenti di ogni religione, insieme possiamo lodare il Creatore per averci donato il giardino del mondo da coltivare e custodire come un bene comune, e possiamo realizzare progetti condivisi per combattere la povertà e assicurare ad ogni uomo e donna condizioni di vita dignitose (*cf.* papa Francesco, 28 ottobre 2015).

Camminare insieme conduce a lavorare insieme nel campo delle opere di carità e di assistenza, un campo dove contano soprattutto le relazioni di empatia e compassione, nel quale possono unirsi a noi tante persone che non si sentono credenti o che sono alla ricerca di Dio e della

verità, persone che mettono al centro il volto dell'altro, in particolare il volto del fratello o della sorella bisognosi (cfr. papa Francesco, *ibidem*).



Affresco di Bernardino Luini, *Cristo incoronato di spine con ai lati i membri della Confraternita di Santa Corona*. © Veneranda Biblioteca Ambrosiana.

Islam

Imam Yahya Pallavicini

Nell'introduzione alla sua opera *La medicina del Profeta*, Jalal ud-din Abd ar-Rahman ibn Abu Bakr as-Suyuti (1445-1505) ricorda ai lettori il principio della Creazione e della Rivelazione divina, quando Dio insegna all'uomo ciò che è bene e ciò che è male. Seguendo questo principio, egli ricorda che benessere e malessere sono anche sul piano fisico la conseguenza della corretta adesione all'ordine divino o della disobbedienza ad esso.

Se il credente osserva le regole della scienza sacra, applica le leggi della sua religione e obbedisce alle prescrizioni rituali sarà salvo nel mondo superiore e saprà mantenere e gustare la salute anche in questo basso mondo (*ad-dunya*). Al contrario, se sceglierà di essere negligente nei confronti dei mezzi di comunicazione spirituale, di abdicare alla propria natura di creatura e servo di Dio e di ribellarsi alla funzione che il Signore gli ha prescritto nella vita, allora gusterà le conseguenze negative del proprio orgoglio e della propria ignoranza.

At-Tirmidhi (824-892) ha trasmesso una tradizione riportata da Abu Hurayra (601-681) nella quale si racconta che il Profeta un giorno disse: «Il giorno del giudizio

la prima domanda che verrà presentata al credente sui piaceri terreni sarà: ‘Non vi ho forse affidato un corpo sano?’ >>.

La condizione originaria del corpo è quella della salute, ma a causa della delicatezza dei suoi elementi costitutivi e della dinamicità dei suoi temperamenti succede che il corpo possa assumere uno stato di malattia oppure passare per altri stati che non coincidono con la malattia né con la salute: la convalescenza o l’invecchiamento.

Dio ha affidato all’uomo “un corpo sano”, inteso come ricettacolo capace di custodire e testimoniare “il Suo soffio spirituale”. Spirito e corpo rappresentano quindi per i musulmani il segreto e il deposito che ogni credente deve imparare a ben gestire in una prospettiva unitaria, seguendo per l’uno e per l’altro regole diverse ma strettamente e gerarchicamente collegate tra loro: le regole della maestria del soffio o “regole del cuore” e le regole per onorare la salute del deposito o “regole del corpo”. Le regole del cuore spirituale ispirano il buon funzionamento delle regole del corpo nel quale lo stesso cuore fisico è compreso. In altre parole, il cuore ispira con le sue regole il corpo e le regole del corpo dirigono anche l’organo del cuore, contribuendo così all’armonia simbolica del ciclo naturale della creazione.

È interessante far notare come per la dottrina islamica il corpo che Dio ha scelto per ogni creatura sia originariamente sano. Pertanto, il musulmano deve occuparsi principalmente della sua responsabilità di conservare e tutelare la salute. Tale compito costituisce infatti la base filosofica della medicina nell’Islam: conservare e tute-

lare il deposito che Dio ha affidato a ogni creatura in ottime condizioni di salute e prevenire le possibilità negative che degenerano nella malattia.



Primo manuale illustrato di chirurgia utilizzato durante il califato ottomano (XV secolo), Biblioteca Nazionale Fatih, Istanbul (www.muslimheritage.com)

Allo stato della malattia si arriva tuttavia attraverso una condizione di passaggio, chiamata dai sapienti musulmani “terzo stato”, che non è più quello origina-

rio della salute, ma non è ancora quello della malattia che prevale. Ciò sta a significare che l'uomo non ha necessariamente bisogno di cadere malato per accorgersi di non essere coerente con le regole di tutela della salute, ma può in qualsiasi istante ritrovare il giusto orientamento ed evitare di vivere la disgrazia della malattia. Naturalmente, non esiste alcuna corrispondenza meccanica tra l'aderenza alle regole della religione e la salute, né tra la disobbedienza alle regole della religione e la malattia. La prospettiva materialista secondo cui il successo, la prosperità e la salute in questo mondo costituiscono le conseguenze automatiche della fede è del tutto estranea al carattere dell'Islam. Anche il Sacro Corano invita a non farsi ingannare dall'eventuale successo mondano di coloro che non credono e ad accogliere con immutata gratitudine qualunque stato fisico e spirituale che Iddio dovesse decretare per il musulmano. La malattia, infatti, può essere il segno della disgrazia nel malvagio, un richiamo misericordioso per il credente disorientato, un dono per elevare la virtù della pazienza sovraindividuale, un segno della grazia in alcuni santi che sembrano quasi aver cominciato prima di morire a lasciare la dimora del corpo per estinguersi nella dimora divina. Per questa ragione occorre riconoscere salute e malattia oltre i segni esteriori che le manifestano, imparando a leggere il significato ogni volta diverso dell'una e dell'altra.

Il ciclo della vita del musulmano rappresenta un percorso di passaggio ciclico dall'Altro mondo a questo mondo e da questo mondo all'Altro mondo. Allo stesso

modo, prima che faccia ritorno al suo Creatore, l'uomo deve cercare di governare il corpo con l'aiuto dello spirito, custodendo la salute originaria che Dio gli ha dato. Alla fine della vita dell'uomo, la salute farà ritorno a Dio nello stesso stato con il quale era discesa nel corpo, mentre il corpo manifesterà nei suoi segni il grado di coerenza nei confronti della salute. Infine, spetta all'uomo imparare, coniugare, non confondere e non inventare le regole divine di gestione del cuore e del corpo, per essere strumento intelligente della scienza sacra della medicina.



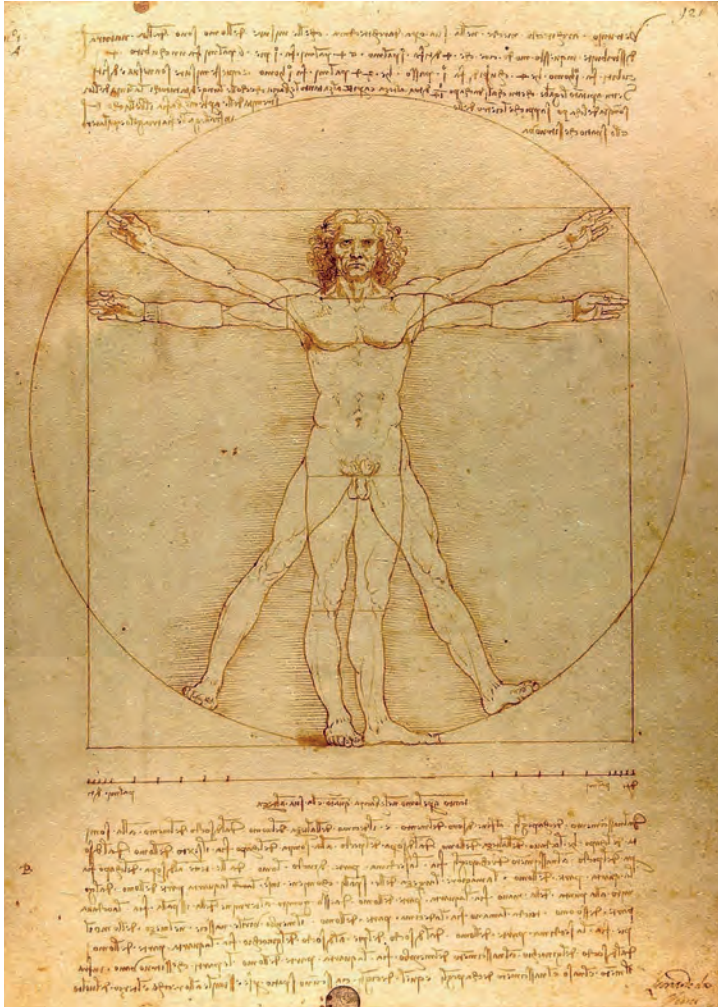
Al-Bari', Il Sano, uno dei 99 più bei nomi di Dio. Calligrafia a china realizzata da Abd al Haqq Isa Croce.

Si dice che un giorno il grande maestro della scienza sacra Dhu-n-Nun al-Misri (796-859), mentre passeggiava, vide un gruppo di medici. Questi erano circondati da molte persone, uomini e donne, che tenevano nelle loro mani i recipienti delle urine. I medici prescrivevano la diagnosi appropriata per la malattia di ognuno. Dhu-n-Nun avvicinò uno dei medici, lo salutò, ricevette a sua volta il saluto del medico e gli disse:

‘Possa Allah avere Misericordia di voi. Cortesemente datemi il rimedio per le cattive azioni’. Il medico restò con il capo abbassato per un’ora, poi alzò la testa e disse: ‘Se io vi prescrivo il rimedio, mi presterete attenzione e comprensione?’. Dhu-n-Nun rispose: ‘Sì, *in-sha’Allah*, se Dio vuole’. Allora il medico disse: ‘Prendete la radice della povertà e mischiatela con il polline della pazienza, il myrobalan della sottomissione, la belerica della menzione di Allah e anche con il tamarindo dell’umiltà, il polypodium della sincerità, il rabarbaro della purezza e un agarico della fedeltà. Mettete l’insieme in una pentola che sia libera da cattive azioni e accendete sotto la pentola il fuoco della devozione finché le bolle della saggezza vengano in superficie. Quando le bolle emergono versate con il filtro del ricordo e travasate nella coppa dell’accettazione. Raffreddate con il ventaglio della lode ad Allah finché non diventi fresco. Quando è fresco, allora bevete e gustate il fare senza esserne o senza ciò che c’è. Dopo di questo voi non commetterete più alcuna cattiva azione’.

As-Suyuti, commentando questa storia, conclude il trattato sulla *Medicina del Profeta* scrivendo:

Curate dunque il vostro cuore con questi rimedi, proprio come curate il vostro corpo con quelle medicine. Attraverso questi mezzi voi beneficereste di una completa e perfetta realizzazione della salute, in questo mondo e nell’Altro. In verità non c’è potere se non in Allah, l’Altissimo, l’Onnipotente.



Disegno di Leonardo Da Vinci dell'uomo vitruviano inscritto nelle due figure perfette del cerchio, che rappresenta la realtà celeste, e del quadrato, che rappresenta la dimensione terrena.



Pluralismo
culturale e religioso
nell'assistenza
alla persona
e alla famiglia

Accoglienza del malato

Induismo

Hamsananda Ghiri

L'Induismo è una realtà polimorfa avente scuole teologiche, tradizioni famigliari e orto-prassi molto variegate, tali per cui le risposte ai temi della salute possono differenziarsi molto. Si possono, tuttavia, delineare alcune linee tendenziali di consenso di massima; linee che, a ogni modo, devono essere confrontate, di caso in caso, con il paziente e con la famiglia del diretto interessato.

Un colloquio preliminare con il paziente e con i famigliari è consigliabile al fine di conoscerne la tradizione religiosa e le relative osservanze (preghiera, questioni legate all'igiene personale, le abitudini alimentari e astrologia).

Un'altra peculiarità dell'Induismo, non secondaria, è la sua spiccata adattabilità ai cambiamenti della modernità pur mantenendo saldi i propri principi costitutivi.

Tra questi se ne possono individuare tre in particolare: il *dharma*, l'ordine, il sostrato che nutre e sostiene tutta la manifestazione; il principio della non-violenza, *ahimsa*, quindi la sacralità della vita di tutti gli esseri viventi; la responsabilità personale, *karma*. Con questi presupposti un induista, unendo ragione e intuizione, opera le sue

scelte, anche di tipo bioetico avente come fine il rispetto di quei valori universali quali il rispetto per la vita, per l'amore e per la libertà.

Buddhismo

Tenzin Khentse Cesare Milani

In generale quando un malato si rivolge ad una struttura ospedaliera o ambulatorio o medico, porta con sé una condizione di debolezza, insicurezza, preoccupazione. Le strutture ed il personale che accolgono il malato dovrebbero tener conto prima di tutto della sua situazione personale ed emozionale ancor prima della natura particolare della patologia. La professione medica in tutti i suoi aspetti e declinazioni è diversa da qualsiasi altra professione e più di ogni altra dovrebbe saper unire l'empatia e la gentilezza del rapporto umano con gli aspetti tecnici e scientifici specifici della professione. Quello che il malato o l'assistito non vuole è di essere considerato un numero, uno dei tanti, senza nessuna specificità e senza nessuna individualità, ma solamente uno dei tanti casi di cui occuparsi, quello che invece noi tutti vorremmo quando ci troviamo in situazioni di bisogno è di essere considerati individualmente prima di tutto come persona, di essere capiti, indirizzati, consigliati e confortati. Questo conta più di qualunque moderna o avanzata tecnica di diagnosi medica o di prestazione sanitaria in generale. In questo senso chi assiste e cura non dovrebbe fare nessuna differenza di genere, ma preoccuparsi solamente della persona che ha di fronte con le sue necessità, preoccupazioni e

aspettative al di là di ogni differenza etnica, religiosa, spirituale o di qualunque altro genere.

Ebraismo

Ariel Di Porto

Negli ultimi anni molte aziende ospedaliere hanno elaborato delle strategie volte a umanizzare le cure e l'assistenza, accogliendo le differenze e specificità culturali e confessionali dei degenti. In questa ottica è certamente di fondamentale importanza costruire un rapporto con i degenti, per comprendere le loro esigenze religiose e culturali, relativamente alla preghiera, alla dieta, allo studio, alla gestione della corporeità, rendendo la permanenza nella struttura ospedaliera un momento nel quale vivere la propria spiritualità allo stesso modo in cui si vive nel quotidiano. Per questo all'arrivo nella struttura è opportuno relazionarsi con il paziente per venire a conoscenza delle sue esigenze particolari, collegate alla sua fede.

Cristianesimo – Chiesa Cattolica

Giorgio Lambertenghi Delilieri

Sostenere che la sanità sia oggi in crisi per la riduzione delle risorse economiche è una mezza verità. Occorre invece puntare i riflettori sulla componente umana, in particolare sull'atteggiamento dell'accoglienza che sta alla base dell'incontro del medico con il paziente che chiede anzitutto una relazione – “il prendersi cura” – e non solo una prestazione – “la cura”. Accoglienza e ascolto sono due di-

sposizioni interne che non si possono insegnare, perchè l'amore verso il prossimo sofferente non è trasmissibile come il sapere scientifico. Il cristiano riconosce nel volto di ogni uomo e donna, specie se debole e sofferente, il volto del Signore Gesù Cristo, fattosi nostro prossimo per amore salvifico. Conseguentemente, per il medico cristiano l'accoglienza deve ispirarsi ai principi della prossimità e della solidarietà, in particolare a quelli insegnati dal Vangelo e non da una visione laica di tipo filantropico. Di fronte a tematiche complesse e inquietanti sulla vita, accoglienza per il medico significa «fare silenzio interiore per ascoltare senza rumori nel cuore e nella mente: spogliarsi di ogni fretta, mettere da parte le proprie necessità e urgenze, fare spazio» (Papa Francesco in *Amoris laetitia*).

Cristianesimo – Chiese e Comunità della Riforma

Ilenya Goss

L'esigenza fondamentale di un cristiano protestante rispetto ai trattamenti sanitari è di vedere preso in considerazione il suo diritto a compiere delle scelte: l'autonomia delle decisioni, la concertazione degli interventi terapeutici sono elementi a cui la popolazione cristiana evangelica è molto sensibile. Un cristiano evangelico desidera solitamente vedere rispettati i confini: come non riceve imposizioni da parte della propria chiesa, né regole assolute da seguire in materia di terapie, alimentazione, trattamenti, così, come ogni cittadino e cittadina, desidera che in ambito ospedaliero sia parimenti riconosciuta questa libertà. Tale impostazione deriva direttamente dalla sottolineatura

che nella fede cristiana protestante ha la salvezza per grazia: non vi sono precetti alimentari o regole speciali nel trattamento del corpo (abluzioni, rituali legati al trattamento del corpo in caso di decesso) che determinano la salvezza, essa è donata da Dio in Cristo e ricevuta con fiducia. Questo fa sì che il comportamento pratico sia flessibile nelle diverse situazioni di vita, e improntato ad un'etica dell'amore di Dio e del prossimo libero dai vincoli rigidi di un regolamento.

Islam

IlhamAllah Chiara Ferrero

Il principio dell'accoglienza è legato a quello dell'ospitalità. Ospitare significa accogliere una benedizione, una ricchezza, un nutrimento per lo spirito manifestando con gesti, parole e attenzioni un livello di dignità sacrale dell'ospite e dell'ospitante. A maggior ragione saper accogliere una persona le cui condizioni di salute non siano ottimali implica un atteggiamento di conoscenza e apertura ancora maggiore. Spesso l'accoglienza di un paziente musulmano richiede lo sforzo di relazionarsi con chi viene definito per antonomasia come "straniero". I musulmani non si identificano con un'etnia particolare e sono presenti in tutti i Paesi del mondo. I Paesi a maggioranza islamica sono 57, distribuiti in Asia e Africa. Pertanto nell'accogliere un paziente di fede islamica che non parlasse la lingua italiana si dovrà cercare il mediatore linguistico-culturale dello stesso Paese di provenienza oppure che sappia orientarsi tra gli aspetti etnici e quelli eminentemente religiosi.

Differenze di genere

Induismo

Hamsananda Giri

Non si deve sottovalutare il forte senso del pudore della cultura indiana. Meglio se i pazienti fossero visitati\assistiti da persone dello stesso sesso. Ancor di più, in caso di visite urologiche e ginecologiche.

