



SALUTE E SPIRITUALITÀ

NELLE STRUTTURE SANITARIE

A cura di Filomena Murreli

**SALUTE E SPIRITUALITÀ
NELLE STRUTTURE SANITARIE**

*In ricordo del prof. Massimo Rosati per il prezioso contributo
dato alla riflessione e alla ricerca dei partecipanti al corso*

INDICE

- 4 Prefazione *Francesca Danese*
- 6 Presentazione *Angelo Tanese*
- 10 Istituzioni e comunità religiose in sinergia
- 12 Il rispetto dei diritti dei cittadini in sanità e Terzo settore
Alessandro Bazzoni
- 18 Il malato e il diritto alla partecipazione *Daniela Santella*
- 24 La sfida del futuro: istituzioni e comunità religiose in sinergia
Massimo Rosati
- 29 Pluralismo religioso in Italia in dimensione interculturale
Paola Gabbrielli Piperno
- 36 Spiritualità e accoglienza *Luigi De Salvia*
- 40 Competenze per l'accoglienza multiculturale *Alessandro Bazzoni*
- 46 **Le corsie dell'accoglienza. Le religioni**
- 48 Avventismo *Dora Bognandi*
- 54 Bahá'ismo *Guido Morisco*
- 55 Buddhismo *Maria Angela Falà*
- 60 Cattolicesimo *Massimo Petrini*
- 65 Ebraismo *Roberto Della Rocca*
- 72 Induismo *Unione induista italiana*
- 79 Islam *Omar Camiletti*
- 83 Ortodossia *Augustin Gheorghiu*
- 85 Protestantesimo *Antonio Adamo*
- 87 Sikismo *Bhai Hari Singh Khalsa*
- 90 **Un'esperienza utile**
- 92 Associazione comboniana servizio emigranti e profughi
Giuseppe Teofili
- 98 Associazione volontari ospedalieri Roma ospedale Santo Spirito
Pierpaola Parrella
- 100 Tribunale per i diritti del malato Cittadinanzattiva ospedale
Santo Spirito *Maria De Roberto*

PREFAZIONE

Francesca Danese

Presidente Cesv, Centro servizi per il volontariato del Lazio 2008 - 2014

Assessore Politiche sociali, salute, casa ed emergenza abitativa

Volontariato e istituzioni in rete: di qui nasce l'innovazione

Accoglienza, integrazione, cura, responsabilità: sono queste alcune delle parole-chiave dell'impegno del volontariato nei vari ambiti in cui è impegnato, si tratti dell'ambiente, della cultura, del sociale o, come nel nostro caso, della salute. Ma anche competenze, formazione, lavoro di rete sono parole fondamentali, che riguardano il modo in cui si agisce, per renderlo efficace.

C'è tutto questo alla base dell'esperienza che ha portato, tra l'altro, alla pubblicazione di questo libro, che contiene i materiali del corso di formazione regionale "Accoglienza e pluralismo culturale e religioso nelle strutture sanitarie" per operatori del volontariato dell'area sanitaria e socio-sanitaria, tappa significativa del lungo percorso che il direttore della Asl RmE, dottor Angelo Tanese, racconta nell'introduzione.

Il corso rispondeva ad un'esigenza di formazione che il volontariato porta sempre con sé, dovendosi occupare di problemi sempre nuovi e sempre delicati, cui non si può rispondere con l'improvvisazione. In questo caso era anche finalizzato a facilitare la presenza in una istituzione – l'ospedale – dove già sono presenti operatori dotati di diverse professionalità e competenze, accanto ai quali compito dei volontari è portare quel di più di umanità, qualità di relazioni e sostegno alla persona che è loro proprio, senza interferire, ed anzi valorizzando il lavoro degli operatori stessi. Anche questa è una forma di lavoro di rete, nella quale ognuno occupa il proprio posto e si assume le proprie responsabilità, attento a che non si creino buchi o grovigli con gli altri nodi della rete.

Nuovo – o quasi nuovo – è anche il tema di come accogliere gli stranieri nelle strutture sanitarie del nostro Paese, nelle quali non è facile ricavare quegli spazi di elasticità e adattamento necessari perché anche chiunque possa sentirsi accolto e sostenuto, a qualunque cultura o fede appartenga. Anche se a volte basta davvero poco per rispettare una convinzione, una tradizione o una regola e far sì che la persona si senta non solo rispettata, ma accudita.

Il fatto che la Asl RmE si sia posta il problema e abbia cercato soluzioni, va ascritto a suo merito e ha aperto la strada per la costruzione di un percorso che, grazie anche all'apporto del volontariato, può essere definito una buona prassi.

Per il volontariato, oggi, la collaborazione con le istituzioni è fondamentale. Per quanto possa essere per certi versi faticosa e presenti alcuni rischi (per esempio quello che il volontariato venga strumentalizzato) è da questo lavorare insieme, anche se ognuno con le proprie specificità, per obiettivi comuni che nascono le esperienze più feconde. Ne sono consapevoli le istituzioni che, soprattutto nelle loro espressioni più nuove prevedono spazi e modi di partecipazione: penso ad esempio alle Case della salute che si stanno aprendo nel Lazio, nelle quali è previsto che il volontariato abbia ampio spazio in quanto nodo di una “rete” che dovrebbe accompagnare il cittadino verso la difesa o la conquista del benessere. E ne sono consapevoli le organizzazioni di volontariato, sempre più disponibili e sempre più preparate per questo tipo di collaborazione.

Per questo il Cesv - Centro di servizi per il volontariato del Lazio ha fin dall'inizio voluto e supportato il percorso che è sfociato in questa pubblicazione e che sicuramente continuerà. Speriamo infatti che il volontariato sappia contaminare con queste buone prassi altre aziende sanitarie.

PRESENTAZIONE

Angelo Tanese

Azienda Asl RmE - Direttore generale

Accoglienza e pluralismo culturale e religioso nella strutture sanitarie

Il pluralismo religioso è un fenomeno emergente nel nostro Paese, con un impatto significativo anche nei servizi sanitari.

Spesso però i cittadini stessi, di culto differente dalla religione cattolica, segnalano una certa inadeguatezza delle strutture sanitarie nel far fronte – nell’ambito dei percorsi di cura e assistenza – a specifiche esigenze relative ad aspetti di natura culturale e religiosa, con il manifestarsi di possibili diseguaglianze.

Se dunque vogliamo costruire servizi sanitari orientati al rispetto della persona, secondo i principi dell’umanizzazione, i luoghi di cura e assistenza sono chiamati ad essere anche ambiti di attenzione al dialogo interculturale e di rispetto delle differenze religiose. Occorre, in altri termini, sviluppare sistemi di relazione in grado di abbattere le barriere culturali e accogliere le diversità per *“rispondere ad un mutamento della società che è sotto gli occhi di tutti: nel giro di qualche decennio, le nuove generazioni di cittadini a identità multipla, saranno sikh, mussulmani, hindu, ortodossi ... dunque chiederanno il pieno riconoscimento della loro diversità religiosa”* (XXIII Rapporto Caritas - Migrantes 2013 - 14)

La Asl RmE, negli ultimi anni, ha dato un particolare impulso alla collaborazione con le organizzazioni civiche, di tutela e di volontariato attraverso la progettazione condivisa e la partecipazione a diverse iniziative, finalizzate a monitorare il rispetto dei diritti delle persone all’interno delle proprie strutture sanitarie ospedaliere e territoriali.

Tra queste, particolare rilevanza è stata attribuita alla realizzazione di modalità innovative di accoglienza e orientamento interculturale e interconfessionale per i cittadini all’interno dei presidi sanitari dell’azienda.

Il progetto è stato elaborato dalla Asl RmE in collaborazione con il “*Tavolo Interreligioso di Roma*”, la sezione italiana di Religions for peace, l’Associazione volontari ospedalieri (Avo), Cittadinanzattiva, i referenti delle diverse religioni e il supporto del Centro servizi per il volontariato del Lazio (Cesv). Insieme hanno istituito un gruppo di lavoro definito “*Laboratorio per l’accoglienza delle specificità culturali e religiose nella Asl RmE*”.

A ben vedere, il progetto si inserisce nella lunga tradizione di accoglienza e riconoscimento dei diritti delle persone malate propria dell’ospedale Santo Spirito, iniziata sin dal 727 d.C. con i pellegrini che venivano a Roma per recarsi alla tomba di Pietro, e proseguita con la ricostruzione dell’ospedale voluta nel 1198 da Papa Innocenzo III (il Santo Spirito si occupò di infermi e bimbi abbandonati), fino all’ultima ristrutturazione in occasione del Giubileo del 2000.

L’intento è di offrire a chi entra nel presidio sanitario un’accoglienza nel pieno rispetto dei suoi principi culturali, umani e spirituali tale da poter vivere la malattia, la sua evoluzione, e gli esiti dei trattamenti sanitari all’interno di una relazione caratterizzata dal sostegno e dalla condivisione.

Le iniziative realizzate all’interno del Laboratorio sono state molteplici:

- la redazione di una “*Procedura di accoglienza*” umana, interculturale e spirituale per le strutture di degenza del polo ospedaliero Santo Spirito;
- l’elaborazione e la redazione delle “*Raccomandazioni per gli operatori sanitari da parte delle comunità religiose*”. L’obiettivo delle Raccomandazioni è quello di fornire linee d’indirizzo per assicurare, all’interno dei reparti di degenza ospedalieri, un’adeguata gestione dell’accoglienza delle differenze e specificità culturali e religiose, al fine di:
 - migliorare la qualità dell’assistenza e dell’accoglienza dei pazienti soprattutto stranieri;

- favorire la conoscenza reciproca di culture, tradizioni, sistemi sociali, in una prospettiva di cooperazione e di arricchimento reciproco;
- disporre di informazioni utili per anticipare i bisogni e pianificare le attività a favore dei cittadini che rientrano nelle Raccomandazioni;
- la redazione e diffusione di un *Albo di assistenti* ed interlocutori religiosi disponibili a chiamata, accreditati presso l'Azienda sanitaria, individuati dalle comunità d'appartenenza. L'albo, a disposizione nell'area della degenza del polo ospedaliero Santo Spirito, è gestito dal caposala e dal medico di turno che possono metterlo a disposizione della persona previa sua richiesta. Il referente religioso potrà essere chiamato direttamente dal cittadino e potrà accedere ai reparti in qualunque ora del giorno e della notte;
- la sottoscrizione di un *Protocollo d'intesa* tra la Asl RmE, le confessioni religiose e associazioni che hanno costituito il laboratorio. Il protocollo è aperto ad altre religioni, fedi e confessioni, così come ad altre aziende sanitarie e a privati accreditati che ne fanno esplicita richiesta e che si impegnano ad aderire ai suoi principi ed articoli. Gli obiettivi sono il completo riconoscimento del diritto all'assistenza e sostegno spirituale e religioso delle persone che si rivolgono alle strutture socio-sanitarie e ospedaliere da parte dei referenti del proprio culto, e la collaborazione per favorire, oltre all'assistenza spirituale e religiosa, anche attività di consulenza e mediazione per problematiche originate da differenze culturali e religiose;
- la realizzazione di un corso di formazione regionale "Accoglienza e pluralismo culturale e religioso nelle strutture sanitarie" per operatori del volontariato dell'area sanitaria e socio-sanitaria.

In riferimento a questa ultima iniziativa, ho il piacere di presentare il volume che raccoglie i contributi dei docenti ed esponenti delle diverse religioni.

Reso possibile grazie al prezioso contributo del Cesv, il corso si è svolto nel 2013, in collaborazione con la Asl RmE, l'Avo (Associazione volontari ospedalieri), il *"Tavolo Interreligioso di Roma"* e l'Associazione Religions for peace sezione italiana.

Il *corso di formazione* rivolto a volontari delle associazioni che operano all'interno delle strutture sanitarie della regione Lazio, è una delle poche iniziative del genere effettuate nel panorama sanitario nazionale. Articolato in sette incontri di tre ore ciascuno, ha visto come protagonisti gli esponenti della religione cristiana, ebraica, mussulmana, induista, buddhista, sikh e bahá'í, che hanno rappresentato la propria visione della malattia e della relazione con i sanitari, nonché le diverse esigenze che persone che aderiscono a queste religioni possono presentare in ambito ospedaliero in regime di ricovero.

Gli operatori volontari, sulla base delle loro esperienze, hanno potuto rappresentare le esigenze, necessità e perplessità nel rapportarsi con persone delle diverse tradizioni religiose, e acquisire conoscenze utili a dare un contributo attivo in quella delicatissima e fondamentale fase che caratterizza l'accoglienza della persona all'interno di una struttura di ricovero, nella quale far emergere e aiutare a soddisfare anche l'eventuale desiderio di assistenza spirituale, creando un contatto con il referente della propria religione di appartenenza.

I contenuti del presente volume mettono ben in luce i principi base e i contenuti qualificanti del corso, e ci aiutano a ricordare come il principio di uguaglianza nei confronti della malattia e dei diritti alla cura e all'assistenza si deve necessariamente integrare con il principio di diversità che impone la sfida di considerare ogni individuo unico e irripetibile e portatore del diritto ad una personalizzazione degli interventi sanitari. I miei più sinceri ringraziamenti a tutti coloro che hanno contribuito alla realizzazione del corso e reso possibile questa pubblicazione, utile e interessante in primo luogo per gli operatori sanitari e per tutti coloro che a vario titolo sono interessati a favorire una migliore accoglienza e il rispetto del pluralismo culturale e religioso nella strutture sanitarie.

Istituzioni e comunità religiose in sinergia

Il rispetto dei diritti dei cittadini in sanità e Terzo settore

Alessandro Bazzoni

Azienda Asl RmE - Staff direzione aziendale rapporti istituzionali e bilancio sociale polo ospedaliero Santo Spirito

Il 13.11.2012 il Parlamento europeo e il Consiglio dei 23 membri, hanno proclamato il 2013 come «Anno europeo della cittadinanza» con gli obiettivi di:

- rafforzare la consapevolezza e la conoscenza dei diritti e delle responsabilità connessi alla cittadinanza dell'Unione;
- permettere ai cittadini di esercitare pienamente i propri diritti senza alcuna discriminazione;
- incoraggiare e rafforzare la partecipazione civica e attiva dei cittadini per migliorare la coesione sociale;
- conoscere e promuovere il rispetto delle diversità culturali e religiose;
- sviluppare la solidarietà, il rispetto reciproco sulla base dei valori dell'Unione descritti nella Carta dei diritti fondamentali dell'Unione Europea.

Il corso di formazione regionale sull'accoglienza religiosa, in coerenza con gli obiettivi dell'Anno europeo dei cittadini, ha la finalità di promuovere la conoscenza, il rispetto delle diversità culturali e religiose nella relazione che si crea nella delicata fase dell'accoglienza da parte del personale sanitario e del volontariato.

Infatti, il corso s'inserisce all'interno del progetto *Accoglienza delle differenze e specificità culturali e religiose nelle strutture sanitarie* elaborato dal Laboratorio per l'accoglienza della Asl RmE, in collaborazione con Religions for peace, il "Tavolo Interreligioso di Roma", l'Avo, Cittadinanzattiva e con il supporto del Cesv.

La premessa del corso, è che il volontariato e tutto il Terzo settore possono contribuire a realizzare dei percorsi virtuosi per il rispetto dei diritti e delle responsabilità dei cittadini in ambito sanitario, con particolare riferimento alle fasce più deboli della popolazione e ai cittadini di altre culture e religioni. Infatti, secondo il *Rapporto Italia* di Eurispes 2012, l'80% degli italiani ha fiducia nelle associazioni di volontariato, percentuale superiore rispetto alla chiesa e forze armate (40,2%). Per il volontariato che opera in ambito sanitario ne consegue una responsabilità etica e civica nei confronti delle aspettative riposte in loro da parte delle persone malate.

In sanità, il welfare state (stato sociale) da diversi anni, purtroppo presenta una crisi globale con aspetti critici riguardanti sia gli aspetti prettamente economico-finanziari, che in merito ad una valutazione d'impatto sociale in riferimento ai risultati conseguiti.

Una possibile alternativa che va presa in considerazione soprattutto per le fasce più deboli della popolazione, è il passaggio al welfare community (comunità responsabile) in cui il Terzo settore può svolgere un ruolo centrale.

Infatti in sanità il concetto di "benessere" e di "salute" è associato non solo al soddisfacimento dei beni materiali, ma anche e soprattutto a quelli relazionali di cui sono detentori, per missione e per formazione, i volontari. In questa accezione i "beni relazionali" vanno considerati come "capitale intangibile", e, aggiungeremmo, insostituibile e di immenso valore, della società.

Tuttavia, per svolgere questo ruolo, il Terzo settore ha bisogno che venga riconosciuto e sia capace di avocare a sé la sua specificità relazionale, in quanto produttore di beni relazionali, riconoscendosi in quanto "valore aggiunto", irrinunciabile per il Sistema sanitario nazionale e regionale.

Tuttavia il volontariato non si pone solo come preziosa e insostituibile risorsa quantitativa di "beni immateriali", ma anche e sempre più come un insieme di persone capaci di apportare spunti di riflessione e

proposte funzionali al miglioramento qualitativo dell'organizzazione sanitaria.

Il volontariato è infatti detentore di una preziosa conoscenza proveniente:

- dalla sua personale relazione instaurata con l'organizzazione e il personale della struttura sanitaria;
- dalla conoscenza diretta dell'esperienza comunicata dal malato, dal personale e dall'organizzazione della struttura sanitaria.

Dall'integrazione di questa conoscenza, il Terzo settore può fornire un rilevante apporto in merito a quanto i diritti della persona malata vengono rispettati all'interno delle organizzazioni sanitarie. Ovviamente il prerequisito è rappresentato dalla conoscenza dei diritti e dalla disponibilità ad attuare un percorso personale di attivazione civica che comprende il coinvolgimento e la partecipazione in ambito sanitario. Partecipazione e coinvolgimento consapevole, collaborazione con le strutture sanitarie sono il contributo che le associazioni di volontariato possono fornire per il rispetto dei diritti dei cittadini in sanità. Al centro della riflessione e dell'azione delle diverse associazioni di tutela e di volontariato, devono esserci i diritti fondamentali, «Perché i diritti costituiscono il sociale» (Alain Tourane, 2013). Ripartire dai diritti e dalla loro difesa, soprattutto in un contesto dove si manifesta la massima fragilità e vulnerabilità umana, rappresenta la sfida che tutto il Terzo settore può sinergicamente avocare a sé, rendendo concreto il «Diritto di avere dei diritti» (Hanna Arendt), e ricordando che a fronte della malattia, i diritti umani stanno forse al di sopra delle stesse leggi umane.

Tra l'altro, il coinvolgimento e la partecipazione dei cittadini e di chi li rappresenta, all'interno delle politiche sanitarie è raccomandato dalla normativa regionale (Piano sanitario regionale), nazionale (Legge 150 del 2009, Piano sanitario nazionale e costituzione) e internazionale (le diverse direttive dell'Organizzazione mondiale della sanità).

In particolare il Titolo V della costituzione afferma che anche i singoli cittadini e tutti i corpi intermedi della società hanno titolo per operare direttamente a favore dell'interesse generale della società (art. 2) e devono essere posti nelle condizioni concrete di poterlo fare.

Messa in questi termini, tutto il Terzo settore, quindi le associazioni di tutela, civiche e di volontariato, che rappresentano nei diversi contesti sanitari, a vario titolo i cittadini, hanno una grande responsabilità sia verso le aziende sanitarie che verso i cittadini stessi.

L'attività di partecipazione delle associazioni, che si pongono come interfaccia tra enti e strutture sanitarie e i cittadini che rappresentano, presenta diverse finalità:

- agire per far sì che le istituzioni sanitarie prendano in considerazione le esigenze di salute e il punto di vista dei cittadini all'interno della programmazione dell'offerta sanitaria;
- aumentare la capacità a collaborare e la disponibilità a cooperare, promuovendo il senso di corresponsabilità di entrambe le parti nel promuovere la salute;
- promuovere l'empowerment delle persone a tutti i livelli, individuale, organizzativo e di comunità (Zimmermann, 2000);
- essere disponibili a sperimentare forme innovative di partecipazione e coinvolgimento valutandone l'effettiva efficacia, prima all'interno della propria associazione, poi con le istituzioni sanitarie.

L'obiettivo ultimo della partecipazione e del coinvolgimento è di creare dei cittadini competenti, quindi una comunità competente in grado di interagire in modo efficace con le strutture sanitarie.

Il cittadino competente è colui che ha conoscenza dei principi e metodi per le decisioni e scelte in sanità e può partecipare in modo preparato, autonomo e collaborativo sia con le società scientifiche che con le istituzioni.

La forza del Terzo settore è rappresentata dall'integrazione tra le associazioni sugli obiettivi generali sovra ordinati (la "mission"), pur nel rispetto al proprio specifico settore d'interesse: la *Rete delle associazioni* per raggiungere obiettivi comuni.

Un obiettivo comune è rappresentato dalla promozione dell'accoglienza del pluralismo culturale e religioso nelle strutture sanitarie.

Nella fase dell'accoglienza in sanità entrano in gioco aspetti etici, esistenziali e comunicativi, quindi eminentemente umani. La relazione d'accoglienza con la persona malata comprende aspetti psicologici, culturali e spirituali sempre più rilevanti per la creazione di una relazione sanitaria efficace in riferimento agli obiettivi condivisi di salute.

L'accoglienza, spesso gestita soprattutto dal personale infermieristico e volontario, sul piano della relazione professionale e umana, presenta l'obiettivo di rilevare e gestire il sentimento di fragilità, insicurezza e vulnerabilità della persona di fronte alla malattia. Nell'accoglienza in sanità, il "principio di eguaglianza" e il "principio di differenza" si possono integrare: eguaglianza di fronte alle norme, regole e procedure, differenza di fronte alle persone.

L'accoglienza impone la sfida di considerare ogni persona come individuo unico, con problemi e caratteristiche individuali e culturali diverse, e che deve essere accolto attraverso una "modulazione degli interventi" a seconda dei problemi che presenta, siano essi espliciti o impliciti, ben definiti o da definire.

Infatti, il "principio di eguaglianza" di ogni uomo, sancito dalla Dichiarazione dei diritti umani, deve essere integrato con il "principio della differenza", ovvero, il rispetto delle specificità di ogni cultura e di ogni persona appartenente ad essa.

Vista la continua crescita dei cittadini e famiglie migranti, gli operatori sanitari e i volontari, con particolare riferimento a coloro che operano nei pronto soccorso, si trovano a confrontarsi con valori, aspetti etici, bisogni, culture e religioni differenti e un diverso modo di

concepire le modalità di mettere in atto le cure sanitarie.