La donna indù è, generalmente, reticente a mostrare parti del corpo quindi si consiglia di circoscrivere il più possibile l'area interessata e di eseguire la visita in presenza del marito o di un altro familiare in un luogo dove non vi siano altre persone presenti. Le donne sposate indossano una collana che ha un valore molto sacro; essa non dovrebbe mai essere rimossa senza il loro consenso. Lo stesso vale per il filo sacro che alcuni uomini portano intorno al petto.

Buddhismo

Tenzin Khentse Cesare Milani

In generale, parlando di buddhisti presenti sul nostro territorio, abbiamo due grandi tipologie: la prima è rappresentata da tutti i praticanti provenienti da quei Paesi di tradi-

zione buddhista, soprattutto dal Tibet e Shri Lanka, oltre ad una minoranza dall'India, Cina, Vietnam etc.; l'altra è composta da italiani di nascita, che hanno scelto il Buddhismo come loro religione. Oltre alle differenze dovute alle diverse tradizioni del Buddhismo presenti nei vari Paesi, è evidente che a fare la differenza più grande è il Paese di origine dove possiamo trovare differenze anche molto grandi nell'alimentazione, nella struttura familiare e nelle relazioni tra i membri della loro comunità. Come succede in altre religioni, i valori, le usanze, la morale e le tradizioni di una etnia non sono disgiunti dalla loro tradizione spirituale che è presente in ogni aspetto e significato del quotidiano fino a fondersi in un tutt'uno inseparabile. Per quanto riguarda le differenze uomo-donna e la loro relazione nella cultura tibetana il ruolo e la figura della donna è molto forte ed è indubbiamente il pilastro portante della famiglia nonché depositaria vera di tutta la tradizione, ne deriva una maggiore autonomia nel prendere decisioni anche in ambito sanitario per sé e per i familiari, in altri Paesi sempre di tradizione buddhista il ruolo della donna è più discreto ed in questo senso è più opportuno che il marito sia quanto più presente in tutte le situazioni.

Ebraismo

Ariel Di Porto

Molti ebrei osservanti rispettano delle regole particolari nell'interazione sociale fra uomini e donne, in particolare riguardo al contatto fisico e al trovarsi soli in una stanza chiusa con individui dell'altro sesso. L'operatore sanita-

rio deve mostrare empatia, tenendo quantomeno a mente i possibili impatti di una situazione nuova per il paziente. Questo atteggiamento può rafforzare la relazione operatore-paziente. Molti uomini e donne sposate usano tenere il capo coperto.

Cristianesimo – Chiese e Comunità della Riforma

Ilenya Goss

Per quanto riguarda la differenza di genere, nel Protestantismo non vi sono particolari regole da rispettare e di solito non si presentano difficoltà rispetto all'essere visitati o assistiti da personale maschile o femminile, né per quanto riguarda gli uomini né per quanto riguarda le donne. Una preferenza per essere curati da operatori del proprio genere può presentarsi in alcuni casi specifici, ma non si tratta di un dato connesso alla propria appartenenza di fede.

Islam

IlhamAllah Chiara Ferrero

In alcune culture vi è una maggior attitudine a interfacciarsi con personale sanitario dello stesso genere. Ciò non costituisce un dettame proprio alla religione islamica: accondiscendere a una richiesta di questo tipo può costituire piuttosto una prassi utile a facilitare la comunicazione e la tempestività dell'intervento. Si tratta di un'esigenza legata alla tutela di un senso del pudore per il quale alcune donne musulmane richiedono di essere visitate e cura-

te da medici donne e alcuni pazienti musulmani di essere assistiti da personale infermieristico maschile. L'urgenza della cura o l'imprevedibilità della composizione dei turni di lavoro possono far passare in secondo piano queste esigenze.

Visite dei parenti

Induismo

Hamsananda Ghiri

La famiglia, solitamente allargata, ha un ruolo centrale nella vita di un induista; per questo le visite potrebbero essere molto affollate! In occidente, tuttavia, ciò si verifica meno perché a migrare solitamente sono piccoli nuclei famigliari mentre il resto dei parenti resta nel Paese di origine.

Buddhismo

Tenzin Khentse Cesare Milani

Le visite dei familiari, parenti, amici, sono ovviamente molto gradite dal malato purché di conforto, di sostegno e di aiuto in generale, non sono di nessuno aiuto e sollievo quei casi in cui gli amici ed i parenti portano con sé uno stato di ansia, preoccupazione e confusione.

Ebraismo

Ariel Di Porto

Le visite dei parenti e degli amici sono molto importanti per il morale del malato, e le strutture sanitarie de-

vono favorirle nei limiti del possibile. Visitare i malati è un obbligo religioso. Chi visita un malato non solo deve occuparsi dei suoi bisogni materiali, ma deve anche pregare per lui. Il visitatore dovrebbe anche fare in modo di tenere alto il morale del malato, cercando di confortarlo. Se la malattia è particolarmente grave, ciascuno ha il dovere di visitare subito il malato. Tutti sono sottoposti a questo dovere senza distinzione di età o di importanza sociale. In particolare, se ci sono dei malati soli o indigenti, è bene recarsi presso di loro, mostrando tutta la propria disponibilità. Bisogna evitare di compiere visite nelle prime e nelle ultime ore della giornata, momenti nei quali si provvede di più ai bisogni del malato (cure mediche, pasti, ecc.).

Cristianesimo – Chiese e Comunità della Riforma

Ilenya Goss

Molte comunità cristiane evangeliche costituiscono al loro interno gruppi di “visitatori”, persone disponibili ad offrire una visita ai membri di chiesa ospedalizzati. In questo compito essi affiancano il pastore per offrire sostegno, presenza e accompagnamento spirituale agli ammalati. La visita di parenti, di fratelli e sorelle di chiesa e del pastore permette di continuare a vivere il legame con la propria chiesa, di essere accompagnati e aiutati ad attraversare la malattia, la sofferenza, e talvolta anche ad affrontare la fine della vita.

Islam

IlhamAllah Chiara Ferrero

La visita al malato è particolarmente raccomandata negli insegnamenti del Profeta Muhammad, il che può comportare spesso una presenza ingente di parenti e amici nel luogo di cura. Alcune volte può capitare che i familiari scavalchino il paziente nelle relazioni con il personale sanitario, o sia il paziente stesso a delegare il parente più colto a interloquire con il medico in virtù della grande autorevolezza che si riconosce a tale figura. Alle volte, eccessi di fatalismo di alcune culture orientali, inducono i familiari a relativizzare situazioni gravi invece di prepararsi all'eventuale decesso.

Assistenza spirituale durante la degenza

Induismo

Hamsananda Ghiri

L'assistenza spirituale durante la degenza è affidata prevalentemente ai familiari. La presenza dei ministri di culto è richiesta raramente e, in particolare, per l'esecuzione di rituali specifici, in particolare, nelle fasi che precedono il passaggio della morte e per i rituali *post-mortem*.

Buddhismo

Tenzin Khentse Cesare Milani

Nella tradizione buddhista tibetana il monaco, il Lama, la guida spirituale è un amico ed un confidente al quale ci si rivolge per le situazioni più disparate e non solo strettamente in ambito religioso pur rimanendo questo il suo ruolo fondamentale, ne consegue che facilitare il più possibile la visita ed il contatto tra malato ed il suo referente religioso è di grande importanza.

Ebraismo

Ariel Di Porto

Il paziente ha il diritto, garantito da precise norme di legge, di contattare un ministro di culto per le sue esigenze religiose e spirituali. In particolare è importante che questo sia contattato quando vi è un peggioramento sensibile delle condizioni di salute del degente. Le comunità ebraiche sono a disposizione del personale sanitario per qualsiasi chiarimento in merito. Per facilitare tale contatto tra ospedale e autorità religiosa è opportuno che nelle strutture di ricovero e cura sia disponibile un elenco dei numeri di telefono a cui rivolgersi in caso di bisogno per soddisfare le esigenze del malato per il rispetto delle regole alimentari, per assistenza religiosa ed in caso di decesso.

Cristianesimo – Chiesa Cattolica

Filippo Boscia

Capita spesso di trovare sotto al guanciale della barella di chi sta per essere operato un'immagine sacra. Con la preghiera l'ammalato chiede al Padre la forza per sopportare la sofferenza confidando che l'aiuto divino lo possa condurre alla guarigione. Più volte nei Vangeli è messa in risalto l'opera di Gesù che sana le infermità e perfino resuscita i morti. Analogamente ci si rivolge ai santi per la loro capacità di essere guaritori, grazie al loro potere taumaturgico. Innumerevoli studi scientifici hanno evidenziato l'efficacia della preghiera, sia del malato stesso sia di altre persone, nel cammino verso la guarigione. E chi

meglio del cappellano, presenza doverosa e indispensabile in ogni ospedale al di là di ogni possibile credo, può guidare e accompagnare nella preghiera, oltre che pregare a sua volta per la salute dell'infermo? Figure che insieme ai medici possono davvero “prenderci cura” e non solo “curare”, fornendo un'assistenza a tutto campo, dell'anima oltre che del corpo.

Cristianesimo – Chiese e Comunità della Riforma

Ilenya Goss

L'art. 6 dell'Intesa (1984) tra il Governo della Repubblica Italiana e la Tavola Valdese in attuazione dell'art. 8, comma terzo della Costituzione, afferma che l'assistenza spirituale di membri delle chiese rappresentate dalla Tavola Valdese o di chi ne facesse richiesta è assicurata da ministri iscritti nei ruoli tenuti dalla Tavola, e l'accesso dei ministri deve essere libero e senza limitazioni. Si afferma inoltre che le amministrazioni degli istituti di cura sono tenute a trasmettere ai ministri indicati le richieste di assistenza spirituale ricevute dai ricoverati.

Per il suo carattere laico (la mancanza di separazione tra stati di vita, assenza di classificazione degli spazi in sacro/profano) un cristiano protestante non ha, rispetto ai trattamenti sanitari, molte esigenze di tipo religioso, quali norme alimentari, rituali legati alla gestione del corpo, questioni legate al genere. Può tuttavia verificarsi un disagio dovuto a situazioni di mancanza di sensibilità e di insufficiente conoscenza della specificità del Cristianesimo protestante; un credente protestante è sensibile

all'“invasione” dello spazio personale poiché non desidera, ad esempio, l'assistenza del sacerdote cappellano presente in molte strutture, ma piuttosto la visita del pastore, del diacono o dei fratelli di chiesa.

Islam

Mulayka Enriello

La funzione di un'assistenza spirituale in ospedale da parte di responsabili religiosi musulmani può avere il compito di consigliare il paziente riguardo alla misura e alla modalità di esecuzione delle preghiere rituali. Può inoltre espletare tutte quelle ritualità che accompagnano i cicli vitali, come ad esempio l'abluzione del defunto e la successiva preghiera funebre. I musulmani, uomini e donne, possono esercitare ciascuno autonomamente la conduzione delle proprie ritualità, salvo quelle comunitarie come la preghiera del Venerdì (*salat al-jum'ah*).

Può risultare gradita nel luogo di cura la presenza di locali utilizzabili per la preghiera anche da parte di parenti dei pazienti. Tali locali possono essere delle semplici stanze vuote, purché dignitose, pulite e sufficientemente raccolte. Il paziente potrà tenere tra i suoi effetti personali una copia del Sacro Corano. Qualora il personale dovesse compiere le pulizie, è un gesto di cortesia chiedere al paziente stesso di spostare il testo sacro, che spesso viene toccato solo in stato di purità rituale.

Preghiere e riti

Induismo

Hamsananda Ghiri

In virtù della varietà di tradizioni esistenti, un induista può vivere la propria fede religiosa in molti modi. Questi possono prevedere preghiera e meditazione, preferibilmente al mattino e alla sera; rituali di adorazione, visita al tempio; lettura delle sacre Scritture; pratica del digiuno. Durante la degenza alcuni pazienti potrebbero esprimere il desiderio di collocare vicino a sé delle immagini sacre. Importante è inoltre il concetto di purezza rituale tale per cui molti induisti eseguono un bagno, con valenza di rituale, prima di compiere le preghiere mattutine; lavano mani e piedi prima di mangiare e degli altri rituali giornalieri. L'Induismo presenta un ampio arcobaleno di festività. I giorni stessi della settimana sono associati a espressioni del Divino e potrebbero implicare abitudini specifiche tra cui il digiuno.

Buddhismo

Tenzin Khentse Cesare Milani

Nel Buddhismo sono assenti le pratiche liturgiche come quelle della messa domenicale o quelle legate ai riti della

festività del sabato o del venerdì, ogni praticante buddhista recita quotidianamente un certo numero di preghiere (sadhane) un certo numero di mantra ed eventualmente alcuni tipi di meditazione a secondo degli impegni che ognuno singolarmente prende. In caso di malattia si possono recitare delle preghiere (sadhane) e mantra particolari a discrezione del malato. Pertanto la presenza dei ministri di culto non è strettamente necessaria ma nel caso in cui il malato abbia una forte relazione spirituale con il proprio Guru/Maestro la visita di quest'ultimo assume una valenza del tutto particolare sul piano della relazione spirituale.

Ebraismo

Ariel Di Porto

Ogni giorno si recitano tre preghiere (nei giorni festivi quattro, e nel digiuno del Kippur cinque), rivolti verso Gerusalemme. Per la preghiera è necessaria una zona riservata, pulita, in modo particolare per la preghiera del mattino. In questa preghiera gli uomini indossano il tallit (un manto quadrangolare con delle frange agli angoli) ed i teffilin (filatteri, due involucri di pelle contenenti dei brani biblici, che si appongono sul braccio e sulla testa). Alcuni pazienti preferiscono tenere il capo coperto, in modo particolare per la preghiera e per consumare il pasto. Il lavaggio delle mani, per il quale è necessario un recipiente dal quale versare l'acqua, è previsto al risveglio, in corrispondenza delle preghiere e prima dei pasti. Il lavaggio può essere effettuato in bagno, o se il paziente non è deambulante, è sufficiente fornire una caraffa e una bacinella.

Cristianesimo – Chiesa Cattolica

Giorgio Lambertenghi Delilieri

Numerose ricerche hanno cercato di affrontare sul piano scientifico le relazioni che intercorrono tra medicina e pratiche spirituali. Esistono infatti nel percorso della malattia momenti, pensiamo al termine della vita, nei quali il paziente sente la necessità della preghiera, intesa non come richiesta di favori, bensì come mezzo di contemplazione e di lode, non un farmaco salvavita, ma un modo per fare teologia orante, un'avventura che serve a tutti, anche all'ateo autentico, per scoprire il trascendente. Gesù nei Vangeli non subordina mai la guarigione all'esecuzione di una pratica religiosa; ogni volta che guariva un malato gli diceva "la tua fede ti ha salvato", risultato di un'alleanza, di un incontro tra il divino e il terreno. Quando la malattia invita a ridefinire il proprio esistere, la preghiera diventa per un cristiano la "medicina dell'anima", un mezzo per avvicinarsi a Dio, e l'assistenza religiosa un aiuto a scoprire il trascendente. Tali affermazioni sollecitano il medico a diventare sensibile alla domanda di spiritualità del paziente e ad instaurare con lui una relazione più profonda, anche senza richiami espliciti alla fede.

Cristianesimo – Chiese e Comunità della Riforma

Ilenya Goss

Il cristiano protestante vive costantemente il rapporto personale con il Signore attraverso la preghiera. Non vi sono prescrizioni di preghiere particolari da recitare, ma ciascu-

no vive il dialogo intimo con il Signore secondo quanto insegnato nella Scrittura. Vi è in ambito protestante una radicata tradizione di preghiera biblica, soprattutto attraverso la lettura o recitazione dei Salmi. Molti evangelici seguono le indicazioni di lettura biblica quotidiana contenuta nelle *Losungen*, un lezionario internazionale che propone ogni giorno testi di lettura e meditazione, aggiungendo suggerimenti di preghiera personale e di intercessione (traduzione italiana *Un giorno una Parola*).

Islam

Mulayka Enriello

La persona malata può praticare le preghiere rituali (*salah*) compiute in cinque distinti momenti della giornata: all'alba, dopo mezzogiorno, nel pomeriggio, al tramonto e a sera inoltrata. È possibile ridurre ogni movimento della preghiera che può essere eseguita anche da sdraiati, senza la necessità dell'orientazione rituale verso la Mecca. Rimane obbligatoria l'abluzione rituale, e per le donne il velo che copre i capelli. Nelle abluzioni rituali (*wudu*) è richiesto di lavare con acqua alcune parti del corpo, tra cui le mani e gli avambracci fino al gomito, il viso e i capelli, le orecchie e i piedi. Tuttavia se ciò non fosse possibile la tradizione islamica prevede l'uso di una piccola pietra levigata (*tayammum*) che il paziente potrà tenere tra i suoi effetti personali. Vi sono situazioni come la perdita di sangue, il vomito e il contatto con alcune sostanze che prevedono la grande abluzione, cioè il lavaggio integrale del corpo (*rhusl*).

Circoncisione

Ebraismo

Ariel Di Porto

La circoncisione rituale non è un atto medico perché non ha alcun fine terapeutico bensì è un atto di natura esclusivamente religiosa. Atto religioso che comunque deve seguire le regole mediche per la salvaguardia della salute del bambino. Gli ebrei maschi vengono circoncisi all'ottavo giorno dalla nascita. La circoncisione viene rinviata se il neonato presenta problemi di salute. Chi si converte all'Ebraismo, anche in età adulta, viene circonciso. La circoncisione viene effettuata da un mohel (circoncisore) o da un chirurgo ebreo.

Islam

IlhamAllah Chiara Ferrero

Si tratta della circoncisione solo maschile, mentre non è in alcun modo prevista e accettata la circoncisione femminile denominata "infibulazione" che riguarda alcune pratiche tribali dell'Africa centrale. La possibilità di concordare con le strutture sanitarie pubbliche e private costi accessibili per la circoncisione maschile impedirebbe il

proliferare di situazioni non idonee che mettono a repentaglio la salute dei bambini. Inoltre l'accessibilità di tale pratica nelle strutture sanitarie permetterebbe ai genitori di usufruirne per i propri figli in un'età più precoce rispetto alla prassi attuale.