Proponiamo per il Terzo settore che opera in ambito socio-sanitario la condivisione di due principi etici:

- “da un’etica per la salute individuale, ad un’etica condivisa”;
- “dalla responsabilità, alla corresponsabilità nel campo della salute”.

In cui tutti gli attori, attraverso il loro contributo si collocano, con pari dignità, sullo stesso piano, nell’affrontare le sfide che l’accoglienza in sanità pone e porrà sempre più in futuro, definendo e aggiornando gli aspetti essenziali dell’accoglienza, e proponendoli all’interno dei Lea (Livelli essenziali di assistenza), perché tutte le persone che vivono sul territorio dello stato italiano hanno il diritto di essere accolti con la stessa umanità.

Il malato e il diritto alla partecipazione

Daniela Santella

Azienda Asl RmE – Referente servizio sociale polo ospedaliero Santo Spirito

La definizione del concetto di salute negli anni riflette la persona nel suo *contesto di vita*, l'Organizzazione mondiale della sanità definisce la salute come una condizione di armonico equilibrio funzionale fisico e psichico dinamicamente integrato nel suo *ambiente* naturale e sociale. L'evoluzione della definizione ha coinvolto anche il funzionamento e l'organizzazione degli organismi preposti a garantirla, passando dalla centralità delle istituzioni, dei servizi e delle professioni – concetto di *sanità* – alla progressiva centralità della persona inserita nel suo contesto di vita concetto di *salute*.

Gli attuali determinanti della salute definiti dall'Oms sono i seguenti:

- reddito e stato sociale;
- rete sociale;
- grado di istruzione;
- lavoro e condizioni lavorative;
- ambiente fisico, biologia e genetica;
- stili di vita e risorse personali;
- prima infanzia;
- servizi sanitari (accesso agli stessi).

Come si desume i determinanti superano l'aspetto puramente biologico e genetico e si rivolgono ad una serie di fattori, *l'accessibilità ai servizi sanitari* è oggi un *determinante*. Rilevante è anche il legame tra i diritti in sanità e *il ruolo del Terzo settore*, esso svolge un ruolo sempre più incisivo nel Servizio sanitario nazionale perché influenza la qualità dei servizi e si impegna nel rendere esigibili i diritti di cittadinanza, incluso il diritto alle cure, esso, ha infatti la capacità di sviluppare *“nuove offerte”* per rispondere alla domanda che né lo Stato né il privato sono in grado di soddisfare.

Il diritto alla salute

Il diritto alla salute è un ambito inviolabile della dignità umana, con le Leggi 502/92 - 299/99 la tutela della salute viene riconosciuta come diritto fondamentale dell'individuo ed interesse della collettività ed è garantita nel rispetto della dignità e della libertà della persona umana attraverso il Servizio sanitario nazionale. Il diritto alla salute si sintetizza in una pluralità di situazioni giuridiche soggettive quali:

- diritto all'integrità psico-fisica;
- diritto a vivere e lavorare in un ambiente salubre;
- cure gratuite per gli indigenti;
- prevenzione-cura-riabilitazione.

Il nucleo essenziale e i principi di fondo del Servizio sanitario nazionale sono l'universalità ed equità di accesso ai servizi sanitari, la globalità di copertura in base alle necessità assistenziali (secondo quanto previsto dai livelli essenziali di assistenza) e la conseguente "portabilità dei diritti su tutto il territorio nazionale", infine efficacia - efficienza (economicità).

Il diritto a non soffrire

Anche non soffrire è un diritto ed è sancito dalla legge 38/2010, per la realizzazione di un percorso che si prefigge di raggiungere e promuovere la cultura della lotta contro il dolore e il superamento del pregiudizio. Di recente è stata realizzata su impulso di Cittadinanzattiva - Tribunale per i diritti del malato, la Carta del diritto a non soffrire.

La Carta del diritto a non soffrire

- *diritto di accesso alla terapia del dolore;*
- *diritto a un'assistenza qualificata;*
- *diritto a un'assistenza continua;*
- *diritto a una scelta libera e informata;*

- *diritto del bambino, dell'anziano e dei soggetti che "non hanno voce";*
- *diritto a non provare dolore durante gli esami diagnostici invasivi e non.*

Cure palliative: il diritto di morire con dignità

Le cure palliative definite dall'Oms «un approccio che migliora la qualità della vita dei malati e dei familiari»... sollievo dal dolore e dalla sofferenza fisica, psicologica, sociale e *spirituale*.

Diritto di vivere in modo degno la malattia e diritto a morire con dignità senza inutili sofferenze attraverso trattamenti proporzionati, presa in carico globale, approccio basato sulla "prospettiva del paziente" relazione di cura basata sull'autodeterminazione.

Una legge importante è stata approvata da pochi anni: è la Legge n. 38 del 15 Marzo 2010 "*Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore*". Con questa legge è stata introdotta una nuova e più completa disciplina per garantire il diritto del cittadino ad accedere alle cure palliative ed alla terapia del dolore.

La Carta europea dei diritti del malato

Un passaggio importante da evidenziare verso il riconoscimento più strutturato dei diritti in sanità è avvenuto con l'individuazione dei 14 diritti contenuti nella Carta europea dei diritti del malato, scritta nel 2012 su iniziativa di *Active citizenship network*, rete promossa e costituita da 100 associazioni civiche che operano in 30 diversi Paesi europei. La Carta europea dei diritti del malato è riconosciuta dall'art. 35 della *Carta dei diritti fondamentali dell'Unione Europea*.

I 14 diritti contenuti nella Carta europea dei diritti del malato

- 1) *diritto a misure preventive;*
- 2) *diritto all'accesso;*
- 3) *diritto all'informazione;*
- 4) *diritto al consenso;*
- 5) *diritto alla libera scelta;*
- 6) *diritto alla privacy e alla confidenzialità;*
- 7) *diritto al rispetto del tempo dei pazienti;*
- 8) *diritto al rispetto di standard di qualità;*

- 9) *diritto alla sicurezza;*
- 10) *diritto all'innovazione;*
- 11) *diritto a evitare le sofferenze e il dolore non necessari;*
- 12) *diritto a un trattamento personalizzato;*
- 13) *diritto al reclamo;*
- 14) *diritto al risarcimento.*

Diritto di informazione e partecipazione - *il ruolo del Terzo settore*

L'art.14 della legge 502/92 e successive modificazioni e integrazioni dispone il costante adeguamento delle strutture e delle prestazioni sanitarie alle esigenze dei cittadini utenti del Servizio sanitario nazionale.

Il Ministero della salute stabilisce con proprio decreto d'intesa con la Conferenza Stato - Regioni e le Province autonome i contenuti e le modalità di utilizzazione degli indicatori di qualità dei servizi e delle prestazioni sanitarie relativamente alla *personalizzazione ed umanizzazione dell'assistenza, al diritto all'informazione, alle prestazioni alberghiere, alla prevenzione delle malattie chiamando in causa le associazioni e gli organismi di volontariato impegnati nell'ambito sanitario.*

Le regioni prevedono forme di partecipazione delle organizzazioni dei cittadini e del volontariato impegnato nella tutela del diritto di salute nelle attività di programmazione, controllo e valutazione a livello regionale-aziendale e distrettuale. Le regioni determinano anche le modalità di presenza nelle strutture di organismi di volontariato e di tutela anche attraverso la previsione di organismi di consultazione degli stessi presso le aziende Asl e le aziende ospedaliere.

La partecipazione è un diritto

Le leggi riguardanti la partecipazione e i processi di empowerment di comunità, sono in continua evoluzione e, al pari del concetto di salute, chiamano sempre più in causa le associazioni e gli organismi di volontariato impegnati nell'ambito sanitario per condividere, programmare, verificare, valutare e proporre.

Si consolida il concetto che la partecipazione e la valutazione civica in sanità sono una fondamentale risorsa. Con il decreto del 10 giugno 2011 n. U0040 Regione Lazio - Atto di indirizzo per l'adozione dell'atto di autonomia aziendale delle aziende sanitarie del Lazio - «*La partecipazione civica è parte irrinunciabile degli atti aziendali delle singole aziende sanitarie*» (Audit civico per valutare i direttori generali).

La determinazione regionale n. B8920 del 23 Novembre 2011 prevede l'accreditamento istituzionale del Tavolo misto permanente di partecipazione a livello aziendale come espressione di massima partecipazione alle scelte delle politiche aziendali a tutela delle fasce più fragili della popolazione.

Il ruolo proattivo del volontariato può aiutare a ricreare un equilibrio e una vera forza di mediazione tra le istanze dei cittadini e le esigenze dei manager aziendali.

L'umanizzazione nelle strutture sanitarie include la capacità ad accogliere, la partecipazione presuppone il riconoscimento del Terzo settore per la "governance aziendale"; oggi questo nell'azienda Asl RmE si realizza con strumenti di partecipazione attivi e produttivi quali:

- *cicli annuali di audit civico;*
- *Tavolo misto permanente per la partecipazione aziendale;*
- *gruppo di lavoro sull'accoglienza multiculturale;*
- *gruppo permanente di lavoro per l'accoglienza e l'umanizzazione costituito da personale dipendente e da diverse associazioni di volontariato.*

L'Oms sancisce che l'empowerment del cittadino e lo sviluppo di modelli di assistenza e cura orientati alla centralità della persona/paziente devono essere considerati fattori importanti per promuovere le condizioni di salute e di performance dei sistemi sanitari.

Il *sistema salute orientato al paziente* è quindi obiettivo primario dell'Oms e della società contemporanea orientata a nuove forme di governance sanitaria attraverso un modello trasversale con la presenza di uno strutturato apporto partecipativo.

Sarebbe utile rifondare il nostro modo di agire le professioni e il volontariato in sanità, iniziando col percepire in ogni essere l'unità tra materia e coscienza, senza dimenticare che tutto è interconnesso; tutto ciò che pensiamo e che mettiamo in atto, per favorire l'accoglienza in aiuto della guarigione, condiziona e aiuterà anche gli altri (pazienti, familiari, operatori e volontari).

Concludo con un ringraziamento ai componenti del gruppo di lavoro sull'accoglienza multiculturale che mi hanno formato per operare al meglio *nel rispetto delle diverse culture e nel riconoscimento dei diritti*; in particolare, esprimo gratitudine all'azienda Asl RmE e al Cesv che hanno saputo coinvolgermi in questo percorso che mi ha consentito di scrivere queste considerazioni.

La sfida del futuro: istituzioni e comunità religiose in sinergia

Massimo Rosati

*Direttore Centro studi e documentazione su religioni e istituzioni politiche
nella società postsecolare*

Università degli studi di Roma Tor Vergata

Vorrei prendere le mosse dal quadro normativo europeo, dentro cui ormai sempre più le istituzioni italiane sono chiamate a muoversi, per constatare, né più né meno, che in molti ambiti e sotto-sistemi sociali (la scuola, l'economia, la politica etc.) le istituzioni comunitarie raccomandano una specifica attenzione alla dimensione religiosa. Per fare un esempio, che prescinde dal comparto sanità, e riguarda la scuola: molti documenti europei, come quelli a cura dell'*Office for security and cooperation in Europe* (Osce), hanno per esplicito e sistematico intento quello di formulare raccomandazioni da rivolgere ai diversi Paesi e attori dei sistemi scolastici relative all'importanza dell'insegnamento delle diverse tradizioni religiose. Per quale motivo? Istituzioni europee più o meno improvvisamente pie? In realtà, dietro questa premura c'è in parte una considerazione di tipo funzionalista: per quanto non esistano automatismi di questo genere, si pensa che una maggiore e migliore conoscenza delle diverse fedi, credenze e pratiche religiose, aiuti il dialogo, la cooperazione, l'integrazione sociale, e in sostanza remi a favore della pace e di una riduzione del conflitto. Esistono libri bianchi che indicano principi guida su come far spazio all'insegnamento di materie religiose nelle scuole, pensando che educazione, educazione alla libertà religiosa e pace sociale vadano almeno in parte di pari passo.

Ho detto libertà religiosa, e questo è il secondo elemento: a contare, nelle indicazioni che vengono dall'Europa, non solo questioni funzionali (integrazione vs. conflitto), ma anche considerazioni relative ai diritti, e al bisogno di implementare i diritti nell'ambito dei diversi sottosistemi sociali, per non urtare contro diffuse intuizioni morali relative a cosa faccia di un essere umano un essere umano, cosa voglia dire dignità della persona etc.

Se si considera ora la *Carta europea dei diritti del malato*, che la Asl RmE ha meritoriamente adottato, si vede chiaramente che essa rispecchia appunto queste intuizioni morali relative a cosa fa di un paziente in una struttura ospedaliera un essere umano, e cosa potrebbe profanarne la sacralità. Ora, il punto è che sia per ragioni prudenziali e funzionalistiche, sia per ragioni morali, le istituzioni europee invitano e sollecitano sempre più i diversi sotto-sistemi nazionali, inclusi dunque quelli italiani, a tenere conto della variabile religiosa. La prima cosa su cui vorrei chiedere a tutti di riflettere è il carattere niente affatto scontato di questa sollecitazione; se spingiamo il nostro sguardo un po' indietro, se diamo anche solo un minimo di profondità storica alla nostra analisi del presente, ci rendiamo conto che questo genere di raccomandazioni sono il frutto di profondi mutamenti nei rapporti tra religioni e società, cui vorrei dedicare qualche sintetica battuta, richiamando schematicamente diverse fasi che questi rapporti hanno vissuto, almeno con riferimento alla società europea.

1) Fino al secondo dopoguerra inoltrato, si è ritenuto che modernità facesse rima con secolarizzazione, intendendo con ciò fine della rilevanza delle religioni. La tesi secondo cui le società moderne sarebbero state destinate ad essere secolari *in questo senso*, e la tesi correlata secondo cui per essere moderni si doveva essere secolari *in questo senso*, è stata attribuita a tutti i grandi padri fondatori della sociologia, da Marx a Weber, da Durkheim a Simmel, ed è stata ritenuta sostanzialmente valida fino alla fine degli anni '50 del novecento. Urbanizzazione, scolarizzazione, superamento di insicurezze materiali etc., tutto ciò avrebbe comportato secolarizzazione nel senso di fuoriuscita delle religioni dall'orizzonte modernità. A un certo punto, però, ci si accorse che tutto ciò era clamorosamente ed empiricamente falso: il sacro non era scomparso, semplicemente stava cambiando pelle.

2) Una seconda fase dei rapporti tra religioni e società moderne, e forse sarebbe meglio dire tra sacro e modernità, vede crescere la consapevolezza (anche nelle scienze sociali), non della scomparsa, bensì della trasformazione del sacro. Questa trasformazione andava lungo direttrici ben precise: individualizzazione e privatizzazione. Per dirla molto semplicemente: non è che il sacro scompare, ma la religione di-

venta sempre più un fatto privato, individuale, di coscienza, il risultato di una libera scelta del soggetto. La religione è oggetto di scelta, così come tutto nella società moderna. Diventa un bene di consumo, un vestito tagliato e cucito su misura dei bisogni dell'individuo, qualcosa che deve corrispondere alla sua autenticità, senza alcuna costrizione. Per indicare questa fase, i sociologici delle religioni usano una serie di curiose ma efficaci espressioni, come patchwork religioso, religione fai da te, *believing without belonging*, e così via.

3) Una terza fase fa segnare un ulteriore brusco risveglio dal sonno (sogno o incubo, a seconda dei punti di vista) illuminista primo-moderno: non solo le religioni non sono scomparse, non solo il sacro c'è in forma individualizzata e come oggetto di scelta personale (i nuovi movimenti religiosi sono parte di questo orizzonte tutto sommato), ma le religioni sono ancora in mezzo a noi *anche* nelle loro espressioni storiche: cristianesimo (cattolicesimo in primis), ebraismo, islam, rimangono forze sociologicamente significative perché non da ultimo centri di identità collettive, voci all'interno della sfera pubblica (e politica). In altri termini, quello che il panorama contemporaneo mostra, a partire almeno dagli anni '80 del novecento, è quella che è stata chiamata la de-privatizzazione delle religioni. Quest'ultima linea di tendenza ha rappresentato un vero shock per l'autocoscienza modernista; la modernità può accettare e riconoscere una religiosità individuale, una religione curvata in chiave individualista e in termini di scelta, ma più a fatica concepisce come "normale" la religione in quanto parte costitutiva di identità collettive, di gruppi, e attore tra gli altri della vita pubblica.

4) Un'ultima fase (provvisoriamente) di questa lunga e complessa vicenda, è data dall'emergere di una nuova prospettiva, una nuova parola chiave che inizia ad avere il suo corso per descrivere le caratteristiche salienti del tempo che viviamo. La parola chiave è quella di postsecolare. Essa non indica una società de-secolarizzata, re-incantata, preda di fondamentalismi religiosi, o in cui istituzioni laiche e forme di vita religiose sarebbero in guerra, quanto piuttosto società e specifici contesti in cui, in forme embrionali e contraddittorie, matura la consapevolezza della normalità di una condizione di coesistenza tra

forme religiose e secolari di vita, la normalità del pluralismo religioso, della fine dei monopoli religiosi (come effetto anche dei processi di migrazione dei popoli), della presenza nella scena pubblica di forme religiose al plurale, all'interno di una cornice istituzionale secolare. Un quadro complesso, con elementi di novità, che comporta nuove sfide e chiede nuove risposte.

Lungo l'arco temporale che separa le primo-moderne certezze (rivelatesi *naïve*) – circa la scomparsa delle religioni dall'orizzonte moderno – dalla attuale incipiente (a stento) coscienza postsecolare, oggetto di revisione critica è stata anche la nostra più o meno implicita idea di religione. Quest'ultima, anche nelle scienze sociali, spesso è stata viziata da un pregiudizio cristiano-centrico, da una visione quasi protestantizzata (che sia chiaro, non ha nulla in sé di sbagliato, ma non può essere generalizzata fino a farne una concezione universale), che fa della religione una questione individuale, spirituale, interiore, di coscienza, de-ritualizzata. Quel che abbiamo dovuto capire, è che la religione rimane, il più delle volte, una questione collettiva, pubblica, che chiama in causa corpi oltre che cuori, comportamenti esteriori oltre che credenze interiori; abbiamo dovuto capire che la religione riguarda quello che le persone fanno più che quello che pensano, quello che mangiano, come si lavano, quando lo fanno, dove lo fanno, e insomma può essere una cosa che non ha a che fare solo con la religiosità di individui, intima e interiore, ma con il comportamento di gruppi e collettività nello spazio pubblico. E che per gli individui spesso le religioni contano esattamente in quanto tali, cioè in quanto componenti collettive che vanno a costituire l'identità individuale.

È solo alla luce di questi processi, di queste complesse revisioni semantiche, che le indicazioni degli organismi europei diventano comprensibili e acquistano significato. Se le religioni fossero scomparse dall'orizzonte privato, o fossero solo un fatto privato, le suddette sollecitazioni che vengono dall'Europa risulterebbero del tutto incomprensibili, o il segno di un'operazione ideologica, laddove sono (anche, perché nulla è neutrale rispetto a valori) l'espressione di una certa consapevolezza sociologica del panorama contemporaneo. La sfida del futuro allora è davvero quella di creare una sinergia tra istituzioni e

comunità religiose, perché solo una genuina sinergia – dato il nuovo quadro pluralista e postsecolare – può rendere possibile la gestione delle differenze religiose entro spazi sociali come ospedali, scuole, carceri, etc. L'esperienza di ricerca condotta su spazi di questo tipo in relazione alla gestione delle differenze religiose all'interno dell'Università di Roma Tor Vergata (e più specificamente di un centro studi dedicato al postsecolare, cfr. www.csps.uniroma2.it), ci dice però che, guardando al nostro paese, c'è ancora molta strada da fare, in termini culturali prima ancora che normativi (legge sulla libertà religiosa in primis). Tre elementi, in particolare, risultano cruciali perché la sinergia tra istituzioni e comunità religiosa possa innescarsi proficuamente.

In primo luogo, bisognerebbe superare la cultura dell'etica della fratellanza intesa quale unica risorsa attivata nella gestione delle differenze religiose. L'etica della fratellanza (di weberiana memoria), in Italia, è risorsa di estrema importanza, propria delle principali culture politiche del Paese, cattolica e di sinistra. Ma essa diventa un limite quando non accompagnata da una robusta cultura pluralista dei diritti.

Quando ciò accade, come per lo più sembra di poter dire attualmente, quello che dovrebbe essere un diritto (il rispetto delle differenze religiose negli spazi pubblici) diventa benevola e paternalistica concessione volontaristica da parte di persone di buona volontà che abitano determinate istituzioni. Ammetterete che c'è una certa differenza. In secondo luogo, bisogna che le comunità religiose siano incluse nei processi di *governance*, che questi ultimi siano de-centralizzati e sottratti a logiche giacobine. Lo spazio pubblico, anche statale, deve saper accogliere al suo interno le differenze, e farle parlare con la loro voce, se non vuole che esse si ghettizzino ai margini del condiviso. In terzo luogo, bisognerebbe uscire da una logica puramente funzionalista. Accogliere le differenze all'interno dello spazio condiviso, e farle parlare con la loro voce, non andrebbe pensato solo come risposta funzionale a sfide di convivenza, stratagemma per disinnescare possibili conflitti, ma anche con genuina disponibilità all'apprendimento reciproco.

Qui, tuttavia, il sociologo rischia di abbandonare il terreno dell'osservatore (sia pur partecipante), per farsi un po' troppo egli stesso attore.

Pluralismo religioso in Italia in dimensione interculturale

Paola Gabbrielli Piperno

Presidente associazione "Tavolo Interreligioso di Roma"

Desidero ringraziare anche da parte degli esponenti del "Tavolo Interreligioso di Roma" il Cescv, che ha promosso questo corso e ringraziare anche voi per la vostra presenza e il vostro interesse ai temi che saranno trattati negli incontri.

Io penso che voi volontari, in tutti i settori della società e soprattutto in quelli segnati dalla sofferenza o dalla povertà, non siete solo portatori di calore e solidarietà, ma contribuite anche alla costruzione della cultura dei diritti di ogni persona in tutte le sfere della propria vita e incidete nel cammino verso comunità più accoglienti e pacifiche, siano esse gli ospedali, le scuole oppure i quartieri, le città.

Mi sembra necessario collocare il tema del pluralismo religioso nel contesto della realtà migratoria perché in Italia, a differenza di altri Paesi, la presenza del pluralismo religioso si è resa evidente e ha assunto aspetti socialmente significativi in collegamento con il radicarsi della realtà di immigrazione.

Avete nella cartellina alcuni documenti e statistiche che riguardano tutti e due i temi; sono dati e informazioni su scala nazionale e provinciale, utili per avere un panorama su una realtà di cui bisogna conoscere aspetti, caratteristiche e continue evoluzioni, da tenere sempre presenti se si vuole capire meglio quello che succede nel nostro Paese e per poter riflettere in modo adeguato su quali richieste e prospettive emergono per il cittadino, per l'operatore sociale, per le istituzioni.