Vivere le festività in ospedale

Induismo

Hamsananda Ghiri

La festività può commemorare un evento significativo nella vita di un Maestro o di un santo o può essere legata a un particolare aspetto di quell'unico Dio che si manifesta in molte forme. In quest'ultima categoria rientrano, per esempio, la Ganesha Chaturthi, dedicata al Signore Ganesha, la Mahashivaratri, "la Grande notte del Shiva"; Navaratri, "le nove notti dedicate all'aspetto femminile del Divino"; Ramanavami, la ricorrenza della nascita del Signore Rama. A queste tipologie si aggiungono quelle che rinsaldano i legami famigliari, come il *Raksha bandhana* in cui fratelli e le sorelle si scambiano un bracciale in segno di protezione, e quelle stagionali legate ai ritmi della natura come, ad esempio, il Pongal, nel Sud dell'India, che celebra il primo raccolto.

In Italia, in base alla Legge di Intesa n°246, la festività induista ufficiale è il Dipavali (o Diwali), la Festa della Luce, che cade nel mese lunare di ottobre-novembre. La data esatta è pubblicata annualmente sulla Gazzetta Ufficiale. La maggior parte delle festività segue un calendario lunare. La festività è ciò che innalza l'animo e fa gioire. Essa

comprende: austerità, preghiera e devozione all'Assoluto, condivisione comunitaria e divertimento. Prevede, spesso, danze e canti, e mantiene un legame forte con il valore sacro e simbolico del cibo. Assolve, inoltre, una funzione educativa nei confronti delle nuove generazioni; con essa si trasmettono antichi saperi e storie tratte dalle Scritture. L'Induismo considera tutte le feste importanti, incluse quelle delle altre fedi.

A ogni modo, è opportuno precisare che ogni induista potrebbe seguire delle festività specifiche della sua tradizione familiare, religiosa e della geografia di provenienza.

Per approfondimenti:

<http://www.hinduism.it/festivita-calendario-induismo/>

Buddhismo

Tenzin Khentse Cesare Milani

Le festività principali del calendario buddhista, in particolare tibetano, sono due. Il Losar, in pratica è il capodanno tibetano, che segue di non molto il capodanno cinese, più o meno tra la metà e fine febbraio, dipende dal calendario lunare, con il calendario cinese viene condiviso anche il simbolo, nel senso dell'animale e dell'elemento riferito a quell'anno, quest'anno per entrambi è l'anno del gallo di fuoco. L'altra festività importante è il Vesak, altre volte chiamato Sakadawa, ci si riferisce ad un mese circa (maggio) durante il quale si ricorda la nascita, l'illuminazione e la morte di Buddha Shakyamuni, il Buddha storico vissuto in India, la settimana centrale di questo mese è particolarmente importante ed è quella nella qua-

le ci si impegna nelle pratiche ascetiche come: prendere i voti di amorevole compassione e gentilezza ogni giorno, ci si astiene dal mangiare cibi animali e ci si ciba entro le ore 12 saltando la cena.

Ebraismo

Ariel Di Porto

La ricorrenza principale è quella del Sabato, che inizia dal tramonto del venerdì e dura sino alla sera del sabato. I pazienti potrebbero desiderare accendere due lumi all'inizio del Sabato e celebrarne l'inizio con vino o succo d'uva kasher e pane, e potrebbero richiedere che i parenti provvedano a ciò. Di Sabato è proibito il lavoro, ed in questa categoria sono incluse anche la scrittura e l'accensione della luce. Di Sabato non vanno effettuati interventi non urgenti. Se ci sono moduli da sottoscrivere, consentire una delega o prepararli dal giorno prima. In caso di dimissione di Sabato, consentire al paziente di rimanere sino a sera (anche senza letto) o lasciare fino a sera i suoi effetti personali che non può trasportare. Le stesse regole valgono negli altri giorni festivi.

Durante la Pasqua ebraica (della durata di 8 giorni, normalmente in Aprile) è vietata l'assunzione di cibi lievitati ed il pane è sostituito dal pane azzimo. Questa festività è molto sentita. Il paziente potrebbe fare richiesta che i parenti possano portare cibo speciale, in particolare per la cena tradizionale che si svolge la prima e la seconda sera della Pasqua.

Cristianesimo – Chiesa Cattolica

Pier Francesco Fumagalli

Le occasioni festive sono per il fedele ammalato momenti preziosi, carichi di conforto umano e di speranza religiosa, che contribuiscono a rafforzare i sentimenti di solidarietà e gli sforzi per raggiungere la guarigione o affrontare con dignità malattie invalidanti e croniche. Le principali ricorrenze – tra cui principalmente la santa Pasqua, il santo Natale e la Domenica – offrono la possibilità per i malati di ricevere i santi Sacramenti, partecipare alla Liturgia, accostarsi alla Bibbia. I cappellani, che possono essere coadiuvati da religiosi, suore o laici, favoriscono la partecipazione ai riti ed alle preghiere, sempre nel rispetto delle diverse sensibilità spirituali e culturali degli altri ammalati ed operatori sanitari, di fedi o convinzioni differenti.

Cristianesimo – Chiese e Comunità della Riforma

Ilenya Goss

Gli evangelici sono soliti riunirsi la domenica per celebrare il culto, in cui vi è ascolto della Parola di Dio, la predicazione e, a cadenze regolari, la celebrazione della Cena del Signore. Il corso dell'anno è segnato da alcune festività significative, e trovandosi in condizioni di ospedalizzazione un credente cristiano protestante potrà vivere questi momenti grazie alla visita del pastore o dei visitatori della sua chiesa.

Islam

Aisha Lazzerini

Le due maggiori festività sono la festa della rottura del digiuno (*Id al-Fitr*) alla fine del mese di Ramadan e la festa del sacrificio di Abramo (*Id al-Adha*) a conclusione del pellegrinaggio alla Mecca. Poiché il calendario islamico è lunare, tali feste arretrano di anno in anno di 10-11 giorni rispetto al calendario solare. Per i bambini ricoverati è importante poter festeggiare e ricevere regali da parte di parenti e amici. Sono previsti dei brevi momenti di preghiera rituale al mattino in occasione di entrambe le feste.

Gestione delle cure

Induismo

Hamsananda Ghiri

Generalmente si preferiscono cure con medicine naturali dove possibile e soprattutto non di origine animale. Molti diabetici si rifiutano infatti di usare insulina proveniente da fonti animali, anche se questa scelta è piuttosto elitaria. Non vi sono interventi proibiti per quanto vi siano opinioni discordanti in relazione al trapianto degli organi; vi sono induisti che sono contrari al trapianto degli organi e altri che invece accettano questo tipo di pratica al fine di proteggere la vita. Lo stesso principio si applica alle trasfusioni di sangue, anche se con un margine maggiore di consenso. Tali prescrizioni non hanno, a ogni modo, carattere dogmatico e si rimandano alla scelta individuale del singolo. A questo riguardo è bene considerare che la malattia sia fisica sia mentale è vista per un induista alla luce della legge di responsabilità, *karma*, e può pertanto avere un'origine biologica, emotiva o spirituale. In questa prospettiva, secondo anche la medicina tradizionale dell'*ayurveda*, gli interventi curativi devono coinvolgere la persona nella sua interezza: fisica, mentale e spirituale.

Tra questi rimedi è prevista la preghiera, la recitazione del *mantra*, una condotta pia, e così a seguire.

Buddhismo

Tenzin Khentse Cesare Milani

Nel Buddhismo non ci sono particolari restrizioni, ogni intervento e terapia rivolta a migliorare lo stato del malato e ben accetta, è fortemente raccomandato l'assenso del malato stesso o delle persone di sua fiducia.

Ebraismo

Ariel Di Porto

Le terapie e gli interventi da effettuare devono essere discussi con il paziente ed in alcuni casi, quando sono in contrasto con la normativa ebraica, sottoposti all'autorità rabbinica. In linea di massima non vi sono opposizioni di principio verso le tecnologie mediche volte a risolvere problemi di sterilità maschili o femminili. Vengono pertanto ammesse l'inseminazione artificiale e la fecondazione in vitro se omologa. Molto più problematica è la fecondazione eterologa. L'Ebraismo esprime una posizione estremamente critica riguardo all'eutanasia. Questo non vuol dire però che si debba ricorrere all'accanimento terapeutico, quando non vi è speranza che il paziente migliori. Ogni situazione deve essere comunque valutata singolarmente, perché impone delle difficili scelte da un punto di vista etico e giuridico.

Cristianesimo – Chiesa Cattolica

Filippo Boscia

«Tutti gli individui devono avere accesso all'assistenza sanitaria di base, assistenza fondata su metodi e tecnologie pratiche, scientificamente valide e socialmente accettabili» (Alma Ata, 1978). Ben presto però si vide che, soprattutto nei Paesi in via di sviluppo, è impossibile garantire il diritto alla salute ad ogni cittadino attraverso una medicina altamente tecnologica. La crisi dello stato sociale e la sempre minore disponibilità di risorse economiche ha portato da un lato ad una riduzione delle prestazioni assicurate e dall'altro all'espansione di un vergognoso mercato della salute. Si è pensato così ad un nuovo modello di cure primarie, centrate sulla figura del malato e basate sulla collaborazione multidisciplinare per un efficace coordinamento degli interventi, allo scopo di garantire facilità di accesso e coinvolgimento del paziente nella scelta e gestione delle cure, nel contempo stimolandolo alla prevenzione attraverso il rispetto degli stili di vita. La medicina del territorio può fare moltissimo per ottimizzare la gestione delle cure attraverso il miglioramento di quella medicina cosiddetta narrativa. Nell'ambito di una alleanza terapeutica l'ammalato va preso per mano e accompagnato in tutti i suoi percorsi di fragilità.

Cristianesimo – Chiese e Comunità della Riforma

Ilenya Goss

Il Cristianesimo nella sua espressione protestante è caratterizzato da una forte attenzione alla storia e alla cultura

scientifico, tanto da essere considerato uno degli elementi fondamentali per comprendere la modernità. Questo carattere fa sì che l'atteggiamento verso la ricerca, le innovazioni biotecnologiche e le nuove possibilità di cura sia positivo ed aperto. La condivisione delle scelte, la partecipazione attiva al processo decisionale nella gestione delle cure sono considerate fondamentali per garantire la centralità della persona sofferente nel funzionamento dell'assistenza sanitaria. A questo proposito dedicare attenzione e tempo durante la comunicazione necessaria ad acquisire un consenso informato diventa indice di una pratica efficace e rispettosa della relazione di fiducia instaurata tra malato e curanti. Dal punto di vista cristiano protestante la ricerca scientifica e le innovazioni terapeutiche da essa proposte sono parte dell'impegno umano a servizio di chi soffre, affidate ad una gestione eticamente accorta e responsabile; nell'ambito della relazione di cura instaurata tra il malato e i curanti è possibile operare le scelte più opportune in ogni situazione specifica.

Islam

Mulayka Enriello

L'insegnamento del Profeta Muhammad "Cercate la cura, con l'aiuto di Dio, perché per ogni malattia Dio ha dato anche una cura", ha posto i fondamenti della ricerca da parte della scienza medica islamica. La scienza moderna ha scisso il legame tra natura spirituale dell'essere e funzioni strettamente biologiche. Così come si è persa la coscienza che "quando mi ammalo, è Lui che mi cura" (Cora-

no 26, 80). Tutto ciò non significa che si debba “confessionalizzare” l’ospedale, le cure e il personale medico e infermieristico bensì saper ritrovare quell’interdisciplinarietà tra le professioni che favorisca un’attenzione alla salute su tutti i piani piuttosto che uno sviluppo indefinito delle cure. È forse questa l’intenzione costante che permetterebbe a chi cura e a chi è paziente di adattare terapie, metodi e tecnologie senza che queste, per il solo fatto che ci siano, si debbano per forza usare senza ulteriore discernimento. Dal punto di vista religioso, la guarigione può assumere anche la forma di una catarsi interiore, nonostante si continui a convivere con i sintomi della malattia. Tale sforzo spirituale è esattamente il significato della parola *jihad*.

Concepimento e gestazione

Induismo

Hamsananda Ghiri

Il momento del concepimento, il periodo di gestazione e la nascita di un bambino sono eventi estremamente sacri per un induista. Sono accompagnati ciascuno da un sacramento, *samskara*. La maggior parte di questi rituali è circoscritta alla sfera privata; altri potrebbero essere eseguiti in ospedale nei giorni successivi al parto. Tra questi vi è l'usanza di disegnare un piccolo punto, con una pasta non tossica, che può avere la forma della sillaba sacra *OM*, dietro l'orecchio del neonato o anche sulla fronte. Il padre potrebbe sussurrare nell'orecchio del bambino alcune preghiere e *mantra*, come simbolo di protezione e di benedizione per la sua vita. L'assegnazione del nome costituisce un ulteriore sacramento, *namakarana*, ed è solitamente celebrato quando il bambino arriva a casa, non immediatamente alla nascita. Il nome è generalmente determinato in base all'ora e al luogo di nascita e segue una scienza fonica molto precisa. Questo sacramento può essere eseguito anche all'interno del tempio.

Buddhismo

Tenzin Khentse Cesare Milani

In generale nel Buddhismo non esistono forme particolari di attenzione alla donna se non in riferimento alla cultura del Paese di provenienza, possono esserci differenze anche importanti nella cultura e tradizione tra le donne Tibetane e quelle provenienti da Cambogia, Vietnam o Giappone, queste differenze si riferiscono alla cultura e tradizione del Paese e non alla religione.

Ebraismo

Ariel Di Porto

Nella tradizione ebraica la vita umana ha enorme valore, perché l'uomo è creato ad immagine divina. I maestri insegnano che vi sono tre soci nella creazione dell'uomo: il padre, la madre ed il Signore. Quello di procreare è il primo precetto che troviamo nella Bibbia. Durante la gestazione è consentito alla madre effettuare gli esami necessari per sapere se vi sono delle complicazioni mediche collegate alla gestazione. È opportuno, in presenza di complicazioni, consultarsi con un rabbino.

Cristianesimo – Chiesa Cattolica

Filippo Boscia

«Il matrimonio e l'amore coniugale sono ordinati per loro natura alla procreazione e alla educazione della prole.» (*Humanae Vitae*). È il concretizzarsi dell'amore fecondo. In

questi tempi difficili è più che mai doveroso prestare ogni cura e sostegno alle donne che continuano a perseguire il volere di Dio. «A tale eroismo del quotidiano appartiene la testimonianza silenziosa, ma quanto mai feconda ed eloquente di tutte le madri coraggiose, che si dedicano senza riserve alla propria famiglia, che soffrono nel dare alla luce i propri figli, e poi sono pronte ad intraprendere ogni fatica, ad affrontare ogni sacrificio, per trasmettere loro quanto di meglio esse custodiscono in sé». (*Evangelium Vitae*). Lenire i dolori del parto e garantirne un buon esito, assicurando poi tutto quel che necessita al regolare sviluppo del bambino, ad iniziare dall'incoraggiare l'allattamento al seno. Un discorso che non può prescindere dalle condizioni sociali ed economiche della famiglia.

Cristianesimo – Chiese e Comunità della Riforma

Ilenya Goss

Le chiese protestanti non impongono ai propri membri regole da rispettare in materia di regolazione delle nascite: all'interno di ogni coppia vengono compiute le scelte rispetto alla procreazione, secondo responsabilità e libertà. Attualmente, con l'aumento della percentuale di popolazione immigrata anche all'interno delle chiese, si possono trovare comunità e membri di chiese protestanti (ad esempio tra le chiese Metodiste con una forte componente africana) che vivono secondo temperamenti spirituali più rigidi rispetto ad altri protestanti, ma non vi sono in ogni caso prescrizioni ufficiali da parte delle chiese. Ci si interroga attualmente e si riflette, a livello italiano ed

europeo, sui problemi connessi alla Procreazione Medicalmente Assistita e sulle questioni etiche e teologiche che solleva. Le chiese sentono fortemente la chiamata ad essere presenti e a costituire per ognuno un luogo fraterno di confronto, di scambio e di sostegno nelle scelte, nelle gioie e nelle difficoltà presenti in ambito personale e familiare.

Islam

IlhamAllah Chiara Ferrero

Il concepimento di una nuova vita partecipa della creazione miracolosa del primo uomo in cui Dio ha insufflato il Suo Spirito, “Egli vi crea nel ventre delle vostre madri, creazione dopo creazione, in un triplice velo di tenebre” (Corano 39, 6). Dal concepimento fino alla nascita, per la madre come per il bambino, la vita e la morte sono più vicine che mai. Associare al parto solo un’esperienza positiva senza informare la donna su alcuni rischi che potrebbero presentarsi per la sua vita è un grave limite. Parallelamente associare all’interruzione di gravidanza solo un’esperienza negativa non aiuta la donna ad affrontare tale eventualità nel caso si presentasse. Per la donna musulmana lo statuto della gravidanza è paragonabile alla pienezza spirituale che si vive durante la visita alla Sacra Casa a Mecca e a quella del digiuno durante il mese di Ramadan. L’uomo, anche se vive in modo diverso i nove mesi di gestazione, va informato affinché possa essere di sostegno alla donna e la donna permetta all’uomo di farsi aiutare. Per questa ragione, da parte degli operatori sanitari è importante sapersi rapportare con entrambi i genitori, già nelle prime fasi dopo il concepimento.

Interruzione di gravidanza

Induismo

Hamsananda Ghiri

La vita è considerata estremamente sacra pertanto il controllo delle nascite è ritenuta una pratica da non incoraggiare. L'unica forma generalmente accettata di contraccezione è la moderazione nell'attività sessuale. L'utilizzo di contraccettivi esteriori è tradizionalmente associato al rischio di incentivare una condotta sessuale incontrollata e poco etica. La dispersione del seme è inoltre considerato poco salutare dal punto di vista medico. Al contrario, nei testi di *ayurveda*, sono numerosi i riferimenti a rimedi e tecniche per aumentare la fertilità e prevenire la sterilità. Come logica conseguenza, tale è il valore sacro tributato alla vita da rendere la pratica dell'interruzione di gravidanza biasimevole. L'interruzione di gravidanza è perciò sconsigliata salvo i casi in cui vi sia un serio rischio per la vita della madre.