Immigrazione

La presenza significativa di migranti è un fatto recente nel nostro Paese (25-30 anni); è avvenuto in modo quasi improvviso, inaspettato: ci ricordiamo tutti, credo, la sorpresa e l'allarme per i primi barconi di migranti dall'Albania a metà degli anni '80, la psicosi da invasione, le grida all'emergenza. In poco più di due decenni il numero di migranti

è aumentato in modo veloce e costante e ormai è una realtà strutturale con quasi cinque milioni di persone di tutte le età, che rappresentano l'8,1% dell'intera popolazione e che provengono da 196 Paesi diversi.

Dunque: immigrazione inaspettata e con ritmi veloci, costituita da persone provenienti da tutti i continenti e da quasi tutti i Paesi del mondo. Un processo caratterizzato da aspetti anche molto diversi da quelli presenti in altri Paesi; cito ad esempio il numero così ampio dei paesi di provenienza, la mancanza di programmazione, di accordi bilaterali, il ritardo nel comprendere o voler accettare come la presenza di migranti e delle loro famiglie avrebbe avuto inevitabilmente ripercussioni in tutti gli ambiti del tessuto sociale ed economico della società italiana, che si stava trasformando in multiculturale e plurireligiosa.

Questa realtà e i processi che ha innescato hanno portato a considerare l'immigrazione soprattutto come un problema, spesso purtroppo come un problema di sicurezza, e il permanere di questo approccio ha rallentato negli anni i processi di inclusione.

Quali sono state le conseguenze?

Intanto un susseguirsi di normative e di leggi improntate a visioni totalmente diverse e spesso proprio contraddittorie: la legge Martelli (1990), la legge Turco-Napolitano (1998), la legge Bossi-Fini (2002) e, come ricaduta di questa disorganicità, un mosaico più che un sistema, di leggi regionali, ordinanze comunali, interventi contrastanti, ecc.

Le conseguenze più evidenti sono state: una difficoltà o non volontà di programmare interventi di sistema, che fossero in grado di accompagnare e governare i ritmi del cambiamento migratorio; un'incapacità di attuare trasformazioni ed evoluzioni in senso pluralista nella struttura stessa delle istituzioni, delle normative, dei servizi, che favorissero l'inclusione; infine il persistere, anche se non in modo monolitico, di un approccio ancora etnocentrico e monoculturale anacronistico rispetto ad una società multiculturale in continua dinamica e interdipendenza con un mondo globalizzato.

Diciamo che all'inizio l'Italia, ben ultima in Europa ad essere Paese di immigrazione, ha seguito come gli altri stati il modello del multiculturalismo: tante persone e gruppi di culture diverse, gli uni accanto agli altri ma separati, magari collocati in zone diverse di una stessa città, quasi senza interazione, talvolta in conflitto, con basse possibilità di partecipazione alla vita civile e politica.

Negli ultimi 20 anni questo modello del multiculturalismo si è rivelato inadeguato: pensiamo agli accadimenti anche recenti nel Regno Unito, in Francia, in Belgio, in Germania: società che presentano emarginazione, scontri, conflitti, atti di terrorismo.

E questo perché, aldilà dei modelli, c'è la vita di ogni giorno che fa intrecciare tra nativi e migranti e tra gli stessi migranti, conoscenze, relazioni, amicizie, matrimoni; fa emergere bisogni diversi ma anche uguali, conflitti ma anche percorsi comuni.

Max Frisch ha detto molti anni fa: «Aspettavamo delle braccia per il lavoro, sono arrivate delle persone». Donne e uomini con le loro storie, le loro sofferenze, i loro abbandoni, i loro titoli di studio, la loro voglia di lavorare, di vivere con dignità. La maggioranza dei 5 milioni di migranti che sono in Italia è così.

C'è poi anche una piccola minoranza di ladri, prostitute, truffatori, mafiosi. Ma, statistiche alla mano, è una minoranza, che si ritrova in ogni popolo e in ogni nazione.

Ora bisogna riconoscere che noi italiani, per la nostra storia di 100 anni di emigrazione (Stati Uniti, Brasile, Argentina, Canada, Germania, Francia, Australia) e nonostante la nostra storia di colonialismo, (Libia, Etiopia, Eritrea, Albania) abbiamo intuito questa realtà e, dove prima dove dopo, dove in modi più evidenti dove in modi più silenziosi, prima nelle città piccole poi in quelle grandi si sono messi in moto processi che si riferiscono al modello interculturale.

Il modello interculturale

L'interculturalità è fondata su: apertura alle relazioni, ascolto reciproco, confronto, scambio, ricerca di punti d'incontro e di soluzioni per giungere ad una coesione sociale nel rispetto delle diversità.

A differenza del modello multiculturale, che tende a cristallizzare le diverse identità e culture, il modello interculturale è basato sulla dialettica, sulla dinamicità, sul riconoscere che ogni persona, ogni gruppo, ogni popolo nell'arco della vita, lungo i decenni, secondo le condizioni di pace o di guerra, di ricchezza o di povertà, di incontri felici o di fatti dolorosi, di salute o di malattia... cambia.

È un modello difficile da perseguire perché implica una ricerca continua, crea dubbi, incertezze, pone di continuo problemi nuovi, richiede soluzioni diversificate, pluraliste.

È un modello difficile nei rapporti sociali, ma ancora più difficile da attuare nell'ambito legislativo, istituzionale, organizzativo. A tutt'oggi, comunque, appare come quello più vicino alla realtà della vita delle persone e dei popoli.

Agli inizi degli anni '90 l'Italia ha scelto di seguire, almeno sulla carta, questo modello: nelle circolari nazionali per la scuola; in alcune leggi regionali; in molti progetti e iniziative promosse in molte città. Tuttavia, come titolava di recente il *dossier Caritas* «Siamo ancora in mezzo al guado».

Questo progetto sull'attuazione dell'accoglienza interculturale e multireligiosa dell'ospedale Santo Spirito - Asl RmE, testimonia che si inizia a essere consapevoli che molto c'è ancora da fare.

Vi ho proposto queste considerazioni brevi e schematiche, e di questo mi scuso, per iniziare a capire qual'è il contesto italiano in cui è necessario collocare il pluralismo religioso, cioè la compresenza in una stessa società di tante religioni, fedi e confessioni anche molto diverse, a cui fanno riferimento milioni di persone in relazione a valori, comportamenti e bisogni spirituali differenti.

Il pluralismo religioso

Nella maggior parte dei Paesi nel mondo la compresenza di religioni diverse era già un dato di fatto all'atto della loro costituzione: basta pensare agli Stati Uniti, a quasi tutti le nazioni europee, a molti Stati dell'India, dell'Africa, dell'Australia. Decine di tradizioni religiose, di fedi e confessioni diverse, alcune con tanti fedeli, altre con pochi, ma tutte già presenti: Cristianesimo (con le grandi aree cattolica, protestante e ortodossa), Islam, Buddhismo, Ebraismo, Induismo, in Africa anche animismo, in Australia anche tradizioni religiose aborigene.

La storia dell'Italia è completamente diversa: per le sue antiche e meno antiche vicende politiche, sociali e culturali il nostro Paese si è sempre autopercepito come esclusivamente cattolico e così è stato considerato da tutti gli altri Paesi.

La presenza di comunità ebraiche (da oltre 2000 anni) e valdesi (da oltre 500 anni) è stata presa in considerazione in alcuni articoli della nostra Carta costituzionale del 1948, ma è rimasta per quasi cinquant'anni un fatto marginale nei processi di strutturazione dello stato e della società.

Oggi non può più essere così. Il numero più alto di fedeli, italiani e migranti, si riconosce nel cattolicesimo, ma tra i migranti che risiedono regolarmente in Italia ci sono anche: 1.505.000 musulmani, 1.100.000 ortodossi, 220.000 protestanti, 131.000 induisti, 97.000 buddhisti, 61.000 seguaci di altre religioni orientali, 60.000 sikh, 7.000 ebrei, 46.000 seguaci di religioni tradizionali dell'Africa, 83.000 seguaci di altre religioni.

A questi numeri vanno aggiunte le migliaia di cittadini italiani buddhisti, induisti, musulmani, ebrei, di altre religioni. La presenza di queste milioni di persone richiede anche in Italia l'avvio di interventi politici e socio-culturali che rispondano a questo pluralismo.

Nel primo incontro qualcuno affermava che si sono fatti molti passi avanti rispetto a questo tema e io ritengo che in parte sia vero: senza

dubbio oggi l'opinione pubblica è consapevole che milioni di persone hanno appartenenze religiose differenti, ma la sola consapevolezza non può più essere sufficiente. Nelle società multiculturali, plurireligiose e post-secolari, le religioni non sono più solo un fatto individuale; ricoprono spazi pubblici e ambiti tali, che si intrecciano quotidianamente con i processi sociali, non solo nazionali, e con le dinamiche tra poteri, valori, interessi che incidono sul governo della cosa pubblica e sulla coesione sociale.

Un punto di fondo è dunque la costruzione anche in Italia di una cultura del pluralismo religioso, che ispiri e pervada società e istituzioni.

Da quanto detto finora è evidente che non è una costruzione facile, perché ha bisogno di fondamenta etiche e politiche, di una ferma convinzione, di processi anche collettivi su diversi piani, di aperture su diversi panorami.

Innanzitutto la costruzione di una cultura del pluralismo religioso non può prescindere dalla diffusione della conoscenza delle diverse religioni, in modo da contrastare gli stereotipi, i pregiudizi, le diffidenze che nascono anche dall'ignoranza. Conoscere gli elementi fondamentali delle diverse religioni, capire i valori, le regole che propongono e i comportamenti che richiedono ai propri fedeli è la via principale per essere tutti rispettati per quello che si è e in cui si crede.

L'informazione e la conoscenza non hanno niente a che vedere con il relativismo dei valori o la rinuncia alla propria identità religiosa. Questo approccio pervade necessariamente tutti gli ambiti di uno Stato, che deve essere laico, ma di una laicità positiva che non ignora gli aspetti spirituali e religiosi dei propri cittadini e li inserisce in tutti gli ambiti del governo della cosa pubblica.

È allora evidente che il punto di fondo è l'approvazione di una legge sulla libertà di religione. Tutti i temi relativi alla libertà di religione dovrebbero essere oggetto di una legge specifica, che riconosca il diritto di ognuno di agire la propria spiritualità, in tutte quelle forme

che non siano in contrasto con i valori della nostra Costituzione. In Italia questo è un cammino molto complesso e difficile, in parte anche per la storia particolare del nostro Paese.

Il dialogo interreligioso

Il dialogo tra esponenti e comunità di diverse religioni, fedi e confessioni si è intensificato negli ultimi dieci anni: una conseguenza, anche questa tra tante altre, della globalizzazione, delle migrazioni, della comparsa di fenomeni di radicalizzazione, di integralismo, di strumentalizzazione delle religioni.

L'incontro e il dialogo tra esponenti e comunità di religioni differenti è intanto un esempio che può essere molto significativo e incisivo per le popolazioni e che può dare un grande contributo nell'accompagnare i processi di interazione, di convivenza pacifica, di democrazia.

Nel *Laboratorio per l'accoglienza interculturale e plurireligiosa*, istituito presso il Santo Spirito, abbiamo già sperimentato le potenzialità dell'apporto di questo dialogo, non solo nella riflessione collettiva, ma anche nella progettualità e nella realizzazione di interventi.