Buddhismo

Tenzin Khentse Cesare Milani

È sempre fortemente raccomandabile che il momento del parto della donna e la nascita del bambino siano il

più possibile sereni in modo da evitare quanto più possibile di lasciare una traccia traumatica per entrambi. Per quanto riguarda l'interruzione di gravidanza nel Buddismo dal momento dell'unione di ovulo e spermatozoo e quindi della fecondazione, da quel momento preciso ha inizio una nuova vita, pertanto non c'è nessuna differenza nell'interruzione di gravidanza in nessuna fase dello sviluppo del feto. In ogni caso e senza esclusione, l'interruzione volontaria di gravidanza è da considerarsi come uccisione di una vita. Vanno prese in particolare considerazione quelle situazioni nelle quali la gestazione può mettere a rischio la vita della donna, in questo caso anche se si dovesse ricorrere necessariamente alla interruzione di gravidanza dal punto di vista della vita si tratta sempre di interrompere una vita, questo ha delle implicazioni morali dal punto di vista del legame kharmico tra madre e figlio.

Ebraismo

Ariel Di Porto

Nella tradizione ebraica il feto è tutelato sin dal momento del concepimento, ma il suo diritto non prevale su quello della madre. In alcuni casi, che devono essere sottoposti a un'autorità rabbinica competente, l'interruzione di gravidanza è consentita. In particolare è opportuno consultarsi se vengono riscontrate nel feto malattie genetiche, anomalie cromosomiche, o problemi simili.

Cristianesimo – Chiesa Cattolica

Filippo Boscia

Ogni essere umano merita rispetto come persona fin dal suo concepimento. La sua intangibilità consente di effettuare la diagnosi prenatale ed eventuali interventi solo a condizione che essa non sia compromessa e che le indagini non diventino motivo per arrivare all'interruzione di gravidanza. «Un intervento strettamente terapeutico sarà, in linea di principio, considerato come auspicabile, supposto che tenda a realizzare la vera promozione del benessere personale dell'individuo, senza arrecare danno alla sua integrità o deteriorarne le condizioni di vita.» (Giovanni Paolo II). Ma qualora ciò fosse irrealizzabile, al neonato si dovrà assicurare tutta l'assistenza possibile, quanto e meglio che a qualsiasi altro bambino. Contro la diffusa tendenza per cui «la vita che richiederebbe più accoglienza, amore e cura è ritenuta inutile, o è considerata come un peso insopportabile e, quindi, è rifiutata in molte maniere.» (*Evangelium Vitae*).

Cristianesimo – Chiese e Comunità della Riforma

Ilenya Goss

La Commissione bioetica nominata dalla Tavola Valdese divulgò nel 1996 un Documento di studio sull'interruzione volontaria di gravidanza nel quale affronta i problemi connessi a tale pratica e afferma: «I molteplici problemi connessi all'interruzione volontaria della gravidanza (Ivg) vanno posti nella prospettiva di un'affermazio-

ne convinta della positività dell'esistenza. Come in ogni tempo, così anche nel nostro tempo è necessario contrastare le pulsioni e le culture di morte e favorire in ogni modo pensieri di accoglienza reciproca, di tolleranza, di convivenza».

Il pensiero delle chiese protestanti rispetto a tale pratica sottolinea da un lato la drammaticità delle situazioni in cui tale scelta diventa una opzione per una donna, e dall'altro la necessità che qualora si verifichi tale decisione la comunità garantisca la propria presenza, vicinanza e aiuto alla persona. Il testo prosegue dicendo: «Anche se la decisione ultima riguardo alla Ivg spetta alla donna, questa scelta è determinata da una rete di corresponsabilità che comprende la donna stessa, il partner, la comunità familiare e sociale. L'etica della responsabilità mette l'accento sull'interdipendenza reciproca dei rapporti umani, per cui si dovrebbe parlare di corresponsabilità nel diritto di scelta della madre. In questo caso il conflitto sorgerebbe non tra una gerarchia di diritti, ma all'interno di una rete di relazioni, dove si gioca la possibilità di proteggere o meno la vita del bambino/a. Pertanto l'aspetto della relazionalità influisce su una valutazione generale della vita e quindi sulla decisione della Ivg».

Indubbiamente a livello di partecipazione politica e di responsabilità sociale le chiese protestanti affermano l'importanza di garantire l'applicazione della legge 194 nel rispetto delle decisioni delle donne che la richiedono, nel rispetto della laicità dello Stato, e di tutelarne e accompagnarne il percorso spesso doloroso e difficile.

Islam

IlhamAllah Chiara Ferrero

L'interruzione volontaria di gravidanza va considerata come misura estrema di tutela della salute della donna. Alcune interpretazioni giuridiche la consentono, pur ribadendone la gravità, entro il 40° giorno di gravidanza, mentre dopo tale termine è espressamente vietata in quanto si crede che lo spirito discenda nel feto.

Alla nascita di un bambino, il primo atto che sancisce l'entrata di quest'ultimo nella comunità islamica è compiuto dal padre, il quale pronuncia all'orecchio del neonato la grande chiamata alla preghiera (*adhan*) che recita: «Dio è il più grande, testimonio che non c'è dio se non Iddio, testimonio che Muhammad è l'Inviato di Dio, venite alla preghiera, venite al successo, Dio è il più grande, non c'è dio se non Iddio». Questo atto deve essere compiuto il prima possibile dopo la nascita, quindi nella sala parto, compatibilmente con le esigenze mediche e sanitarie, richiedendo in anticipo al personale sanitario la possibilità di compiere tale rito.

Norme e consuetudini alimentari

Induismo

Hamsananda Ghiri

Il nutrirsi è un atto sacro. Prima di consumare il pasto, rigorosamente con la mano destra, il cibo è offerto simbolicamente al Divino attraverso una preghiera di benedizione. Così facendo, il cibo è sacralizzato e imbevuto delle qualità più nobili. Il cibo determina anche la qualità della mente. Per questa ragione, molti induisti prediligono una dieta vegetariana che prevede l'astensione dalla carne, dal pesce e dalle uova, in virtù del principio cardine del non nuocere ad alcun essere vivente. Il vegetarianismo, tuttavia, non costituisce un dogma o un obbligo bensì una scelta etica. Vi sono, infatti, altri induisti che mangiano carne; tra questi molti evitano quella di vacca e di maiale. Alcuni non mangiano aglio e cipolla.

Buddhismo

Tenzin Khentse Cesare Milani

Non si può parlare di prescrizioni alimentari specifiche, bisogna però tener presente delle diverse tradizioni e consuetudini del Paese dove è diffuso il Buddhismo. Essere

vegetariani o non, mangiare o non mangiare quello specifico cibo in quella determinate circostanza dipende più dalla cultura e tradizione del Paese di provenienza che non dal Buddismo stesso in quanto tradizione religiosa e spirituale.

Ebraismo

Ariel Di Porto

Gli ebrei consumano cibo kasher. Molti pazienti desidereranno cibo esclusivamente kasher, mentre altri si asterranno da taluni cibi proibiti, in particolare maiale e crostacei. Altri, in assenza di cibo kasher, gradiranno cibi vegetariani. È bene comunque consultare il paziente sulla sua osservanza delle regole alimentari e permettergli di conferire con il dietista dell'ospedale. Nei limiti delle prescrizioni terapeutiche, consentire alimenti portati da casa. A Milano e provincia è attivo su richiesta un servizio di fornitura di pasti kasher.

Cristianesimo – Chiesa Cattolica

Filippo Boscia

Tutto quanto ruota attorno alla cosiddetta “religione del corpo” provoca non pochi disastri nei soggetti fragili che mettono in atto comportamenti estremi sovvertendo le consuetudini di una sana e corretta alimentazione. Nel nostro tempo non è difficile osservare un'assunzione di cibo esagerata (bulimia) o carente (anoressia). Voler avere un fisico da modella porta molte giovani donne a mangia-

re sempre meno sino a giungere a una perdita di peso tale che risulta incompatibile con un buon equilibrio endocrino-metabolico. La conseguenza più evidente è una sempre più frequente irregolarità dei cicli mestruali sino alla completa amenorrea. Situazione non facilmente risolvibile, specie se non si recupera il peso forma individuale. All'opposto, l'insoddisfazione per non riuscire in quel che si vuole porta ad assumere cibo in maniera esagerata, fino a raggiungere una condizione di obesità, anch'essa causa di seri problemi di salute.

Islam

IlhamAllah Chiara Ferrero

I musulmani sono tenuti a rispettare poche e semplici regole in materia di alimentazione che prescrivono il divieto di assumere carne e derivati del suino, sostanze inebrianti e carne non macellata ritualmente. Gli stessi farmaci possono presentare nella loro composizione alcune sostanze non lecite per un musulmano, come alcol o gelatine animale. In questo caso, sebbene sia legittimo cercare, dove possibile, di sostituire tali farmaci con altri equivalenti che abbiano una composizione più adatta, bisogna tuttavia sempre ricordare che la priorità è la salvaguardia della vita e dell'integrità fisica del credente, senza la quale non potrebbe nemmeno dedicarsi a servire il culto. Le strutture sanitarie possono richiedere la certificazione halal dei pasti preparati nelle proprie mense o presso i loro fornitori.

Digiuni

Induismo

Hamsananda Ghiri

Il digiuno è una pratica comune soprattutto tra le donne. Rientra nei voti, nelle pratiche di auto-disciplina per purificare il corpo, la mente e facilitare la preghiera e le pratiche religiose. Spesso è associato alle festività o può essere altresì legato a giorni specifici della settimana. Il digiuno può essere totale o parziale e riguardare soltanto certi alimenti.

Buddhismo

Tenzin Khentse Cesare Milani

Il digiuno o il cibarsi una sola volta al giorno sono da considerarsi pratiche ascetiche all'interno di un cammino spirituale, possono essere praticate quando non pregiudicano lo stato di salute del praticante. Il digiuno è una pratica spirituale che ha una duplice valenza, la prima nel senso di purificazione dall'eccessivo attaccamento verso il cibo preso come simbolo di tutti i piaceri materiali, inoltre rafforza la nostra volontà, pazienza e sopportazione, in mancanza delle quali la forza attrattiva dei piaceri mate-

riali diventa pressoché invincibile. Il digiuno o l'astenersi da determinati cibi è sempre in relazione a determinate pratiche religiose o anche a certe date o festività come il Sakadawa, per i monaci di tradizione Teravada è prassi normale cibarsi sempre e non oltre le ore 12.

Ebraismo

Ariel Di Porto

Fra i digiuni il principale è certamente il Kippur, giorno dell'Espiazione (in data mobile tra settembre e ottobre), dedicato al digiuno e alla preghiera. Questa giornata è molto sentita anche dagli ebrei non strettamente osservanti. Nel corso dell'anno vi sono altri digiuni minori. Se il paziente intende digiunare è opportuno consultare il medico ed un rabbino.

Cristianesimo – Chiesa Cattolica

Pier Francesco Fumagalli

La condizione di malattia è un tempo di prova per il fedele, che sperimenta una comunione con i dolori di Cristo crocifisso e vive la speranza della gloria di Cristo risorto. In questa prospettiva di fede sono vissuti digiuni ed astinenze, presenti spesso nell'esperienza quotidiana del malato, imposti da condizioni delle cure da seguire. Particolari giorni e forme di astinenza e digiuno nelle diverse tradizioni cristiane – tra questi, per i cattolici, il magro soprattutto nei venerdì di Quaresima e il digiuno all'inizio ed alla fine della Quaresima – vengono osservati nel caso

in cui le condizioni del malato lo consentono. Anche il silenzio è una forma di digiuno dalla parola, di rispetto del dolore, di offerta di compassione e solidarietà. Qualora il paziente cristiano volesse ricevere la sacra eucarestia ma ciò non fosse possibile perché in concomitanza di qualche intervento chirurgico in cui è richiesto il digiuno, sarà cura degli assistenti sanitari darne comunicazione.

Islam

IlhamAllah Chiara Ferrero

Per le persone in buone salute vi è l'obbligo di digiunare dall'alba al tramonto da cibi, bevande e rapporti intimi durante il mese di Ramadan. Sono dispensati da questo pilastro del culto i malati, i viaggiatori e le donne in gravidanza. Per i giovani che dall'età della pubertà si accostano a questa pratica è necessario il supporto dei genitori. In alcuni paesi a maggioranza islamica esiste la consuetudine, per le donne in gravidanza, di digiunare comunque, nonostante non ne abbiano l'obbligo. In questi casi è importante monitorare con più attenzione le condizioni di salute della madre e del bambino.

Rapporto con la corporeità

Induismo

Hamsananda Ghiri

L'Induismo considera molto importante la purezza del corpo e della mente. Essendo sede del Sé immortale, il corpo deve essere rispettato e curato nel migliore dei modi, in quanto strumento per poter crescere ed evolvere nella via spirituale. Tradizionalmente il corpo è anche veicolo di impurità soprattutto al momento della nascita e della morte. Tutti i fluidi che il corpo secerne sono considerati impuri. Al fine di facilitare l'igiene personale sarebbe meglio che, nei servizi dell'ospedale, sia messo a disposizione un contenitore per raccogliere dell'acqua, oltre alla consueta carta igienica.

Buddhismo

Tenzin Khentse Cesare Milani

Nelle varie declinazioni del Buddhismo è sempre presente una particolare attenzione al pudore e al senso della morale comportamentale che deve essere priva di esibizione e sfoggio della fisicità e corporeità. In questo senso il Buddhismo non è diverso da qualunque altra tradizione

o cultura che pur vivendo un rapporto sano e armonioso con la corporeità non di meno è molto attenta al senso del pudore.

Ebraismo

Ariel Di Porto

L'Ebraismo conferisce grande importanza alla dimensione pratica. I gesti rituali che l'ebreo compie durante la giornata sono considerati fonte di grande beneficio. Anche i momenti della vita più strettamente materiali, come quello dell'alimentazione e dell'accoppiamento, sono strettamente regolati dalla tradizione. Vi è un senso del pudore molto sviluppato (molti evitano ad esempio di stringere la mano a persone dell'altro sesso). Gli uomini e le donne sposate usano tenere il capo coperto.

Cristianesimo – Chiesa Cattolica

Filippo Boscia

«Ogni persona umana, nella sua singolarità irripetibile, non è costituita soltanto dallo spirito ma anche dal corpo, così nel corpo e attraverso il corpo viene raggiunta la persona stessa nella sua realtà concreta.» (Giovanni Paolo II). Quindi non solo l'anima è importante ma anche il corpo. Solo che oggi assistiamo al prevalere dell'uno sull'altra. Curiamo troppo il corpo e trascuriamo l'anima. Tanto da parlare addirittura di “religione del corpo”. Invece “rispettare la dignità dell'uomo comporta di conseguenza salvaguardare questa identità dell'uomo *corpore et anima unus*, come af-

fermava il Concilio Vaticano II. È sulla base di questa visione antropologica che si devono trovare i criteri fondamentali per le decisioni da prendere, quando si tratta di interventi non strettamente terapeutici, per esempio gli interventi miranti al miglioramento della condizione biologica umana.» (Giovanni Paolo II).

Islam

IlhamAllah Chiara Ferrero

Nella tradizione islamica viene detto che nel Giorno del Giudizio il corpo verrà interrogato da Dio sul suo buon utilizzo da parte dell'uomo, comprese le unghie e i peli che nel corso della vita sono stati tagliati. Vi è una particolare attenzione nella cura della barba come simbolo dell'uomo nella sua condizione originaria. Inoltre vi è da parte degli uomini, in particolare in alcuni popoli, un'attenzione a depilarsi le ascelle, il petto e il pube.

Per uomini e donne è consuetudine far uso di particolari profumi su base oleosa, le cui essenze si tramandano dai tempi del Profeta Muhammad, che era solito profumarsi prima di compiere la preghiera. È inoltre raccomandato profumare la camera del morente come gesto per facilitare il passaggio da questo all'Altro mondo.

Il dolore, cure palliative, la dignità della morte

Induismo

Hamsananda Ghiri

Il dovere di chi accudisce il malato è quello di alleviargli o mitigargli il più possibile il dolore e la sofferenza. Alcuni non accettano la somministrazione di tali farmaci perché non vogliono perdere lucidità al momento del passaggio della morte, affinché riescano a concentrare la loro mente su Dio. Sarebbe preferibile che la morte avvenisse nella propria casa. L'induista vive la morte con grande dignità, come un passaggio inevitabile, poiché il Sé che dimora nel corpo è eterno e immortale. Una delle espressioni per riferirsi alla morte è *mahaprasthanā*, “il grande viaggio”. La morte è vista come un processo che non si deve né voler accelerare né procrastinare con ostinazione, ma piuttosto cercando di seguirne un decorso il più naturale possibile. Per tali ragioni può essere sconsigliato l'accanimento terapeutico. Il morente può scegliere di prepararsi alla morte recitando dei *mantra*, praticando la meditazione; se in condizioni di farlo, visitando luoghi sacri come il tempio; può essere aiutato dai parenti o dagli amici più cari attraverso la recitazione o

l'ascolto delle Scritture, di canti devozionali che ricordino i nomi di Dio, stando in un ambiente spirituale e di conforto umano. Potrebbe richiedere la presenza di un sacerdote per officiare alcuni rituali tra cui il porre alcune gocce di acqua del Gange (ritenuta molto sacra) o delle foglie di *tulsi*, nella bocca; porre il filo sacro intorno al petto o al collo.

Buddhismo

Tenzin Khentse Cesare Milani

Qualunque terapia allievi il dolore e la sofferenza del malato è ben accetta. Per quanto riguarda l'avvicinarsi del momento della morte è fortemente raccomandato un trattamento che garantisca al malato la massima tranquillità e serenità in modo da potersi predisporre al momento del trapasso nel miglior modo possibile.

Ebraismo

Ariel Di Porto

Secondo la tradizione ebraica la sofferenza può avere valore religioso, ma nessuno è tenuto a soffrire, e pertanto sono ammesse cure palliative, così come possono essere somministrati antidolorifici. Secondo la tradizione il morente non va lasciato solo, per cui i parenti spesso esprimono il desiderio di passare assieme a lui gli ultimi momenti della sua vita. Il morente dovrebbe recitare la confessione dei peccati ed una dichiarazione di fede. È opportuno a tale scopo contattare un rabbino con il consenso dell'interessato e/o della famiglia.