Nei prossimi incontri ascolterete e parlerete con gli esponenti delle diverse religioni più presenti in Italia: avrete informazioni, opinioni e testimonianze dirette di persone che vivono la propria religione con grande intensità, ma perseguono l'obiettivo di contrastare chiusure e integralismi.

Penso che possa esser un'esperienza utile non solo per la vostra cultura personale ma anche per lo svolgimento del vostro ruolo sociale molto significativo di cui ho parlato all'inizio.

Spiritualità e accoglienza

Luigi De Salvia

Segretario generale associazione Religions for peace - Italia

*Che cosa è l'uomo perché te ne ricordi
e il figlio dell'uomo perché te ne curi?
(Salmo 8, 5-6)*

In fondo, è questa intuizione spirituale circa il valore e la dignità dell'uomo, forse ancora più apprezzabile nella sua condizione di fragilità e sofferenza, che ci fa considerare sacra la vita. Da qui la premura e l'attenzione per proteggerla e per prenderne cura, come insegnano le grandi tradizioni spirituali dell'umanità risvegliando una tensione che l'esperienza ci mostra già inscritta nel cuore dell'uomo.

Declinato in modi diversi, questo invito alla sollecitudine verso la persona sofferente è, in effetti, riscontrabile in tutte le grandi tradizioni religiose e filosofiche dell'umanità ed è il fondamento comune della relazione terapeutica d'aiuto, che si estende anche alla delicatezza nei confronti dell'esperienza del morire.

Infatti, le religioni, come non banalizzano la vita, così non banalizzano la morte: da qui il rispetto, la cura e la benedizione della salma e la sua protezione nelle forme, prevalenti ormai da secoli, della sepoltura o della cremazione.

Sicuramente è complesso e contraddittorio il rapporto con la morte che va dalla resistenza più accanita ad una riconciliazione con questo evento, che incontestabilmente è generatore del dolore più radicale; tuttavia è evidente in tutte le espressioni religiose umane la presenza di orizzonti immateriali di continuità che alleviano l'angoscia di morte e rendono più sostenibile il lutto.

Riti, preghiere, benedizioni, promesse e accompagnamento sono le molteplici manifestazioni che le diverse tradizioni testimoniano e offrono, incoraggiando gli esseri umani nel confronto con la sfida delle

sfide. Cancellando questi orizzonti, che possono rendere evidente quanto non appare visibile, si può provocare una solitudine abissale che impedisce alla vita di essere vissuta anche come possibile esperienza di bellezza e di bontà.

Per riassumere, l'apertura spirituale predispone all'accoglienza della vita nella sua fragilità e vulnerabilità, così come nelle sue grandi potenzialità di bene, e, d'altra parte, all'accoglienza della morte che ne è l'epilogo dal punto di vista fisico, cercando di riconoscere un senso anche in tale esperienza dolorosa estrema.

Potremmo dire che, al di là di dottrine religiose differenti in ragione dei retroterra rivelativi e culturali specifici, che pure conservano una grande importanza e dignità in sé, vi è un solido *denominatore comune* rappresentato dal considerare non banale la vita in generale e quella umana in particolare. Quest'ultima, come ben sappiamo, vive in sé interrogativi/provocazioni non di poco conto, ma anche possibili aperture ad un *mistero di luce e di amicizia* che trascende il nostro conoscere ordinario, come sembra suggerire l'esito della vicenda narrata nella Bibbia riguardo a Giobbe dopo la sua protesta per un percorso di dolore smisurato ed ingiusto.

Proprio questo denominatore comune ha reso possibili le molteplici esperienze di incontro e di impegno congiunto, pur a partire da retroterra diversi, sul terreno della solidarietà e della promozione di valori etici condivisi in campo bio-medico, incentrati sul rispetto della persona umana nelle sue esigenze materiali, nei suoi spazi relazionali e nelle sue necessità spirituali, che si presentano con particolare intensità nella condizione di malattia con tutto il carico di insicurezze e di solitudine che questa comporta.

Uno dei tanti frutti di una tale dinamica di impegno comune è il contributo che rappresentanti delle varie religioni hanno potuto dare all'elaborazione del progetto *Accoglienza delle specificità culturali e religiose nella AsL RmE*, promosso da un tavolo di lavoro costituito circa tre anni fa presso la Asl stessa. Il progetto è stato presentato per la prima volta al pubblico, presso il complesso del Santo Spirito in Sas-

sia - Roma, il 14 dicembre 2010 ed ha visto un'ampia ed appassionata partecipazione di operatori, di volontari e di esponenti religiosi.

Il punto di partenza del progetto è stata la considerazione che l'accoglienza nelle strutture di cura sarebbe monca se non si desse spazio all'affiancamento umano e spirituale corrispondente al vissuto culturale e religioso specifico del paziente. Accoglierne, viceversa, la dimensione spirituale ha un grande ruolo terapeutico, perché valorizza la funzione di conforto e di consolazione della preghiera e perché implicitamente riconosce ed annuncia che il paziente non si riduce ad una "cosa" biologicamente organizzata, da riparare o manipolare.

Gli obiettivi condivisi del progetto, che ha avuto, tra gli altri, il patrocinio dell'Ordine dei medici di Roma, dell'Associazione medici cattolici italiani, dell'Associazione medica ebraica, dell'Associazione medici stranieri in Italia, della Federazione nazionale collegi infermieri e dell'Associazione Teca (Tutela etica per la cura e l'assistenza), si sono concretizzati in:

- richiesta di un albo di referenti delle varie tradizioni religiose o di associazioni umanistiche, accreditati presso la struttura sanitaria, per l'accompagnamento umano e per l'assistenza spirituale;
- proposta di uno spazio da adibire a "luogo di apertura al silenzio" nel quale tutti possano sostare per pregare e meditare, qualunque sia l'appartenenza religiosa;
- programmazione di momenti di formazione del personale per facilitare un approccio adeguato alle specificità culturali e religiose dei pazienti.

Questi obiettivi sono stati in buona parte realizzati in questi tre anni.

Nel 2011 è stato pubblicato sia in stampa, sia online l'opuscolo delle *Raccomandazioni per gli operatori sanitari da parte delle comunità religiose* dal titolo *L'accoglienza delle differenze e delle specificità culturali e religiose nelle strutture sanitarie ospedaliere e territoriali della Regione Lazio*.

I vari capitoli del testo sono stati affidati direttamente agli esponenti delle varie comunità religiose coinvolte nel progetto. L'opuscolo si è rivelato un utile strumento di informazione e di sensibilizzazione per gli operatori del settore, ma ha fatto anche da stimolo per altre realtà ospedaliere, non solo romane, per avviare dinamiche analoghe di accoglienza integrale della persona nella condizione di malattia.

Indubbiamente lavorare insieme per valori comuni avendo riferimenti religiosi diversi non era immaginabile fino a pochi anni fa, almeno nel nostro Paese, ma i cambiamenti in corso sotto i nostri occhi ci hanno indotto a farlo. È una sfida in più, ma anche una grande opportunità di crescita nel proprio percorso professionale e spirituale.

Competenze per l'accoglienza multiculturale

Alessandro Bazzoni

*Azienda Asl RmE - Staff Direzione aziendale rapporti istituzionali
e bilancio sociale polo ospedaliero Santo Spirito*

La civiltà di una cultura, di un popolo, di una società è in relazione con l'accoglienza?

Una cultura che accoglie l'espressione di altre culture rappresentate nelle persone che chiedono ospitalità, cure, aiuto, sostegno, può perdere la propria identità? Può diventare una nuova Babilonia o ne esce rafforzata?

L'accoglienza in ambito sanitario si caratterizza per l'importanza attribuita alla nostra vulnerabilità di esseri umani fragili a fronte della malattia e all'ignoto della sua evoluzione, si rifa alla "condizione umana" che abbiamo confinata nel rimosso, al concetto di fragilità e vulnerabilità umana nelle situazioni di malattia, che accomunano tutti gli esseri umani a prescindere dalle culture di appartenenza. La rimozione della malattia, della possibilità sempre presente in chiunque di dover lottare per la propria vita, trae origine dalla paura di vivere, dalla paura che la morte sia in agguato...

Questa rimozione non favorisce l'empatia nei confronti dei sofferenti, e ancor più dei sofferenti appartenenti ad altre culture e religioni. L'empatia la possiamo considerare la prima e più importante competenza per l'accoglienza, con particolare riferimento all'accoglienza multiculturale. Eppure proprio in questo risiede l'essenza stessa dell'umano. Essere uomini significa essere fragili, imperfetti, bisognosi... vuol anche dire avere paura.

Se questa, per effetto dei meccanismi mentali della rimozione, viene negata, si trasforma in ansia, angoscia, panico, e finisce per essere proiettata su oggetti pretestuosi... su altri "diversi da noi", peggio ancora, su altri esseri umani sofferenti quali comodi ed inermi capri espiatori, soprattutto quando viene opportunisticamente alimentata e strumentalizzata.

Riconoscere la paura vuol dire riconoscere la nostra vulnerabilità, ancor di più di fronte alla malattia, alla sofferenza, al dolore, alla morte. Questo è il primo principio etico che proponiamo per una salute senza frontiere: “*vulnerabili insieme*”.

Inoltre, l’interdipendenza degli eventi produce l’interconnessione degli esseri umani: siamo tutti sulla stessa barca, dunque vulnerabili, esposti alle stesse sfide, reciprocamente dipendenti, e questo ci porta a proporre un secondo principio etico: “*principio di uguaglianza*”.

La sfida sta allora nella capacità di passare dal sentimento comune di vulnerabilità ed uguaglianza, ad un atteggiamento attivo. Soprattutto nel campo della salute dove si manifesta nel modo più visibile la nostra vulnerabilità, caratterizzato da un terzo principio etico: “*principio di pari opportunità in ambito sanitario*”. Ma per realizzare concretamente questi principi, occorre sviluppare l’empatia quale caratteristica della mente in grado di comprendere a fondo i nostri simili nelle loro manifestazioni emotive, e comportarsi nei loro confronti come vorremmo essere trattati noi al loro posto. «Nessuno può vivere felicemente curandosi solo di se stesso» scriveva Seneca. Inoltre, saper comprendere, creare nella nostra mente ciò che leggiamo nella mente dell’altro, il saper dare, è considerato un passaggio chiave per la realizzazione spirituale in quasi tutte le tradizioni e pratiche religiose. Oppure, usando le parole di Albert Einstein, «Solo una vita vissuta per gli altri è una vita che vale la pena di vivere». Dai tempi di Einstein gli scienziati cercano di mettere a punto una “teoria del tutto”, in grado di spiegare interamente il nostro mondo fisico, riconciliando relatività generale e fisica quantistica. Se esistesse una teoria analoga per il nostro mondo emotivo, avrebbe come perno proprio l’empatia, la compassione e la generosità, cioè i mattoni costitutivi dell’affettività del nostro essere. In questo senso è opportuno citare una ricerca del 2013 condotta nella University of Exeter Medical School, in cui è emerso che l’attività di volontariato era collegata a tassi inferiori di depressione, a un maggior benessere e a una significativa riduzione del rischio di mortalità. Questa ricerca conferma uno studio realizzato nel 2005 alla Stanford University, in cui si è ipotizzato che chi svolge attività di volontariato, con modalità continua nel tempo, vive più a

lungo di chi non lo fa, per il semplice motivo che l'attività relazionale e l'approccio empatico corrispondente mantengono costantemente attive aree del cervello che riducono il rischio di malattie degenerative.