Cristianesimo – Chiesa Cattolica

Giorgio Lambertenghi Delilieri

I recenti progressi della tecno-medicina invitano a ribadire le norme etiche e giuridiche riguardanti i momenti solenni dell'esistenza, dalla nascita al momento della morte. La religione cristiana insegna che la dignità del morire implica di per sé il diritto della persona sofferente a non essere abbandonato, e di conseguenza sia l'applicazione di una più incisiva terapia del dolore, ancora oggi frenata da preconcetti del passato, sia una ragionevole astensione da trattamenti sproporzionati che procurerebbero soltanto un prolungamento penoso della vita e che privano il processo della morte di una dignitosa connotazione. Si tratta di decidere in scienza e coscienza e nel rispetto della volontà del malato e dei suoi famigliari, quali interventi debbano ritenersi accanimento terapeutico o doverosa assistenza medica. Ciò implica una capacità di valutazione non solo professionale ma anche umana, perché il medico cristiano non è solo un tecnico, ma anche un uomo chiamato a prendersi cura del suo simile. Nel caso di un intervento chirurgico che presenta dei rischi si può avvisare il paziente di fede cristiana dell'opportunità di accostarsi ai sacramenti.

Cristianesimo – Chiese e Comunità della Riforma

Ilenya Goss

Le chiese protestanti non attribuiscono al dolore di per sé un significato salvifico, né alla sua sopportazione un valore meritorio e ciò a causa della centralità evangeli-

ca dell'annuncio della salvezza per grazia: «..Poiché in esso la giustizia di Dio è rivelata da fede a fede, com'è scritto:- Il giusto per fede vivrà.» (Rm1,17). A partire da questa prospettiva si può comprendere l'impegno che caratterizza la vita del credente come lotta ad ogni forma di sofferenza, compresa la malattia e la morte; battaglia che nella morte infine viene affidata a Dio. La fede cristiana nella sua espressione protestante non pretende di offrire spiegazioni al dolore e alla morte, per quanto esistano riflessioni teologiche di grande spessore, ma comprende l'impegno del cristiano come servizio al prossimo volto ad alleviarne la sofferenza, combattendo tutte le manifestazioni della presenza di forze di morte nel mondo. «La sofferenza e il dolore non producono salvezza, sono dimensioni dell'esistenza umana da accettare, ma anche da combattere, in sé non hanno nulla di positivo» (Commissione bioetica Valdese, Doc. n.3, 1998, p.7).

Per questo motivo le chiese protestanti sostengono la necessità di rendere omogeneo sul territorio l'accesso alle cure palliative. La Commissione bioetica delle chiese valdesi, metodiste e battiste sottolinea inoltre l'importanza dell'ascolto e dell'accompagnamento del malato fino alla fine. Alcune chiese valdesi si sono impegnate nell'istituzione di sportelli per la raccolta delle Disposizioni anticipate di trattamento in anni in cui non vi è stata regolamentazione della materia in Italia, anche per un servizio di sensibilizzazione verso il tema.

http://www.chiesavaldese.org/aria_archives.php?archive=15

Islam

Aisha Lazzerini

Le dimostrazioni di dolore eccessivo da parte dei parenti rientrano in una pratica preislamica, che resiste ancora pur se condannata dal Profeta Muhammad stesso. La tradizione islamica raccomanda invece di assistere il morente incoraggiandolo al ricordo di Dio, facendogli pronunciare in arabo la testimonianza di fede: «Testimonio che non c'è dio se non Iddio, testimonia che Muhammad è l'Inviato di Dio». Laddove il morente non sia più cosciente, un familiare può pronunciare la testimonianza di fede all'orecchio del paziente, poiché si crede che l'udito sia l'ultimo senso che abbandona l'uomo al momento della morte. La presenza e la vigilanza della persona malata sono considerate un aspetto della nobiltà con cui si muore. Ciò non toglie che si possano praticare quelle cure palliative che permettano di sedare il dolore. Le terapie volte a prolungare la vita dei malati più gravi devono svolgersi nella tutela della dignità spirituale del paziente, informandolo della propria situazione in modo che possa prepararsi al passaggio dell'anima nell'Altro mondo. La morte, come la vita, non appartiene all'uomo, che non ha né il potere di provocarla, né quello di respingerla.

Riti funebri, trattamento della salma, autopsia

Induismo

Hamsananda Ghiri

Premesso che vi sono molte differenze nella ritualità legata alla morte, relative al contesto sociale in cui ci si trova, alla tradizione familiare, eccetera, si forniscono, di seguito, delle indicazioni di massima. Quando una persona muore, il suo corpo è lavato e asperso con olii dai parenti più stretti, nella fattispecie dal figlio maggiore. Potrebbe essere richiesto di disporre il corpo in una precisa direzione. Si può decidere di chiamare un *pandit*, sacerdote, per celebrare un rituale. Questo potrebbe prevedere l'applicazione di pasta di sandalo, cenere sacra, *vibhuti*, e curcuma rossa, *kumkum* sul capo e il legare, al polso un filo di cotone rosso e giallo. È, inoltre, usanza accendere un lume e degli incensi accanto al defunto.

La cremazione è preferibile alla sepoltura. Vi sono agenzie addette al rimpatrio della salma nel Paese di origine, dove le ceneri sono disperse preferibilmente in un fiume o in un corso d'acqua. In India, il fiume sacro d'elezione è il Gange.

L'autopsia non è generalmente accettata e, qualora, fosse necessaria, è importante consultarsi prima con la famiglia.

Buddhismo

Tenzin Khentse Cesare Milani

Nella tradizione buddhista la morte vera e propria non è simultanea all'assenza di battito cardiaco e all'assenza di attività celebrale rilevabile, quando queste due funzioni sono cessate il processo della morte continua per almeno altre 72 ore (3 giorni), questo è il tempo necessario per tutte le varie fasi al termine delle quali la “mente sottile” o “coscienza sottile” (la parte immortale della persona che continua nella vita successiva) lascia il corpo. Solo quando sarà compiuta la separazione definitiva tra “mente sottile” e corpo fisico si può parlare di morte, a quel punto il corpo potrà essere cremato. In questi tre giorni è fortemente raccomandato non procurare nessun disturbo al deceduto siano essi arrecati da eventi poco invasivi come rumori o spostamenti e tantomeno l'autopsia o la sepoltura. Fanno eccezione i casi nei quali il deceduto ha disposto la donazione dei suoi organi o altre disposizioni particolari.

Ebraismo

Ariel Di Porto

Il trattamento della salma avviene in accordo con le istruzioni del rabbinato. Avvenuto il decesso, vanno chiusi la bocca e gli occhi del defunto e le sue braccia vanno distese lungo il corpo. Le salme vanno coperte interamente con un

lenzuolo. Prima della sepoltura viene effettuato un lavaggio rituale, effettuato da volontari (uomini per gli uomini, donne per le donne) facenti parte della comunità ebraica. È opportuno che l'ospedale fornisca un locale adeguato. Per questioni riguardanti la donazione di organi, consultare sempre l'autorità rabbinica. Secondo la normativa religiosa ebraica l'autopsia è assolutamente proibita, e, a parte casi eccezionali, andrebbe evitata. La sepoltura deve avvenire prima possibile, senza attendere 24 ore. A tal fine si ricorda che la legge dello Stato consente l'inumazione prima delle 24 ore previa registrazione di ECG piatto per 20 minuti. È necessario che gli ospedali collaborino a tal fine con la famiglia.

Nel 2009 è stato stipulato un accordo tra l'Assessorato alla sanità della Regione Lombardia e la comunità ebraica di Milano a cui fa capo il territorio lombardo, eccetto la provincia di Mantova, per l'assistenza ai pazienti ebrei ricoverati nelle strutture socio-sanitarie. L'accordo è scaricabile al link:

www.cadr.it/accordo%20regione%20lombardia%202009.docx.

Cristianesimo – Chiesa Cattolica

Filippo Boscia

Qual è il rapporto della nostra epoca con la morte? Cerchiamo di non pensarci, come se fosse un problema che non ci riguardasse. E invece ne abbiamo ancor più paura, perché siamo fin troppo legati alla vita. Eppure molto più che in passato ce l'abbiamo dinanzi agli occhi ogni giorno: guerre, terrorismo, migranti. Le cronache ci propinano quantità di

morti. Che spesso non avranno un luogo dove riposare. Sepellire i morti è una delle opere di misericordia corporale, di antiche origini e di grande carità. Di chi sta per morire e dei defunti dobbiamo avere un gran rispetto. Onoranze funebri sobrie, libera espressione del dolore, e una degna sepoltura, credendo nella resurrezione del corpo, come a noi cristiani ha insegnato l'esperienza umana e divina di Gesù Cristo. E la sepoltura non deve mancare anche per i non nati, i feti abortiti, che non possono continuare ad essere smaltiti, come spesso avviene, alla stregua dei rifiuti ospedalieri.

Cristianesimo – Chiese e Comunità della Riforma

Ilenya Goss

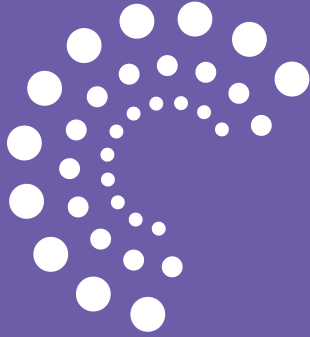
Per un cristiano protestante la morte costituisce il momento del completo affidamento alle mani del Signore. Nelle chiese evangeliche si svolge solitamente un funerale con un breve culto nel quale viene predicata la Parola di Dio e annunciata la speranza della risurrezione. La scelta dell'inumazione o della cremazione è libera. Non vi sono particolari indicazioni o divieti, legati alla professione della fede cristiana evangelica, qualora si renda necessario effettuare un riscontro autoptico.

Islam

Aisha Lazzerini

I riti relativi al defunto sono parte dei diritti del defunto sui viventi e non riguardano solo i parenti ma costituiscono un'obbligazione di carattere comunitario. In parti-

colare è necessario procedere all'abluzione con acqua del defunto che viene effettuata almeno da due persone, possibilmente dello stesso sesso del defunto, con l'eccezione del coniuge. La maggioranza delle scuole giuridiche islamiche richiede che i lavatori siano musulmani, alcuni ammettono il lavaggio da parte delle genti del Libro, ebrei e cristiani, se è presente un musulmano. Sarebbe preferibile che il corpo dopo l'abluzione non venisse più toccato per non inficiare la purità rituale. Dopo l'abluzione si asciuga il corpo delicatamente e si avvolge nel panno bianco per la sepoltura. Nel feretro, il corpo viene posizionato sul fianco, con la testa rivolta verso La Mecca, mantenendo l'orientamento anche nel cimitero. Il defunto non dovrebbe essere spostato dal luogo in cui è avvenuto il decesso senza che ve ne sia una valida ragione e i funerali devono essere celebrati il prima possibile. La preghiera funebre comunitaria può essere eseguita in qualsiasi momento, evitando però l'alba, il mezzogiorno e il tramonto e può svolgersi in qualsiasi luogo, non necessariamente in moschea. L'intangibilità del cadavere è ritenuta superabile in caso di necessità motivata, tuttavia la cremazione non è consentita.



Carta delle buone pratiche

Carta delle buone pratiche per il pluralismo religioso e l'assistenza spirituale nei luoghi di cura

Comitato scientifico IPC

Introduzione

Il gruppo di lavoro e studio “Insieme per Prenderci Cura” – la cui attività si è svolta negli anni 2016–2018 ed è risultata nella pubblicazione del volume *Salute e identità religiose* – propone una “Carta delle buone pratiche”, rivolta all’attenzione del personale medico ospedaliero e in generale a quello coinvolto nelle cure sanitarie. Scopo della presente Carta è sensibilizzare a un atteggiamento più responsabile ed adeguato nell’ambito sanitario di fronte al pluralismo culturale e religioso, accentuato dai flussi migratori in corso. Questo documento integra la Carta dei Diritti dei Malati già nota e in uso nelle strutture sociosanitarie ed assistenziali.

Ciò che ci sembra unisca i vari orientamenti delle tradizioni e denominazioni spirituali e religiose – ebraica, cristiana, musulmana, buddhista, induista – è una visione

integrale dell'uomo e della donna, non limitata alla mera dimensione del “corpo fisico”, ma estesa anche alla sua valenza spirituale. Questa prospettiva non pretende di ‘confessionalizzare’ la realtà ospedaliera, né di giustificare eccezioni alla necessità di adeguarsi a normative, prassi e regolamenti propri del contesto medico sanitario, bensì intende offrire considerazioni utili per operare con più efficace sinergia nel prenderci cura gli uni degli altri, condividendo responsabilità e speranze in un orizzonte di umanesimo globale.

Premessa

- Non esistono diversi “valori” di vite umane, ma tutte le vite hanno valore incommensurabile e pari dignità ed importanza, in virtù del principio di uguaglianza. Pertanto ciascuna persona deve essere considerata e curata con il medesimo massimo rispetto e attenzione, evitando qualsiasi discriminazione.
- La religione e la spiritualità costituiscono aspetti intrinseci all'essere umano e si esprimono attraverso un insieme di culti, valori, credenze, tradizioni e pratiche, che si articolano dinamicamente nei diversi piani dell'esistenza umana.
- La Costituzione della Repubblica Italiana riconosce la dignità della persona umana e ne garantisce le libertà e i diritti inviolabili, compresi quelli afferenti la sfera religiosa, sia come singolo sia nelle formazioni sociali ove si svolge la sua personalità (art. 2, 3, 7, 8, 19, 20 Cost.).

- La Legge 23 dicembre 1978, n. 833, “Istituzione del servizio sanitario nazionale”, all’articolo 38 sancisce che “presso le strutture di ricovero del servizio sanitario nazionale è assicurata l’assistenza religiosa nel rispetto della volontà e della libertà di coscienza del cittadino”.

(I) Buone pratiche di attenzione al pluralismo culturale e religioso

1) Negli ospedali, case di cura o di assistenza e nelle strutture socio-assistenziali e ambulatoriali è assicurata la libertà di religione o credenza, compatibilmente con le specifiche condizioni ed esigenze di organizzazione, servizio e sicurezza.

2) Nei siti di cui al primo punto, ogni individuo ha diritto di ricevere, su richiesta sua (o dei propri familiari qualora impossibilitato ad esprimere questo desiderio), l’assistenza spirituale di rappresentanti delle religioni e tradizioni spirituali, confessionali o non confessionali.

3) L’assistenza spirituale e religiosa, nelle suddette strutture, mirerà a consentire il rispetto della prassi del culto, delle normative alimentari, delle festività del paziente, secondo la propria fede e convinzione spirituale, senza in questo ostacolare la diagnosi e le cure indispensabili e in-differibili per la vita del paziente.

4) L’assistenza spirituale e religiosa, oltre a quanto sopra indicato, considererà, nel rispetto della sensibilità e

volontà del paziente, più specificatamente gli aspetti inerenti a:

- cura;
- inizio vita;
- contraccezione;
- procreazione;
- interruzione della gravidanza;
- donazioni e trapianti di organi;
- fine vita: disposizioni anticipate di trattamento e cure palliative;
- sospensione di interventi terapeutici.

5) Nell'ambito del pluralismo religioso che lo Stato riconosce e tutela, è auspicabile la conoscenza, da parte di tutto il personale sanitario, dei basilari principi religiosi-culturali e delle prassi dei vari culti, relativi alla salute e alla vita del malato.

(II) Responsabilità dell'Ente Ospedaliero

Per lo svolgimento del servizio di assistenza religiosa l'ente gestore ospedaliero si impegna ad assicurare:

- spazi idonei per le funzioni di culto (adibendo all'uopo una sala riservata);
- una camera mortuaria idonea ai riti funebri inerenti alle varie religioni o tradizioni spirituali. In caso di decesso nel corso della degenza nelle strutture di cui al primo punto, sono adottate misure necessarie ad assicurare la celebrazione di esequie in conformità alla volontà espressa in vita dalla persona e, comunque, in

mancanza di dichiarazioni di volontà, in conformità alle cerimonie della religione o credenza del defunto o dei familiari.

- un elenco di mediatori culturali e di ministri di culto delle diverse religioni.

Compatibilmente con le esigenze di organizzazione interna e di spesa, le strutture di cui al punto 1 assicurano ai soggetti che lo richiedano l'adempimento delle prescrizioni in materia alimentare e di astensione dal lavoro legate alla propria religione o credenza; assicurano altresì la ricezione di pubblicazioni di natura religiosa e spirituale e l'esposizione di immagini o simboli della propria religione o credenza negli spazi personali riservati.

(III) Responsabilità del personale ospedaliero

Il personale medico e di assistenza deve avere conoscenza ed attenzione affinché il paziente sia curato e assistito nel rispetto della sua religione o credenza.

Gli operatori costituenti l'équipe dei sanitari devono individuare la modalità comunicativa (anche tramite mediatori culturali) più adeguata alla condizione culturale, religiosa e spirituale della persona assistita.

Durante la degenza i pazienti non devono essere impediti nell'esercizio della libertà religiosa o nell'adempimento delle pratiche di culto, compatibilmente con le esigenze sanitarie di diagnosi e cura del paziente.

(IV) Responsabilità dei pazienti

Resta inteso che, pur nel rispetto delle diverse identità religiose e culturali, i pazienti sono tenuti al rispetto delle Leggi, degli Ordinamenti e delle Normative che tutelano la propria ed altrui sicurezza e salute.

Milano, 24 luglio 2018

Postfazione

Antonio Angelucci

Ogni gesto che significhi “prenderci cura” è divenuto, in tempo di pandemia – contrariamente al motto – “di virtù necessità”. Tuttavia, il prendersi cura resta un atteggiamento fondamentalmente virtuoso che trova radici profonde in tutte le culture e tradizioni, religiose e laiche. Le recentissime parole della Lettera Enciclica *Fratelli tutti* di Papa Francesco *sulla fraternità e l’amicizia sociale* assumono, a tal riguardo, particolare significato: «“(S)ono forse io il custode di mio fratello?” (Gen 4,9). Con la sua domanda, Dio mette in discussione ogni tipo di determinismo o fatalismo che pretenda di giustificare l’indifferenza come unica risposta possibile. Ci abilita, al contrario, a creare una cultura diversa, che ci orienti a superare le inimicizie e a prenderci cura gli uni degli altri»¹. Francesco sottolinea la dimensione virtuosa e, al contempo, la prospettiva universale del “prenderci cura” e ne ricorda lui stesso, in qualche modo, il radicamento nell’ebraismo (in particolare, nella Torà e nel Talmud), nel cristianesi-

1 n. 57, Lettera Enciclica *Fratelli tutti* del Santo Padre Francesco *sulla fraternità e amicizia sociale* è consultabile al sito http://www.vatican.va/content/francesco/it/encyclicals/documents/papa-francesco_20201003_enciclica-fratelli-tutti.html#_ftn185.

mo e nell'islam, come in molte altre esperienze di fede.² Per altro verso, in una prospettiva laica, tuttavia inclusiva del fenomeno religioso secondo gli insegnamenti della Corte Costituzionale, si può affermare che, per “prenderci cura”, dobbiamo «riformulare un diritto di libertà religiosa capace di assicurare un adeguato bilanciamento tra foro interno e foro esterno nel rispetto di un legittimo pluralismo religioso e culturale che assicuri una cittadinanza comune garantita e presidiata dai principi-valori del costituzionalismo democratico».³

Salute e identità religiose auspica tale direzione e sintetizza, con molta concretezza, ad uso di medici, infermieri, personale e volontari del mondo della sanità, cosa significhi “prenderci cura” per i credenti delle più diffuse tradizioni religiose e per i laici che in esse possono non identificarsi. Se la proposta è *un approccio multiculturale nell'assistenza della persona*, la richiesta che emerge è il rispetto di un legittimo pluralismo religioso e culturale che assicuri una cittadinanza inclusiva in ambiti (tristemente) definiti “segreganti” (gli ospedale, le case cura, ecc.): solo in tal modo, nell'osservanza dei diritti costituzionali, può essere effettivamente tutelata al meglio la salute, da intendersi, conformemente agli insegnamenti della Corte Costituzionale e alle indicazioni degli organismi internazionali, come «benessere fisico, mentale e sociale» (D'Aloia, p. 19; Bucciarelli, p. 34; Muttillio, p. 70). Le professioni medico-infermieristiche si trovano, in-

2 Ivi, in particolare, nn. 5, 59 e 61.

3 A. Angelucci, *Dietro la circoncisione. La sfida della cittadinanza e lo spazio di libertà religiosa in Europa*, Giappichelli, Torino 2018, p. 97.

vero, di fronte a «cambiamenti demografici e sociali» che richiedono, per tutelare appieno la salute, accanto a «processi di cura», l'integrazione dei valori che i soggetti portano con sé assieme a tali cambiamenti e che in parte, in qualche modo, li determinano (Scanni, p. 53 ss.). Così, la prima “reazione” che si chiede alle professioni medico-infermieristiche è la “conoscenza” che sola può innescare, con rispetto reciproco dei ruoli di tutti, «buone pratiche» (Mazza, p. 62 ss.). La “conoscenza” infatti viene prima della cura (salvi, ovviamente, i casi di urgenza) perché la cura non è fine a se stessa ma è finalizzata al benessere integrale della persona. Ebbene, il testo si presenta come uno strumento utile all'ambito sanitario in cui occorre che si conoscano i valori delle diverse religioni e culture (anche quella laica) inerenti alla vita e alla morte, come pure i significati di salute e di malattia, perché i *pazienti* si portano inevitabilmente appresso questo bagaglio di valori e di significati, allorquando entrino in un ospedale che si caratterizza, sempre più, per il pluralismo religioso e culturale e ove è necessario, pertanto, impostare una nuova concezione di assistenza alla persona e alla sua famiglia.

Religioni e culture, dal loro canto, approcciano con precetti e indicazioni spesso puntuali la vita e la morte, la salute e la malattia, così come l'assistenza alla persona e alla famiglia. Il richiamo alla responsabilità che si legge nelle pagine dell'Enciclica serve non solo a sottolineare l'attualità sociale e l'universalità del “prenderci cura”, ma anche a porre al centro l'autonomia personale e, quindi, la diversa declinazione che ogni religione e cul-

tura dà della libertà, presupposto di ogni gesto responsabile. Così, una prospettiva di lettura dei contributi di questo volume può essere la comparazione che è utile ad evidenziare come, con analogie e differenze, ogni tradizione religiosa e/o laica ponga comunque in stretta connessione la cura e la responsabilità di sé e del prossimo. Sebbene non si possa esaurire una comparazione in poche righe, si può, tuttavia, agevolmente affermare che un'affinità di posizioni tra etica religiosa e laica si ravvisa nella centralità della persona che implica rispetto della libertà e dell'autonomia personale e che interessa tutta la sfera dell'assistenza (pp. 117-176). Le differenze principali sono, invece, legate allo spazio e al ruolo di tale autonomia che risulta più o meno accentuata a seconda dell'origine del precetto (che muove a "prenderci cura") ovvero, in altri termini, dell'origine del diritto che dà la misura della libertà di ognuno (di prendersi cura di sé e dell'altro) e che può essere di provenienza divina o piuttosto, l'esito, di un procedimento umano. Da questo punto di vista, ebrei, cristiani e musulmani, ma anche hindu e buddhisti credono tutti, pur con divergenze importanti, in una legge divina⁴ e questa convinzione incide, ad esempio, nella sfera del pudore, nei passaggi verso l'avvicinamento alla morte e nella rivendicazione della dignità della vita dal concepimento al suo termine. Medici e operatori sanitari devono avere consapevolezza che, per qualsiasi fedele praticante, il primo punto di riferimento è il diritto religioso, che può essere più o meno

4 Cfr. S. Ferrari, *Spunti di comparazione*, in Id., *Strumenti e percorsi di diritto comparato delle religioni*, il Mulino, Bologna 2019, p. 70.

“codificato” sino ad imporsi in un’ortoprassi che arriva a coincidere con l’ortodossia del credo. Così, il diritto divino implica, nell’ebraismo, che «l’autonomia (...) abbia un valore limitato»: «l’autonomia vige finché non si rientra in un caso chiaramente dettato dalla *Halakhà*» (Di Segni, p. 98). Similmente per i cristiani cattolici il “prenderci cura” «è un comandamento evangelico» (Fumagalli, p. 104); mentre per i musulmani, «(S)e il credente osserva le regole della scienza sacra, applica le leggi della sua religione e obbedisce alle prescrizioni rituali, sarà salvo nel mondo superiore e saprà mantenere e gustare la salute anche in questo basso mondo» (Pallavicini, p. 108). L’induismo, pur nella «sua spiccata adattabilità ai cambiamenti della modernità», declina, comunque, l’autonomia con la «responsabilità personale, *karma*» (Ghiri, p. 117) che per i buddhisti significa responsabilità per l’interconnessione di causa-effetto e per l’autonomia della scelta di agire bene con empatia e gentilezza (Milani, p. 118). Da tali posizioni si distanziano, invece, le Chiese e le Comunità della Riforma e l’etica laica che, infatti, insistono sull’«autonomia delle decisioni», tenendo a precisare, le prime, che «(U)n cristiano evangelico desidera solitamente vedere rispettati i propri confini» e «non riceve imposizioni da parte della propria chiesa» (Goss, p. 120) e le seconde, che si deve sempre porre «in primo piano il rispetto della dignità della singola persona, delle sue scelte di vita e delle sue concezioni di salute e non la tutela della vita in senso astratto» (Fucci, p. 47); con conseguenze evidentemente, ad esempio, nel diverso approccio al fine vita (Goss, p. 169).

La prospettiva comparatistica (che, ovviamente, non si esaurisce qui e che si restituisce al lettore come metodo di riflessione) serve a trovare una chiave di sintesi a chi è forse disorientato da tanti differenti precetti (perché, magari, avvezzo, in quanto sanitario, a protocolli standardizzati) per aiutarlo a capire la ricchezza valoriale connessa a tale pluralismo culturale e religioso. Soprattutto, giova, allora, a dare un ulteriore significato al “prenderci cura” perché tale concetto implica gesti di responsabilità anche nella comprensione della diversità. E aiuta tutti, concludendo, a rimarcare ancora la virtuosità dei gesti di cura che presuppongono, quindi, anche la *benevolenza* (e la conseguente *beneficienza* intesa come *bene facere*) per la comprensione che implicano della dimensione etica e spirituale dell’altro; gesti virtuosi che curano, così, prima della malattia, l’indifferenza che, troppo spesso, affligge e avvolge il mondo di quanti soffrono.

Presentazione degli Autori e del Comitato Scientifico

Antonio Angelucci

Si è laureato in Giurisprudenza all'Università di Pavia e ha conseguito il Dottorato di ricerca in Filosofia del diritto all'Università di Milano e il Master in Diritto Comparato delle Religioni alla Facoltà di Teologia di Lugano. Avvocato e docente universitario, insegna all'Università del Piemonte Orientale, alla Facoltà di Teologia di Lugano e all'Istituto Superiore di Scienze Religiose di Milano. È Membro del Gruppo di lavoro per la ricognizione sulla definizione di antisemitismo approvata dall'IHRA – International Holocaust Remembrance Alliance presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri. Vanta importanti affiliazioni riconosciute a livello internazionale e fa parte dei Comitati di redazione dei “Quaderni di diritto e politica ecclesiastica”, di “Veritas et Jus” e dei Comitati Scientifici del Centro Interuniversitario Culture, Diritti e Religioni – Forum Internazionale Democrazia e Religioni, di *Insieme per prendersi cura* e del Comitato Direttivo della rete PriMED. È anche Segretario del Centro di ricerca Religioni, diritti ed economie nello Spazio Mediterraneo e membro della Plateforme universitaire de recherche sur l'islam en Europe et au Liban e dell'International Consortium for Law and Religion Studies, oltre che del Tavolo per l'Islam dell'Ufficio Nazionale per l'Ecumenismo e il Dialogo Interreligioso della Conferenza Episcopale Italiana.

Filippo Maria Boscia

È docente di Fisiopatologia della Riproduzione Umana e Bioetica nell'Università di Bari e Direttore del Dipartimento per la Salute della Donna e la tutela del Nascituro – GVM Care & Research – Ospedale Santa Maria – Bari. È Consultore del Pontificio Consiglio per gli Operatori Sanitari dal 2011 e Presidente Nazionale dell'Associazione Medici Cattolici Italiani dal 2013. Nella sua qualità di Presidente Nazionale della Società Italiana per la Bioetica è stato editore di documenti ed atti, quali: Bioetica Coscienza e libertà. Aspetti antropologici giuridici medici e sociali, Ed. Laterza 1999; Recenti problematiche bioetiche all'inizio della vita, Puglia Grafica Sud, 2004; Ri-umanizzare l'assistenza socio-sanitaria in Italia, Levante Editori, 2009; Identità di genere. Aspetti sociali, medici, bioetici e giuridici, Antezza Tipografi, 2016; La sofferenza umana tra fragilità, solitudine e speranza, Antezza Tipografi, 2016. Editor di 20 volumi sulla sessualità e la riproduzione umana tra natura e cultura. Ha collaborato al Trattato di Bioetica, Levante Editori 1992; Dizionario di Bioetica; Ist. Siciliano di Bioetica 1994; Enciclopedia di Bioetica e Scienza giuridica, Edizioni Scientifiche Italiane, 2016; Medicina e Morale Volume 5/1995, Tipografia Cooperate Roma; Cure palliative e hospice – Aspetti medici, bioetici, religiosi e giuridici – ED INISIEME 2020.

Luciana Bovone

Laureata in Medicina e Chirurgia nel 1979 a Milano, si specializza in Scienze Alimentari. Ha prestato servizio per la Guardia Medica dal 1979 al 1987 ed è stata Medico di Famiglia dal 1987 a fine 2015. Attualmente è Consigliere dell'Ordine dei Medici al terzo mandato, dove si occupa prevalentemente di “aggiorna-

mento per la categoria”. Dal 2018 è Presidente della sezione di Milano dell’AIDM (Associazione Italiana Donne Medico), realtà impegnata per la divulgazione della cultura scientifica, in particolare quella della Medicina di Genere e tutto ciò che riguarda la figura femminile impegnata nella cura delle persone più fragili.

Paola Bucciarelli

Architetto, libero professionista, si dedica ad attività progettuali, di ricerca, formativa e pubblicistica riguardanti il rapporto tra le persone e il loro contesto (ambiente fisico e socio-culturale). È particolarmente competente riguardo ai molteplici approcci teorici e metodologici, europei ed extraeuropei, relativi alla ‘progettazione inclusiva’ (Universal Design, Inclusive Design, Lifespan Design, Design for All, Progetto per l’Utenza Ampliata, ecc). Si impegna attivamente per l’implementazione dei principi dell’ICF – International Classification of Functioning, Disability and Health dell’OMS (2001) e della Convenzione ONU sui Diritti delle Persone con Disabilità (2006) in ambito professionale, lavorando in équipe multidisciplinari, con rappresentanti di istituzioni, associazioni e gruppi di persone con disabilità. È consulente di HEADNET – Neurologia, Salute Pubblica, Disabilità – della Fondazione IRCSS Istituto Neurologico Carlo Besta di Milano.

Abd al Tawwab Colucci

Esercita come medico odontoiatra dal 1990. Per diversi anni ha approfondito lo studio del pensiero orientale seguendo alcuni corsi universitari. Dal 2020 è diventato responsabile dei temi relativi alla salute della Comunità Religiosa Islamica Italiana (COREIS). È sposato e ha due figli.

Laila Cortese

Nata a Milano nel 1958, laureata in Medicina e Chirurgia, specializzata in Chirurgia Apparato Digerente ed Endoscopia Digestiva presso l'Università degli Studi di Milano. Dal 1996 Medico di Medicina Generale. È stata membro di Comitati Etici Ospedalieri e della Commissione Etica dell'Ordine dei Medici di Milano. Si occupa di problematiche socio-sanitarie con particolare riguardo a questioni di genere, etnia e religione. Dal 2017 è membro di IPC.

Alberto Cozzi

Nato a Milano nel 1954, laureato in Medicina nel 1979 presso l'università degli Studi di Milano, ha poi conseguito le specialità di Endocrinologia e di Medicina Interna, entrambe presso l'Università degli Studi di Pavia. Dal 1982 esercita attività di Medico di Medicina Generale nel territorio dell'ASL Città di Milano. Assistente di Medicina dal 1984 al 2001 presso la Casa di Cura Columbus di Milano, ne ha proseguito poi la collaborazione nell'attività clinica di ricovero ed ambulatoriale nelle Specialità di competenza. È socio della Società Italiana di Endocrinologia, dell'Associazione Medici Endocrinologi e della Società Italiana di Medicina Interna. Da decenni svolge attività di volontariato in ambito sanitario ed ecclesiale: nell'Istituto delle Missionarie Cabriniane del S. Cuore, cui la Clinica Columbus appartiene; nell'Associazione OFTAL (Opera Federativa Trasporto Ammalati a Lourdes), nella quale ha ricoperto vari incarichi (vice-presidente della sezione di Milano dal 2002 al 2012, Responsabile sanitario nazionale ed ora membro del Comitato di Presidenza Nazionale); nell'Associazione iSemprevivi onlus per la cura del disagio psichico e psichiatrico come Consigliere

dal 2005. Consigliere dell'Associazione Medici Cattolici sezione di Milano dal 2005, dal 2017 ne è Presidente. Delegato diocesano al IV Convegno Nazionale della Chiesa Italiana di Verona del 2006 e membro della Consulta diocesana per la salute della diocesi di Milano. Dal 2018 è membro del Comitato Scientifico del Progetto interreligioso in sanità *Insieme per prenderci cura*.

Elisa Crotti

Dal 2001 è consulente nell'area della Comunicazione e delle Relazioni Pubbliche per l'Ordine delle Professioni Infermieristiche (OPI) di Milano, Lodi, Monza e Brianza. Svolge inoltre attività di formazione e docenza nei contesti sanitari, affrontando le aree tematiche inerenti alla comunicazione, con particolare riferimento alla costruzione della relazione terapeutica con il paziente, la comunicazione interdisciplinare e l'*empowerment* della persona assistita. Con Paola Gobbi e altri autori, è autore per McGraw Hill del volume *Storie di persone, voci di infermieri* (2020).

Pasqualino D'Aloia

Dottore Magistrale in Infermieristica, foggiano, Milanese di adozione classe 1957, è Presidente dell'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Milano - Lodi - Monza e Brianza dal 10 luglio 2018. Attualmente ricopre il ruolo di Direttore Professioni Sanitarie Aziendali D.P.S.A. presso I.R.C.C.S. Ospedale San Raffaele, già Responsabile del SITRA e Responsabile Scientifico per la formazione permanente presso l'IRCCS Istituto Ortopedico Galeazzi occupandosi nello specifico di selezione, gestione, valutazione e formazione del personale infermieristico, tecnico, della riabilitazione e di supporto. Ha svolto attività di

consulenza per la Direzione Aziendale dell'Istituto di Cura Città di Pavia e presso l'Ospedale San Raffaele; già Professore a contratto presso l'Università di Pavia. Ha partecipazione in qualità di relatore a numerosi Congressi Nazionali e Internazionali Infermieristici e come docente per eventi ECM. È il fondatore dell'ASI – Accademia Scienze Infermieristiche, e ne è stato il primo Presidente.

Daniela Di Carlo

È cresciuta a Roma ed è pastora titolare della Chiesa Valdese di Milano. Ha diretto il Centro Ecumenico internazionale di Agape a Prali nelle Valli Valdesi (TO) e si occupa di ecumenismo e di teologie ecofemministe e di genere. Si è laureata alla Facoltà Valdese di Teologia ed ha studiato allo Union Theological Seminary di New York (NY). Oltre che ad articoli su riviste teologiche ha partecipato alle opere collettive: *La Parola e le pratiche. Donne protestanti e femminismi*, Claudiana 2007; *Un vulcano nel vulcano. Mary Daly e gli spostamenti della teologia*, Effatà 2012; *Giustizia di genere. Una nuova visione*, Testi dell'Agenda Latino americana mondiale 2018; *Gli animali che ci servono. Antologia di testi sulla questione animale*, Farina Editore 2018; *Quali segni e prodigi Dio ha compiuto per mezzo di loro. V Forum italiano dei cristiani LGBT*, Viator 2019; *Donne di Parola. Pastore, diacone e predicatrici nel protestantesimo italiano*, Nerbini 2020; *Religioni e animali*, Claudiana 2020. Collabora alla rubrica *Culto Radio* su Rai radio uno. A Milano è stata tra le promotrici dell'apertura delle Stanze del silenzio, negli ospedali e nelle residenze sanitarie assistenziali, intese come luoghi di accoglienza e riconoscimento delle diverse sensibilità spirituali. Fa parte della Commissione Justice Peace & Inte-

grity of Creation del Consiglio delle Chiese Cristiane di Milano (CCCM), fa parte del Forum delle religioni e si occupa di formazione interreligiosa delle e degli operatori sanitari con il gruppo *Insieme per prenderci cura* (IPC).