All'interno di queste considerazioni, l'accoglienza riflette lo stile relazionale della persona e dell'organizzazione sanitaria e caratterizza la relazione con il cittadino dal primo contatto alla dimissione. La capacità degli operatori di una struttura socio-sanitaria ad accogliere i cittadini ne definisce l'identità, l'umanità, la competenza dal momento che in tal modo dichiara come "considera" le persone malate per cui di fatto esiste. Se andiamo a vedere nel dizionario Garzanti il significato del verbo accogliere troveremo: ricevere, ospitare, accettare, esaudire, raccogliere, riunire, contenere. Come sinonimi avremo: ricevere, ospitare, alloggiare, ricoverare, includere. I contrari sono: cacciare, allontanare, escludere, scartare, bocciare, respingere, rifiutare. A questo punto possiamo definire l'accoglienza come la capacità di una struttura sanitaria di promuovere e favorire la creazione di una relazione professionale costruttiva basata sulla collaborazione tra chi esprime una richiesta e presenta delle aspettative e chi possiede le competenze necessarie per rispondere.

Più specificatamente, la qualità dell'accoglienza intesa come prodotto dell'efficacia relazionale della struttura sanitaria, è in relazione con le competenze comunicative dei singoli operatori che si realizzano nel rapporto con i cittadini secondo modalità conosciute, condivise, concordate, pianificate all'interno del gruppo di lavoro e descritte all'interno di una procedura.

Il momento dell'accoglienza dell'utente ha un valore determinante per la "complessità del rapporto relazionale ed empatico", ancor prima che clinico, che l'operatore instaura con la persona. Gli operatori hanno il compito di facilitare, consentire e strutturare la correlazione tra i due sistemi, gestendo efficacemente il primo impatto con i cittadini attraverso la comprensione delle loro esigenze, aspettative e stati emozionali.

Ma chi è la persona che chiede di essere accolto? È colui che ci chiede aiuto per rispondere ad un suo bisogno in relazione allo stato di salute. Egli rappresenta l'elemento più importante dell'organizza-

zione, uno che ha il potere di farci sentire vincenti o sconfitti, una persona dotata di pregiudizi e preconcetti esattamente come noi, un essere umano speciale in quanto persona e in quanto preoccupato e/o sofferente. È colui che giustifica e dà realtà al nostro operare nelle strutture sanitarie, uno da cui si può apprendere il segreto della pazienza anche se non è paziente.

Cosa vuole la persona che si rivolge ad un servizio sanitario? Soddisfazione di un bisogno esplicito e implicito, competenza, ascolto, essere considerato unico, un partner per condividere il suo problema, una soluzione... o... una rassicurazione.

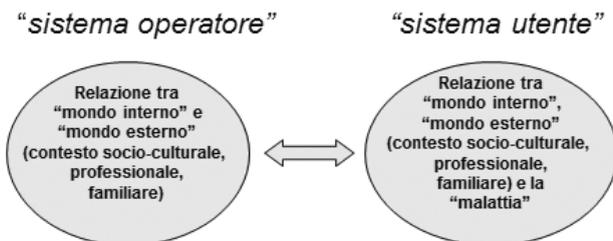
La fase dell'accoglienza, dell'accettazione e dell'orientamento rappresenta un momento molto delicato della relazione con la persona: nei primi cinque minuti viene elaborato un giudizio globale e poco articolato sul servizio e sugli operatori, questo primo giudizio determina l'atteggiamento della persona nei confronti degli eventuali ulteriori contatti. La prima impressione è spesso determinata dal "clima interno" della struttura sanitaria, determinata dalle componenti emotive presenti nelle relazioni tra operatori, sia professionali che volontari.

"Clima interno" quale criterio per la valutazione dell'efficacia della relazione per l'accoglienza



L'accoglienza diventa dunque il prodotto della relazione tra due sistemi complessi, il "sistema operatore" e il "sistema utente".

L'accoglienza quale prodotto della relazione tra due sistemi complessi



L'operatore dovrà prestare attenzione al proprio "clima personale" attraverso un'autovalutazione consapevole dei fattori interni ed esterni che entrano nella relazione

I percorsi di accoglienza multiculturale hanno il compito di dare un contributo nel gestire le diversità: biologica e di genere, generazionale, culturale, religiosa e comportamentale.

Le diversità traggono origine dall'inconscio collettivo che guida ognuno di noi in quanto homo sapiens (Jung), dall'inconscio culturale che guida ognuno di noi in base alla cultura (Rapaille) e dall'inconscio individuale (Freud). Come gestire la diversità?

Secondo Clotaire Rapaille, antropologo ed esperto di comunicazione e marketing, per ogni cultura esiste una serratura e una chiave in grado di aprirla e di poterla comprendere. Ogni cultura si esprime attraverso dei codici che determinano il modo di agire, pensare, provare emozioni.

La diversità può essere gestita attraverso lo studio dei "codici nascosti" presenti in ogni persona in quanto portatrice di un "imprinting culturale" legato alla crescita in un determinato ambiente. La manifestazione di questo imprinting è un codice nascosto che rappresenta la chiave per comunicare con l'inconscio culturale della persona. Per costruire rapporti efficaci con le persone occorre conoscere la loro natura

per arrivare a comprendere i codici sottostanti e per questo è necessario ascoltare e osservare attentamente la loro comunicazione, soprattutto quella non verbale che apre la porta alla parte più primitiva della mente, e al codice culturale sottostante.

Spesso, per coglierlo, è necessario dar luogo a un atteggiamento pro-attivo attraverso l'uso di specifici strumenti di analisi della comunicazione.

La ricerca e il riconoscimento delle differenze e il desiderio di comprenderle consente di sviluppare la solidarietà, di gestire la paura del diverso con i relativi pregiudizi. Consente anche di sviluppare la crescita culturale delle persone e dell'organizzazione.

L'accoglienza multiculturale dimostra che esiste la possibilità effettiva di un dialogo tra religioni e culture, o tra religiosi e laici di diverso orientamento, non solo su temi cruciali relativi alla pace, ma anche su aspetti relativi alla salute, alla malattia, alla sofferenza e alla morte.

Perché questo sia possibile è necessario accogliere e comprendere i diversi linguaggi, passare da un linguaggio all'altro con l'accettazione che nessun linguaggio è autorizzato a disprezzarne un altro, ma deve riconoscere gli intenti, il modo di presentare e ponderare i contenuti e la cultura sottostante. In ambito sanitario il dialogo tra linguaggi diversi presenta la sfida di comprendere non solo i fatti ma la realtà della persona che ci sta di fronte, il suo "mistero". Allora il linguaggio medico e scientifico dei fatti concreti, seppur necessario, non basta più. Occorre ricorrere al linguaggio che chiamiamo del cuore, della simpatia, dell'empatia, dell'amore, che si pone come meta-linguaggio nei confronti di tutti gli altri. Questo può facilitare la cooperazione per il raggiungimento del bene comune, e della salute come bene primario ed essenziale senza la quale non è possibile costruire alcunché.

In conclusione, come afferma il cardinale Carlo Maria Martini, «Procedendo sulla via del dialogo e comprensione tra le differenti culture e religioni si possono trovare le profonde motivazioni di quella comprensione, di quella fiducia reciproca di cui sentiamo la grande importanza nella nostra attuale situazione».

Le corsie dell'accoglienza

Le religioni

AVVENTISMO

Dora Bognandi

Chiesa cristiana avventista del 7° giorno

Direttore dipartimento Affari pubblici e libertà religiosa

Esponente associazione "Tavolo Interreligioso di Roma"

La Chiesa cristiana avventista del 7° giorno si situa nel solco tracciato dal protestantesimo storico.

Essa è presente e organizzata in 209 paesi del mondo e conta oltre 18 milioni di membri adulti battezzati. In Italia, conta circa 10.000 membri battezzati. Nel 1986 ha stipulato col Governo italiano un'intesa trasformata poi nella Legge 516/88.

La Chiesa avventista sente la responsabilità morale di aiutare le persone a raggiungere un miglior livello di salute totale. Non ritenendo che la sofferenza sia mandata da Dio, essa opera sia per curare le persone colpite dalla malattia sia per svolgere un'opera educativa capace di prevenire il male.

Bibbia e salute

Lo studio della Bibbia ha portato gli avventisti a trarne una visione olistica dell'essere umano; infatti, per il testo sacro, egli è un'unità indivisibile di corpo, mente e spirito, un individuo complesso che si esprime in tre dimensioni ben distinte ma contemporaneamente legate fra loro:

- la dimensione fisica, in cui il corpo risulta regolato da leggi ben precise;
- quella psico-affettiva che si sviluppa nella comunicazione e nella professionalità;
- quella spirituale che permette all'uomo di aprirsi verso l'infinito, l'invisibile.

Queste tre dimensioni sono strettamente interdipendenti e non possono vivere in maniera autonoma.

Nell'Antico Testamento e nel Nuovo Testamento vi sono circa 80 termini per indicare salute e guarigione, tra cui *shalom* che è il vocabolo più vicino al concetto di salute come l'intende la Chiesa avventista. Esso si riferisce all'intero benessere fisico e spirituale dell'individuo e della collettività. In ebraico, salute e salvezza hanno la stessa radice *slm* (*shalom* e *shalem*). In latino, *salus* ha la stessa radice di *salvus*. Si può affermare che, per la Bibbia, recuperare la salute significa riacquistare l'armonia fra tutte le dimensioni dell'essere umano, ritrovare l'equilibrio psicofisico.

Il corpo non è visto in maniera negativa nelle Scritture, anzi, è considerato il tempio dello Spirito Santo: «*Non sapete che il vostro corpo è il tempio dello Spirito Santo che è in voi e che avete ricevuto da Dio?*» (1 Corinzi 6:19). L'apostolo Paolo utilizza i termini greci *oloteleis* e *oloxleron* che contengono la radice *olos*, cioè "tutto intero".

La Bibbia insegna che non sempre c'è una relazione diretta tra malattia fisica e peccato, cioè malattia spirituale. Nei vangeli la malattia è vista più come oppressione, squilibrio, che come punizione. La religione, quindi, deve astenersi dall'aggravare le situazioni, ma contribuire a dare sollievo.

Lo stile di vita degli avventisti

Lo studio della Bibbia ha portato gli avventisti ad avere una particolare considerazione per il corpo umano. Come è possibile glorificare Dio nel corpo? Secondo gli avventisti, cercando, per quanto è possibile, di mantenerlo in buona salute attraverso un'attenzione particolare verso un'alimentazione sana; uno stile di vita sobrio e semplice; l'eliminazione di sostanze dannose per l'organismo e di quelle che creano dipendenza come fumo, alcol, droghe. Per questo motivo, è di fondamentale importanza la prevenzione per evitare di contrarre malattie. La rivista mensile *Vita & Salute*, edita dal Dipartimento della salute della Chiesa avventista in Italia, presente sul territorio nazionale dal 1952, è la prima rivista di prevenzione sanitaria nel nostro paese. Nel suo impegno in questa particolare direzione, la Chiesa avventista organizza corsi di formazione e in tutto il mondo organizza dei "Piani dei 5 giorni per smettere di fumare". Inoltre, il Dipartimento salute

della Chiesa porta avanti il progetto Newstart, termine inglese che significa nuovo inizio, ma che in realtà è un acronimo in cui ogni lettera indica un elemento necessario al benessere della persona:

- N - nutrition, alimentazione
- E - exercise, esercizio
- W - water, acqua
- S - sun, sole
- T - temperance, autocontrollo
- A - air, aria
- R - rest, riposo
- T - trust, fiducia in Dio.