Ariel Di Porto

Nato a Roma nel 1978. Ha conseguito il titolo rabbinico presso il Collegio Rabbinico Italiano e la laurea in filosofia presso l'Università La Sapienza di Roma, occupandosi delle dottrine non scritte nel pensiero di Platone. Ha svolto l'attività di Chazan, abbinandola all'insegnamento presso il Liceo Levi ed il Collegio Rabbinico e alla collaborazione con l'Ufficio Rabbinico di Roma. Ha collaborato con il mensile Shalom. È coautore di un libro di introduzione all'Ebraismo e di un testo sulle regole ebraiche di lutto. È autore di numerosi saggi di argomento ebraico. Spesso partecipa ad incontri volti ad illustrare svariati aspetti della cultura ebraica. È attivo nel campo del dialogo interreligioso. Dal 2014 è Rabbino Capo della Comunità Ebraica di Torino.

David Gianfranco Di Segni

È nato a Roma nel 1954. Ha studiato alla Yeshivà di Strasburgo e al Collegio Rabbinico Italiano, dove ha conseguito il titolo rabbinico e di cui è stato coordinatore per dieci anni. Attualmente è docente di Talmud e Halakhà (normativa ebraica). Si è laureato in Biologia molecolare all'Università Ebraica di Gerusalemme e ha ottenuto il Dottorato di ricerca in Genetica medica presso la Sapienza di Roma. È stato visiting scientist per due anni alla University of Washington, Seattle, USA. È primo ricercatore presso l'Istituto di Biochimica e Biologia Cellulare

del CNR. Ha pubblicato numerosi articoli di argomenti scientifici ed ebraici in libri e riviste specialistiche o divulgative. È coordinatore della nuova edizione italiana della Mishnà e della traduzione in italiano del Talmud.

Mulayka Laura Enriello

Responsabile dei settori Educazione e Integrazione per la Comunità Religiosa Islamica Italiana (COREIS), nel 2007 ha fondato l'I.S.A. (Interreligious Studies Academy) di cui è tuttora membro del consiglio direttivo. È insegnante di matematica in diversi Istituti superiori pubblici e privati di Milano e in tale veste partecipa alla sperimentazione dell'insegnamento dell'Educazione Civica nelle scuole superiori, portando il contributo di una visione scientifica non avulsa da una sensibilità e pregnanza civile e religiosa, nell'ottica di uno sviluppo integrale della persona. Ha partecipato negli anni a diversi congressi internazionali a Tirana, Ginevra, Rabat, Baku e Teheran, approfondendo la conoscenza del mondo islamico internazionale Euro-mediterraneo sia sunnita sia sciita. Ha visitato la città-santuario di Mashhad (Iran) nell'ambito delle manifestazioni per la Capitale della Cultura Islamica 2017 con il patrocinio dell'ISESCO, l'Organizzazione per l'Educazione, la Scienza e la Cultura dell'Organizzazione della Cooperazione Islamica (OCI).

IlhamAllah Chiara Ferrero

Nata a Torino nel 1974, vive a Roma e a Milano. Fa parte della Comunità Religiosa Islamica Italiana (COREIS), realtà impegnata nella tutela della dignità del culto islamico e dell'approfondimento teologico. Ha curato l'edizione di alcuni libri sull'Islam

scritti da diversi autori pubblicati da case editrici italiane e straniere. Ha scritto saggi su molte tematiche di attualità tra cui la postfazione del volume *Rifugiati nella rete. Dall'accoglienza alla cura* di Armocida, Marzagalia, Andreani, Magli, Cattaneo, Franco Angeli, Milano, 2020. È membro dell'Interreligious Studies Academy, realtà educativa che organizza corsi di formazione e percorsi didattici interreligiosi.

Sergio Fucci

Già magistrato ordinario (da ultimo con le funzioni di consigliere della Corte d'Appello di Milano), è ora giudice tributario presso la Commissione Tributaria Regionale della Lombardia, sede di Milano, membro del Comitato per l'Etica di Fine Vita con sede in Milano, nonché Vicedirettore della rivista *Decidere in Medicina*. Ha conseguito un dottorato di ricerca in Bioetica, è stato professore a contratto di Bioetica presso la Facoltà di Giurisprudenza dell'Università dell'Insubria e docente in alcuni Master. È autore di numerose pubblicazioni sulla responsabilità professionale del medico e dell'infermiere, sulla cartella clinica, sul consenso informato, sul segreto professionale, sulla privacy in campo sanitario. In particolare (con A. Pagni) ha curato come editor in chief il *Manuale della Professione Medica – Deontologia Etica Normativa*, Torino, 2011. È stato relatore in numerosi congressi e convegni nelle materie sopra indicate.

Pier Francesco Fumagalli

Presbitero della Chiesa Ambrosiana dal 1978, è Dottore ordinario della Biblioteca Ambrosiana, direttore delle Classi di studi sul Vicino Oriente e sull'Estremo Oriente dell'Accade-

mia Ambrosiana di Milano, docente di Lingua e Cultura Cinese all'Università Cattolica del Sacro Cuore in Brescia e Consultore dell'Institute of Morality and Religions dell'Università Tsinghua di Pechino. Dal 1986 al 1993 è stato Segretario della Commissione della Santa Sede per i rapporti religiosi con l'Ebraismo, della quale è Consultore. Dal 2013 al 2018 è stato responsabile del settore per i rapporti con l'Ebraismo nel Servizio Ecumenismo e Dialogo dell'Arcidiocesi di Milano. Autore di opere su ecumenismo, Ebraismo, manoscritti ebraici ed arabi, religioni orientali e cultura cinese.

Stefania Ganassin

È un'Ausiliaria Diocesana della diocesi di Milano. Dal 2001 è assistente spirituale alla Fondazione Cà Granda Ospedale Maggiore Policlinico. Collabora con il servizio della pastorale della salute della Diocesi di Milano.

Svamini Hamsananda Ghiri

Monaca induista, vive, da più di trent'anni, nel monastero Matha Gitananda Ashram. È vicepresidente dell'Unione Induista Italiana (UII), per la quale è anche presidente della Commissione Dialogo interreligioso e coordinatrice della Commissione templi. È ministro di culto. Promotrice del Tavolo cristiano – indù, tra Conferenza Episcopale Italiana (CEI) e Pontificio Consiglio Dialogo Interreligioso (PCID). Fa parte del DIM Italia (Dialogo interreligioso monastico). Partecipa a dibattiti, convegni, tavole rotonde nell'ambito del dialogo interreligioso. È consulente di cultura e religione indù presso numerosi enti, istituzioni e comitati interreligiosi e scienti-

fici. Membro del progetto regionale sulle religioni “Le cure dello Spirito” (D.G.R. 14 luglio 2008, n.8-9172 pubblicato nel B.U.R.P. n.31 del 31-07-2008) per l’assistenza religiosa-spirituale realizzato presso l’Ospedale Molinette di Torino. Referente UII per l’assistenza sanitaria secondo il Protocollo, “La cura dello Spirito”, tra Città della salute e della scienza di Torino e le Religioni (Protocollo settembre 2016). Referente UII nell’Accordo tra azienda ospedaliera Careggi (FI) e rappresentanti delle comunità religiose, 21 marzo 2016. È direttrice editoriale della casa editrice Laksmi ed è curatrice della collana Santi e yogin. Direttrice dei corsi e docente dei corsi di Induismo – corsi formazione per docenti accreditati dal MIUR.

Ilenya Goss

Ha compiuto gli studi di Filosofia (1999) e di Medicina e Chirurgia (2009) laureandosi presso l’Università degli Studi di Torino, e di Teologia (2016) presso l’Università di Strasburgo e presso la Facoltà Valdese di Teologia di Roma. Ha insegnato Storia della Medicina ed Etica medica nel Corso di Laurea in Infermieristica (Facoltà di Medicina e Chirurgia-polo didattico di Orbassano, San Luigi Gonzaga), e collabora attualmente con l’Ateneo torinese nella preparazione dei contributi etico-bioetici del corso integrato di Evidence Based Medicine del Corso di Laurea in Medicina e chirurgia. Preparandosi al ministero pastorale nella Chiesa evangelica Valdese ha seguito la formazione in Clinical Pastoral Education presso l’Ospedale Evangelico Internazionale di Genova. Dal 2012 è membro della Commissione bioetica nominata dalla Tavola Valdese.

Paolo Inghilleri

Medico, specializzato in Psicologia, è Professore Ordinario di Psicologia Sociale, Dipartimento di Beni Culturali e Ambientali dell'Università degli Studi di Milano. I suoi interessi di ricerca riguardano la relazione tra biologia, mente e cultura, lo studio dell'esperienza ottimale, la psicologia ambientale, la psichiatria culturale. È autore di numerosi libri e di più di 120 articoli pubblicati su riviste italiane e internazionali. Tra i volumi internazionali si veda: "From Subjective Experience to Cultural Change", Cambridge University Press, New York, 1999; Inghilleri P., Riva G., Riva E., "Enabling Positive Change", De Gruyter, Berlin, 2014. L'ultimo libro italiano è "I luoghi che curano", Raffaello Cortina Editore, Milano, 2021.

Giorgio Lambertenghi Delilieri

È nato a Milano nel 1940. Professore Ordinario di Malattie del Sangue dell'Università di Milano, sino al 2010 ha diretto l'U.O. di Ematologia e Centro Trapianti di Midollo della Fondazione IRCCS Ospedale Policlinico di Milano, dove come medico e ricercatore ha collaborato con prestigiose Istituzioni nazionali e internazionali. Dal 2004 al 2012 è stato Presidente dell'Associazione Medici Cattolici, sezione di Milano. Attualmente Presidente della Fondazione Matarelli di Milano per sostenere la ricerca scientifica nell'ambito dei tumori del sangue, e Direttore Scientifico dell'Associazione "Beat Leukemia" per la diffusione delle conoscenze sulla malattia leucemica. È responsabile dell'U.O. di Medicina Generale dell'Istituto Auxologico Italiano (Polo Capitanio) e Presidente del Comitato Etico dello stesso Istituto. Organizza incontri sui problemi dell'etica medica in qualità di membro del Consiglio Direttivo

della Fondazione culturale Ambrosianeum. All'impegno professionale affianca un'opera di volontariato presso l'ambulatorio della Fondazione "Fratelli di S. Francesco d'Assisi" come medico volontario. Nel 2015 ha ricevuto la medaglia d'oro di Benemerita Civica del Comune di Milano ("ambrogino d'oro") quale riconoscimento per l'attività svolta in campo scientifico e sociale.

Aisha Lazzerini

Musulmana italiana, è membro della Commissione Affari Giuridici della COREIS (Comunità Religiosa Islamica Italiana) e responsabile per la Regione Toscana. Ha avuto modo di collaborare con il Ministero dell'Interno e con la Consulta per l'Islam Italiano, istituita presso lo stesso Ministero, per la stesura di bozze sulla regolamentazione delle moschee in Italia e sulla istituzione di un albo degli imam come ministri di culto riconosciuti in Italia. Dopo la Laurea quadriennale in Giurisprudenza, ha conseguito il Dottorato di Ricerca in Diritto Ecclesiastico e Canonico presso l'Università Cattolica di Milano, con una tesi su "I riti funebri e le sepolture islamiche in Italia e in Europa", occupandosi prevalentemente delle questioni giuridiche e dottrinali inerenti all'assistenza ai morenti musulmani, alle sepolture islamiche e ai riti connessi. Ha svolto attività di docenza in Master universitari ed è stata relatrice in numerosi convegni e conferenze occupandosi prevalentemente dei rapporti tra Stato laico e comunità islamica in Italia, diritto e dottrina islamica, diritto di famiglia comparato, condizione della donna nell'Islam, prescrizioni alimentari islamiche (halal), riti funebri e sepolture islamiche, immigrazione e identità religiose.

Paolo Magnone

Insegna Lingua e Letteratura Sanscrita all'Università Cattolica del Sacro Cuore e Studio delle Religioni Orientali presso l'Istituto Superiore di Scienze Religiose di Milano. Già socio effettivo dell'IsMEO/ISIAO, è membro dell'Associazione Italiana di Studi Sanscriti e della Società Italiana di Storia delle Religioni, e accademico della classe asiatica dell'Accademia Ambrosiana. I suoi interessi di ricerca vertono principalmente sui grandi corpora mitologici dell'epica e dei Purnā a sanscriti analizzati con un approccio di volta in volta tematico, ermeneutico, critico-testuale e comparativo; sulla filosofia delle Upaniṣad e del Smṛkhyā-Yoga alla luce dei commentatori; sul pensiero filosofico dell'India e della Grecia antica in un'ottica comparativa. Maggiori informazioni sulla sua attività didattica sono reperibili sul suo sito personale Jambudvipa (www.jambudvipa.net). Una selezione dei suoi scritti è consultabile sulla sua pagina presso il sito di Academia.edu (unicatt.academia.edu/PaoloMagnone).

Roberto Francesco Mazza

Dopo un'esperienza di servizio civile in un villaggio delle Ande, ha svolto a partire dal 1978, per una ventina d'anni, la professione di infermiere alla Fondazione IRCCS Istituto dei Tumori di Milano. Ha promosso e coordinato presso l'Istituto il Progetto Ulisse, tuttora esistente, di informazione e supporto per la persona ammalata di tumore, i suoi amici e familiari, riprendendo un'esperienza americana: Learning to live with cancer. Ha conseguito la Laurea Magistrale in Scienze Cognitive e processi decisionali all'Università di Milano, ha avuto esperienze di lavoro nella formazione del personale in

servizio civile. Da oltre dieci anni è referente dell'Ufficio Relazioni con il Pubblico dell'INT che promuove una serie importante di iniziative di informazione per pazienti e cittadini con particolare riguardo alla prevenzione primaria (soprattutto rispetto al tabagismo) e al sostegno del paziente oncologico alle prese con cure sempre più efficaci, ma anche sempre più multidisciplinari e complesse da vivere e organizzare. Coordinatore locale della rete Ospedali che promuovono la salute (HPH).

Tenzin Khentse Cesare Milani

Monaco buddhista di tradizione tibetana ordinato direttamente da S.S. Dalai Lama nel 2012. Da sempre interessato alla filosofia, alle religioni ed a tutte le tradizioni spirituali. Dal 1993 segue regolarmente gli insegnamenti ed i ritiri spirituali del centro Ghe Pel Ling di Milano sotto la guida del Ven. Lama Thamthog Rinpoche ora assistente di S.S. Dalai Lama ed abate del suo monastero. Su incarico del Ven. Lama Khenrab Rinpoche insegna la meditazione e la pratica della tradizione buddhista tibetana in due centri del nord Italia, insegna meditazione nella sezione di alta sicurezza del carcere di Vigevano ed è il rappresentante della tradizione buddhista per gli incontri interreligiosi presso la Diocesi di Milano.

Giorgio Mortara

Medico chirurgo, nato a Milano nel 1947, sposato con due figli. Specialista in Chirurgia generale ed in Gastroenterologia ed endoscopia digestiva. Ha collaborato al progetto di "Umanizzazione degli ospedali" realizzato in Lombardia. Presiden-

te onorario dell'Associazione Medica Ebraica (AME) membro della World Fellowship dell'Israel Medical Association. Consigliere del "Giardino dei Giusti" di Milano. Dal 2010 è consigliere dell'Unione delle Comunità Ebraiche Italiane (UCEI), attualmente è vice-presidente ed assessore alle politiche sociali. Nell'ultimo mandato ha coordinato la commissione per i servizi sociali progettando il servizio sociale territoriale e gli aiuti ai terremotati e migranti. Coordinatore scientifico del Progetto interreligioso in sanità *Insieme per prenderci cura*.

Giovanni Muttillo

Dirigente delle Professioni Sanitarie della AUSL di Teramo, Direttore e docente a contratto del Corso di Laurea in Infermieristica Università degli Studi dell'Aquila sezione di Teramo. Giornalista Scientifico, CTU per la professione infermieristica presso il Tribunale di Milano, dal 2018 componente del Comitato Etico AUSL delle Province di Teramo e L'Aquila, Coautore dei testi Professione Infermieristica in Italia, edito da Hoepli 2009 e Comunicazione e Salute edito da Maggioli 2008. Già Presidente dell'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Milano - Lodi - Monza e Brianza dal 1997 al 2018, Fondatore e della rivista Italian Journal of Nursing e Direttore Responsabile fino al 2018.

Yahya Pallavicini

È un cittadino italiano musulmano di nascita. Imam della moschea al-Wahid di via Meda a Milano e Presidente della COREIS (Comunità Religiosa Islamica) Italiana. È consigliere del Comitato per la Cultura e il Dialogo Interreligioso del Centro Islamico Culturale d'Italia (grande moschea di Roma) e

Ambasciatore dell'ISESCO per il dialogo tra le civiltà. Dal 2005 è referente per l'Islam Italiano per il Ministero dell'Interno. Relatore sull'Islam presso il College della NATO a Roma. Docente sul Corano e i commentari nel Master sulle Religioni di Abramo dell'Università Cattolica di Milano, sulla Conoscenza dell'Islam e del mondo musulmano nel Master sulla Comunicazione Interculturale dell'Università della Svizzera Italiana di Lugano e sul Dialogo Interreligioso nella prevenzione del radicalismo nel Master in Sicurezza economica, geopolitica e intelligence del SIOI, Società Italiana per l'Organizzazione Internazionale di Roma. Ha partecipato alle delegazioni dei sapienti musulmani internazionali del Forum Cattolico-Musulmano in Vaticano (2008 e 2014).

Stefano Ronca

Nato a Milano nel 1969, è sposato e ha una figlia. Dopo aver svolto l'attività di Infermiere di area critica e blocco operatorio dal 1988, nel 2011 fonda la Cooperativa Milano Care International (marchio Privatassistenza Porta Romana e Agrippa), di cui è anche amministratore. Dal 2018 è inoltre Consigliere dell'Ordine delle Professioni Infermieristiche (OPI) di Milano, Lodi, Monza e Brianza, dove si occupa prevalentemente di libera professione. Ronca ha un Master in Coordinamento delle professioni sanitarie ottenuto alla Liuc di Castellanza (Varese) nel 2008, un Master di I livello in Studi Storici Religiosi all'Università degli Studi "L'Orientale" di Napoli ed è Bachelor of Arts in Theology alla Prifysgol Cymru University of Wales, UK. Attualmente è iscritto al corso di Laurea Magistrale in Teologia.

Alberto Scanni

Ha diretto il Dipartimento di Oncologia dell'Ospedale Fatebenefratelli-Oftalmico di Milano sino al 2005. Tra i fondatori della Società Italiana di Cure Palliative, già fondatore e presidente della Società Italiana di Psiconcologia e del Collegio Italiano dei Primari Oncologi Medici Ospedalieri (CIPOMO) di cui è presidente emerito, è stato direttore generale dell'Istituto Nazionale dei Tumori di Milano. Attualmente è presidente onorario dell'Associazione Progetto Oncologia Uman.A, da lui fondata, che realizza programmi di aiuto ai malati oncologici e ai loro familiari. Sotto la sua direzione nel 2001 l'Associazione, in linea con le proprie finalità, ha donato all'Ospedale Fatebenefratelli un reparto hospice per i malati oncologici terminali. È stato responsabile dell'Ufficio Formazione e Aggiornamento dell'Ordine dei Medici e degli Odontoiatri di Milano e Provincia. Insignito dalla Associazione italiana di oncologia medica (AIOM) del premio 2020 alla carriera Gianni Bonadonna". Oltre agli interessi scientifici ha sempre coltivato l'attenzione alle problematiche umane e sociali dei pazienti portatori di tumore, temi sui quali ha pubblicato articoli, editoriali e testimonianze di vario genere.

Paolo Mordechay Hirsch ben David Sciunnach

Nato a Genova nel 1977, è Rabbino e Dottore in Storia e Filosofia con una Tesi di Pensiero Ebraico presso l'Università degli Studi di Genova. Ha conseguito l'alta formazione in studi ebraici in Israele alla Yeshivat Netivot Olam di Bnei Braq e all'Università Ebraica di Gerusalemme; ha studiato presso il Collegio Rabbinico Italiano ed è membro dell'Assemblea dei Rabbini d'Italia. Si occupa soprattutto di pensiero ebraico ed è intervenuto

in convegni internazionali dedicati a questi temi. Vive e lavora a Milano. Attualmente insegna Ebraismo presso il Liceo della Scuola Ebraica di Milano.

Rosanna Supino

È nata a Milano da famiglia italiana di antica tradizione ebraica, si è laureata in Scienze biologiche e ha lavorato presso l'Istituto Nazionale dei Tumori di Milano prima come borsista, poi contrattista e dal 1979 al 2011 come dirigente nel reparto di farmacologia molecolare antitumorale. È autrice di circa 150 pubblicazioni scientifiche su riviste internazionali. Negli anni '90 entrata a far parte dell'Associazione Medici Ebrei del Nord Italia, è stata tra i propulsori e fondatori della trasformazione in Associazione Medica Ebraica (AME), membro della World Fellowship dell'Israel Medical Association, per aprirla a operatori sanitari ebrei e non-ebrei interessati alla cultura e all'etica medica ebraica. Segretaria Generale di tale associazione dal 2004, è stata eletta Presidente nel febbraio 2017 e poi, di nuovo, nel febbraio 2020.

Seminari realizzati

Il calendario completo dei seminari e dei relatori è pubblicato sul sito www.prendercicura.it.

- L'umanizzazione dell'ospedale: dall'architettura alla multiculturalità
- Significato di cura e malattia nelle prospettive laica e religiose
- Le sfide bioetiche in una società multiculturale
- Tematiche di inizio vita: deontologia, giurisprudenza e religioni a confronto
- Tematiche di fine vita: deontologia, giurisprudenza e religioni a confronto
- Donazioni di organi e trapianti. Le religioni e la società civile di fronte ai progressi scientifici
- Ricerca e sperimentazione in sanità: dimensioni etiche e spirituali
- Accoglienza e rispetto del pluralismo religioso e culturale nelle strutture sanitarie
- La mente, l'io, le religioni e la salute mentale
- Adolescenza, laicità e fedi religiose
- Il dono e la dignità nella vecchiaia: la prospettiva laica e religiosa
- Violenza e rifiuto in famiglia
- Il Testamento biologico: etica, normativa e religioni

Contatti utili

Insieme per prenderci cura
www.prendercicura.it

Associazione Medica Ebraica
www.moked.it/ame
ameitalia.2@gmail.com

OPI (Ordine Professioni Infermieristiche)
Milano, Lodi, Monza e Brianza
Corso di Porta Nuova 52, 20121 Milano
T. 02 59900154
F. 02 55189977
info@opimilomb.it
www.opimilomb.it

COREIS Italiana (Comunità Religiosa Islamica)
Via Giuseppe Meda 9, 20136 Milano
T. 02 8393340
coreis@coreis.it
www.coreis.it

Ghe Pel Ling
Istituto Studi Buddhismo Tibetano
Via Euclide 17, 20128 Milano
T. 02 2576015
info@ghepelling.com
www.ghepelling.com

Interreligious Studies Academy
Via Giuseppe Meda 7, 20136 Milano
info@accademiaisa.it
www.accademiaisa.it

Sinagoga centrale di Milano
Ufficio rabbinico T. 02 54124043
Segreteria: segreteria.generale@com-ebraicamilano.it
T. 02 483110223
Ufficio Relazioni con il Pubblico T. 02 483110232
www.mosaico-cem.it
I pasti kosher vengono forniti dalla RSA di via Arzaga a Milano.

UII, Unione Induista Italiana - Sanatana Dharma Samgha
www.induismo.it
unioneinduista@induismo.it

Veneranda Biblioteca Ambrosiana
Piazza Pio XI 2, 20123 Milano
T. 02 806921
www.ambrosiana.eu

Bibliografia

Affari Esteri del Consiglio d'Europa (a cura di), *Libro bianco sul dialogo interculturale; Vivere insieme in pari dignità*. 118° sessione ministeriale, Strasburgo, 7 maggio 2008.

Aletto L., Di Leo L.: *Nursing nella società multiculturale: guida per l'infermiere*. Carocci-Faber. Roma, 2003.

Allievi S.: *Salute e Salvezza. Le religioni di fronte alla nascita, alla malattia e alla morte*. Dehoniane, 2003.

Armocida A., Marzagalia M., Andreani M., Magli F., Cattaneo C.: *Rifugiati nella rete. Dall'accoglienza alla cura*. Franco Angeli. Milano, 2020.

Associazione medici cattolici italiani (a cura di): *La preghiera: medicina dell'anima e del corpo*. Ed. San Paolo 2008.

As-Suyuti J.: *Medicine of the Prophet*. Ta Ha Publishers Ltd.. London, 1994.

Atighetchi D.: *Islam e bioetica*. Armando editore. Roma, 2009

Atighetchi D., Milani D., Rabello A.M.: *Intorno alla vita che nasce: Diritto ebraico, canonico e islamico a confronto*. Centro di Judaica Goren-Goldstein. Giappichelli, 2013.

Bartoccioni S., Bonadonna G., Sartoni F.: *Dall'altra parte*. BUR. Milano, 2006.

Basu-Zharku I.O.: *The Influence of Religion on Health*. Inquiries Journal/Student Pulse, Vol. 3, n.1, pp. 1-31, 2011. Disponibile all'indirizzo web: <http://www.inquiriesjournal.com/articles/367/the-influence-of-religion-on-health>

Bognandi D., Ibarra M.: *L'inizio e la fine della vita*. Claudiana. Torino 2005.

Bonadonna G.: *Medici umani, pazienti guerrieri*. Baldini e Castoldi. Milano, 2008.

Brockopp J. E., Eich T. (cura di): *Muslim medical ethics. From Theory to Practice*. The University of South Carolina Press. Columbia, 2008.

Casalone C.: *La medicina di fronte alla morte*. in *Aggiornamenti Sociali* (2002); 53: 547-558.

Causse J.D., Müller D.: *Introduction à l'éthique. Penser, croire, agir*. Labor et fides. Genève 2009.

Charon R.: *Narrative medicine: form functions and ethics*. *Ann. Intern. Med.* 2001;134: 83-87.

Collange J.F.: *Bioéthique et Protestantisme*, in *La Santé face aux droits de l'homme et aux morales*. Ed. Conseil d'Europe. Strasbourg 1997, pp. 67-70.

Community of Protestant Churches in Europe, *A Time to Live and a Time to Die. An Aid to Orientation of the CPCE Council on Death-hastening Decisions and Caring for the Dying*. Wien 2011, (ed. It. *Un tempo per vivere e un tempo per morire*, a cura di L. Savarino. Claudiana. Torino 2012).

Cosmacini G.: *Medicina e mondo ebraico*. Laterza. Roma-Bari, 2001.

Crotti E., Muttillio G.: *Comunicazione e salute*. Maggioli Editore, 2008.

Culture religiose e medicina. Istituto per l'Analisi dello Stato Sociale. Numero 60. *Rivista di Medical Humanities "L'arco di Gianno"*. Edizioni iniziative sanitarie. Roma, 2009.

Di Porto A., Di Segni R.: *Regole ebraiche di lutto*. Uffici rabbinici delle comunità ebraiche di Roma e Milano. Litos, 2007.

Di Segni D.G.: *Ebraismo e bioetica, in Le religioni e il mondo moderno II: Ebraismo*. A cura di D. Bidussa. Einaudi. Torino, 2008.

Di Segni D.G.: *Cellule staminali: cosa dice la Halakhà?* Ha Keillah maggio-giugno 2009.

Discorso del Santo Padre Benedetto XVI ai partecipanti al 110° Congresso Nazionale della Società Italiana di Chirurgia, Sala Clementina, 20 ottobre 2008.

Donna, Salute e Migrazioni. Buone pratiche nella relazione con le donne musulmane. Atti del Workshop a cura di Interreligious Studies Academy. Milano, 2011.

Efrati C.: *Aspetti di bioetica medica alla luce della tradizione ebraica.* Associazione Medica Ebraica, Proedi Ed. Milano, 2010.

Ehman J. W., Ott B. B. et al.: *Do Patients Want Physicians to Inquire About Their Spiritual or Religious Beliefs If They Become Gravely Ill.* Archives of Internal Medicine, Vol. 159, n.2, pp. 1803-1806, agosto 1999.

Engel G. L.: *The Need for a New Medical Model: a Challenge for Biomedicine.* Science, 8 aprile 1977, n. 196, pp. 129-136. Disponibile all'indirizzo web: www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/847460

Flood G.: *L'Induismo: temi, tradizioni, prospettive.* Einaudi. Torino, 2006.

Fusco Karmann C., Sborea S., Tinini G. (a cura di): *Manuale del Volontariato in Oncologia.* 2° modello formativo della Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori, Sezione provinciale di Milano. 2° edizione. Milano, 2013.

Genre E.: *Introduzione alla bioetica. Bioetica e teologia pastorale in dialogo.* Claudiana. Torino 2013.

Goss I.: *Il dibattito sui temi di bioetica nella formazione dei medici. Una esperienza.* in *Bioetica, Rivista interdisciplinare.* Anno XX, n. 3, 2012, ed. Vicolo del Pavone, pp. 496-505.

Grom B.: *La fede in quale modo guarisce?*. Civiltà Cattolica (2011); 3858: 550-563.

Ibn Qayyim Al-Jawziyya: *Medicine of the Prophet.* Translated by Penelope Johnstone. The Islamic Texts Society. Cambridge, 2004.

I documenti della Commissione bioetica dell'Unione delle Chiese Valdesi e Metodiste sono consultabili al link: www.chiesavaldese.org/aria_archives.php?archive=14

Il Codice deontologico dell'Infermiere Approvato dal Comitato centrale della Federazione con deliberazione n.1/09 del 10 gennaio 2009 e dal Consiglio nazionale dei Collegi Ipasvi riunito a Roma nella seduta del 17 gennaio 2009.

Koenig H. G., King D.E., Carlson V. B.: *Handbook of Religion and Health.* Oxford Univ Press, 2012.

L'accoglienza delle differenze e specificità culturali e religiose nelle strutture sanitarie ospedaliere e territoriali della Regione Lazio. Raccomandazioni per gli operatori sanitari da parte delle comunità religiose, Azienda Unità Sanitaria Locale. Roma – Regione Lazio, 2011.

L'assistenza spirituale nei luoghi di cura e di reclusione. Associazione internazionale per la difesa della libertà religiosa. Rivista "Coscienza e Libertà". Numero 48. Roma, 2014.

La Scuola Medica Salernitana come punto di incontro tra culture: passato e presente. Atti della Sessione di Bioetica "Testamento biologico e accanimento terapeutico: confronto di opinioni" ("Salerno Medica", Annali della Scuola Medica Salernitana 7), Ordine dei medici e degli odontoiatri, Salerno, 2014.

Law and Gospel. A Study, also with reference to decision-making in ethical questions, Leuenberger texte 10. Lembek, Frankfurt 2007.

Leonardi M., Bickenbach J., et al.: *The definition of disability: what is in a name?*. Vol. 368, n. 9543, pp. 1219-1221, ottobre 2006. Disponibile all'indirizzo web: [www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(06\)69498-1/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(06)69498-1/fulltext)

Manara F.: *Infermieristica interculturale*. Carocci-Faber. Roma, 2005.
Manifesto Interreligioso dei Diritti nei Percorsi di Fine Vita. ASL Roma 1, GMC - Università Cattolica del Sacro Cuore, Tavolo Interreligioso di Roma (a cura di), <http://www.vita.it/it/article/2019/02/05/ll-manifesto-interreligioso-dei-diritti-nei-percorsi-di-fine-vita-pres/150579/>

McCauley J., Jenckes M.W. et al.: *Spiritual Beliefs and Barriers Among Managed Care Practitioners*. *Journal of Religion and Health*, Vol. 44, n.15, pp. 137-146, giugno 2005.

Murelli F. (a cura di): *Salute e spiritualità nelle strutture sanitarie*. Atti del corso di formazione dei Centri di Servizio per il volontariato del Lazio (Volontariato CESV-SPES). Roma, 2013.

Mucci G.: *Il significato cristiano del dolore*. Civiltà Cattolica (2011); 3858: 564-570.

Panikkar R.: *Il dharma dell'Induismo: una spiritualità che parla al cuore dell'Occidente*. BUR. Milano, 2006.

Petrini M.: *Il dialogo religioso al letto del paziente*. Edizioni Centro Studi Erickson. Trento, 2007.

Piano S.: *Sanātana dharma, un incontro con l'Induismo*. Ed. S. Paolo. Cinisello Balsamo, 2014.

Rollier A., Savarino L.: *Cellule staminali. Aspetti scientifici e questioni etiche*, Claudiana, Torino 2010.

- Sardoni A., Scanni A.: *Parliamone insieme*. Ancora. Milano, 2013.
- Savarino L.: *Bioetica cristiana e società secolare. Una lettura protestante della questioni di fine vita*. Claudiana. Torino 2013.
- Scanni A., Bertolini A.: *Il nostro comunicare*. Sidera ed.. Bolzano, 2011.
- Scanni A., Fioretto L.: *I medici raccontano: storie di vita e di malattia*. G.Fioriti Ed.. Roma, 2016
- Scanni A., Perozziello F.E.: *Manuale di medicina umana e narrativa*. Tecniche Nuove. Milano, 2016.
- Steinberg A.: *Encyclopedia of Jewish Medical Ethics*. Feldheim. 2003.
- Tettamanzi D.: *Antropologia Medica*. Ed. Paoline, 1988, pp. 261-264.
- The Jakarta Declaration on Leading Health Promotion into the 21st Century*, IV Conferenza Internazionale sulla Promozione della Salute, 21-25 luglio 1997, Jakarta, Indonesia. Disponibile all'indirizzo web: www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/declaration/en/index1.html
- The Ottawa Charter for Health Promotion*, I Conferenza Internazionale sulla Promozione della Salute, 17-21 novembre 1986, Ottawa, Canada.
- World Health Organization, *ICF-International Classification of Functioning, Disability and Health*, Geneva, 2001. Disponibile all'indirizzo web: www.who.int/classifications/icf/en
- Wujasrtyk D.: *Le radici dell'yurveda*. Adelphi. Milano 2011.



I tre animali escatologici Ziz, Behemòt e Leviatan e il Banchetto dei giusti, Bibbia, Ambrosiana, B 32 inf. © Veneranda Biblioteca Ambrosiana.



Finito di stampare nel mese di novembre 2020
dallo Stabilimento Tipografico «Pliniana» - Viale F. Nardi, 12 - 06016 Selci-Lama (PG)

La nascita, la malattia e la morte rappresentano momenti cruciali nella vita di un individuo, durante i quali, forse più che mai, assicurare il conforto della religione, garantire spazi per la spiritualità e la riflessione, e favorire riti e consuetudini quotidiane diventa non solo un gesto di attenzione e rispetto nei confronti del paziente, ma anche un vero e proprio fattore terapeutico.

A tal fine, il presente volume si rivolge agli operatori, ai professionisti e a coloro che intendono approfondire il tema delle religioni e della spiritualità nei contesti sanitari, fornendo indicazioni pratiche e spunti di riflessione, chiavi di lettura e strumenti concreti per offrire alla persona un'assistenza integrale, che ne rispetti individualità, religione e valori di riferimento. Cosicché gli operatori e le organizzazioni possano, insieme, muoversi in un'unica direzione: la presa in carico del paziente, nell'ottica della sua centralità in tutto il processo assistenziale.



Insieme per prenderci cura



COREIS
COMUNITÀ
RELIGIOSA
ISLAMICA
ITALIANA



Associazione Medica
Ebraica



UNIONE
INDUISTA
ITALIANA
संनतन धरुम
SANĀTANA
DHĀRMA
SANGHA



Unione Buddhista
Italiana



OM CeO
Milano
Ordine Provinciale
dei Medici Chirurghi
e degli Odontoiatri



OPI
ORDINE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE
MILANO - LODI - MONZA E BRIANZA



Associazione Medici
Cattolici Italiani



Interreligious Studies Academy
Accademia Studi Interreligiosi



Ambrosianum



GRT
GRUPPO
PER LE RELAZIONI
TRANSCULTURALI



Scarica il volume
gratuitamente



9 788897 830955