Il regime alimentare ideale, per gli avventisti, è a base di verdure, cereali, legumi, frutta fresca e secca, e, volendo, anche latte e uova. Esso permette di rispettare sia gli animali sia l'organismo umano. Il regime vegetariano è consigliato, ma non imposto. L'avventista che consuma carni, però, si astiene da quegli animali dettagliatamente specificati nel capitolo 11 del Levitico. La scienza moderna dice che la maggior parte delle malattie degenerative, come diabete, ipertensione, etc., può essere curata modificando le abitudini alimentari e adottando uno stile di vita più naturale.

Proprio per il loro stile di vita, gli avventisti costituiscono un gruppo interessante di studio da parte degli scienziati. Negli ultimi cinquant'anni sono state effettuate numerose ricerche su di loro proprio per il loro stato di salute migliore rispetto alla popolazione dei Paesi in cui vivono. Queste ricerche hanno dimostrato la maggiore estensione e una migliore qualità della vita degli avventisti.

Religione e salute

Nel corso dei secoli si è sempre riflettuto sugli effetti positivi, neutri, negativi della religione sul benessere della persona. Ai nostri giorni si assiste a un ritorno della visione religiosa terapeutica in cui religione e medicina si incontrano. Si sviluppano nuovi campi di riflessione e di intervento: psicologia della religione, teologia terapeutica, teologia della salute, pastorale sanitaria, consulenza pastorale. I principi di fede, se vis-

suti con coerenza, possono avere conseguenze positive sull'individuo.

Da numerosi studi negli Usa è emerso che le persone che appartengono a un gruppo religioso, e lo frequentano, sono facilitate negli scambi sociali e soddisfano meglio le esigenze di socializzazione e di appartenenza, oltre che quelli spirituali (lettura testi sacri, preghiera). Tutto ciò sembra che incida positivamente sulla pressione sanguigna e sul sistema cardiocircolatorio.

Lo psichiatra Harold G. Koenig afferma che, in chi legge regolarmente la Bibbia, prega, frequenta assiduamente la sua comunità, si è riscontrato il 40% di probabilità in meno di sviluppare un'ipertensione diastolica rispetto a coloro che lo fanno in modo meno assiduo e il 35% in meno di rischio mortalità dopo un intervento a cuore aperto. I credenti risultano meno esposti a depressione, guariscono più facilmente (*Il potere di guarigione della fede*, Milano, Armenia, 1999, pag. 219).

Molti studi affermano che le persone religiose conducono in generale uno stile di vita più sano, affrontano gli eventi stressogeni meglio di chi non ha una fede salda, affrontano meglio la malattia e il lutto. La vita religiosa contribuisce a mantenere sano il sistema immunitario.

Dalle numerose ricerche condotte sul rapporto tra religione e salute, «È chiaro, soprattutto da studi epidemiologici, che coloro che partecipano alle funzioni religiose e alle attività di chiesa, sono associati a un minor tasso di mortalità e a un minor rischio di ammalarsi» (Kathleen A. e Younger J.W, *Theobiology, an analysis of spirituality cardiovascular responses, stress, mood and physical health* in *Journal of Religion and Health*, 41, 4:348).

Risorse umane: resilienza

Pur riconoscendo l'importanza di un approccio fideistico alla vita, non dobbiamo dimenticare che l'essere umano è dotato di risorse importantissime come la resilienza. Essa è la capacità dell'essere umano di affrontare le avversità della vita, superarle, riorganizzare positivamente la propria esistenza, uscirne rinforzato e trasformato positivamente. Per attivare la resilienza è utile l'attaccamento sicuro ad una figura di riferimento che aiuti

a compiere un percorso di ricerca del significato e di collocazione all'interno della storia individuale della malattia o del trauma.

Il tutore del resiliente accompagna lo sforzo di rivalutare la propria sofferenza, modificare l'idea che si ha di essa, integrarla nella propria storia individuale, fino a viverla come un valore aggiunto per la propria persona e a sviluppare sensibilità verso le sofferenze altrui, alle quali si sarà portati a porre rimedio. Chi accompagna il malato deve sempre ricordare che le ferite non si rimargineranno mai completamente, rimarranno sempre una zona di vulnerabilità, un punto debole, ma potranno arrivare a rappresentare un punto di forza, nella misura in cui permetteranno di vivere appieno il nuovo stato di realizzazione personale raggiunto.

La presenza di persone disposte all'ascolto consente di mettere in atto un altro tutore della resilienza: il racconto. In un primo momento esso sarà interiore, cioè si tratterà di una narrazione a sé stessi dell'accaduto, del suo significato e della sua collocazione all'interno della propria esistenza.

Successivamente, si tenderà a condividere con le persone care tali racconti che dovrebbero limitarsi ad accogliere quanto detto. Chi ascolta deve evitare ogni forma di incredulità, condanna, rifiuto o negazione.

Le grandi questioni della malattia

La malattia scatena tutta una serie di problematiche in chi ne è colpito: dal senso di colpa, al senso di ingiustizia, all'assurdità dell'accaduto, al bisogno di capirne il perché, alle domande sulla potenza o sull'impotenza di Dio, alla rassegnazione o alla lotta, alla fede o al dubbio, al bilancio della vita, alla ricerca del perdono, della riconciliazione, della pace, alla riscoperta di Dio.

Chi assiste l'ammalato deve tenere conto di queste e altre problematiche.

Il malato ha, innanzitutto, bisogno di essere riconosciuto come persona, di ritrovare un senso alla sua vita, di ritrovare il filo della fiducia,

di ritrovare la strada, di liberarsi dal senso di colpa, di vivere la riconciliazione.

Per questi motivi è fondamentale l'atteggiamento da assumere. Ogni essere umano porta in sé l'immagine di Dio, nonostante la sua storia e le sue scelte, deve quindi essere accolto, rispettato e aiutato a ritrovare il suo equilibrio. Chi lo assiste deve ricordare alcuni elementi fondamentali:

- il male colpisce chiunque, anche chi non ha la responsabilità della sua malattia;
- si soccorre meglio l'ammalato se lo si aiuta a prendere coscienza della propria dignità e della sua origine sacra;
- bandire ogni tipo di giudizio nei confronti del malato, indipendentemente dalla sua origine, cultura, credo religioso;
- considerare la persona come partner della propria guarigione, facendogli svolgere un ruolo da attore nella sua vita;
- coltivare il buonumore;
- invitare il malato a vedere nella guarigione fisica un segno di apertura alla possibilità di una guarigione più profonda. **Solo se lo desidera.**

BAHÁ'ÍSMO

Guido Morisco

Direttore Ufficio relazioni esterne comunità Bahà'ì

Ci sentiamo contenti quando riusciamo a soddisfare una nostra aspirazione. La nostra soddisfazione aumenta quando ciò che realizziamo riguarda le nostre più intime aspirazioni, quelle che hanno a che fare con la nostra natura interiore, le qualità che aspiriamo esprimere donandole ai nostri simili, come il desiderio di amare, di essere utile, di conquistare la fiducia dei nostri simili etc. La nostra identità è espressione delle nostre esperienze di vita e delle scelte che facciamo utilizzando uno degli strumenti più straordinari: il nostro corpo.

Per questo motivo i bahà'ì curano il loro corpo con attenzione, per mantenerlo sano ed efficiente consentendoci quindi di poter dare il meglio di noi al consorzio umano e al progresso. La cura del corpo avviene sia attraverso il meglio che la medicina può offrire che attraverso la capacità di attivare energie spirituali che si sprigionano grazie alla preghiera, alla meditazione e alla gentilezza e disponibilità che il paziente riceve dallo staff medico che lo ha in cura.

In questo contesto si sviluppa il rapporto tra il credente bahà'ì e la struttura sanitaria del paese. Il credente bahà'ì ritiene importanti sia le cure mediche che la possibilità di pregare e meditare, per questo la struttura ospedaliera dovrebbe offrire, oltre alle cure mediche offerte con amore, considerazione e attenzione, anche una struttura che consenta ai pazienti bahà'ì di dedicarsi alle loro necessità spirituali. Il credente bahà'ì non ha particolari esigenze o regole alimentari, anche se molti di loro rispettano una dieta vegetariana. I bahà'ì non fanno uso di sostanze alcoliche e droghe di alcuna natura, unica eccezione quando vengono prescritte per cura medica. In caso di decesso i bahà'ì rispettano una procedura di preparazione del corpo alla sepoltura. Nel caso si dovesse presentare l'evento, è importante informare subito la segreteria del direttivo nazionale.

BUDDHISMO

Maria Angela Falà

Presidente Fondazione Maitreya

Esponente associazione "Tavolo Interreligioso di Roma"

Che oggi in Italia a diversi livelli si parli di buddhismo è qualche cosa che solo cinquant'anni fa poteva sembrare impossibile. La presenza di questa religione, nata in India oltre duemila anni fa, nel nostro Paese è un portato assai recente che risale all'incirca agli anni '70 del secolo scorso. Non è che in Italia prima non vi fossero stati singoli praticanti buddhisti o gruppi vicini al buddhismo, ma oggi siamo di fronte a una crescente presenza di monaci e di fedeli di provenienza asiatica, arrivati a partire dagli anni '90 da Paesi di antica tradizione buddhista come lo Sri Lanka, la Cina, la Thailandia, ma anche all'avvicinarsi di diverse decine di migliaia di italiani a questa tradizione religiosa e a farla propria come via spirituale.

Il valore aggiunto di questo fenomeno non è tanto nella quantità ma nella qualità che l'approccio buddhista esprime nel mettersi di fronte alle varie problematiche della vita, dell'incontro con l'altro, del dialogo, dello sviluppo personale e sociale offrendo un lievito per creare una società in cui centrale non sia l'aver ma l'essere, per "fare rete" con tutto l'esistente trovando il nesso e le relazioni che legano il tutto e offrendo spesso un punto di vista non dogmatico, utile per l'incontro con gli altri. Ma oltre a questo ci sono i bisogni specifici della comunità buddhista in Italia di cui bisogna tenere conto. Ecco quindi la presenza dei buddhisti in vari comitati, tavoli e consulte che non sono solo dei luoghi di riflessione e di colloquio religioso ma anche luoghi di lavoro al servizio delle comunità i cui fedeli hanno spesso difficoltà in momenti importanti e/o difficili della propria vita ad avere accanto un conforto spirituale come nel caso degli ospedali, case di cura o luoghi di lunga degenza in cui non sempre i religiosi buddhisti hanno facile accesso. Ecco quindi la nostra presenza come comunità buddhista anche in questo corso organizzato dal Cesv per i volontari, che oggi si trovano a contatto nella loro esperienza quotidiana con una diversità complessa e che richiede attenzione e nuova formazione per poter rispondere alle sollecitazioni.

Come abbiamo accennato in Italia la presenza di comunità buddhiste è piuttosto recente. Gli italiani praticanti secondo varie tradizioni sono circa 80.000, inoltre vi sono oltre 20.000 buddhisti originari dei Paesi emigrati di cui è difficile fornire un numero corretto, provenienti in maggioranza dal sud est asiatico (Sri Lanka e Thailandia) e dalla Cina. Ogni tradizione segue una via propria in piena autonomia come accade in oriente ma a livello di rappresentanza generale si è sentita la necessità di coordinarsi in un'unione che potesse fungere da interlocutore per le autorità e riunisse le singole realtà locali. L'Unione buddhista italiana (Ubi), fondata a Milano nel 1985 e con sede a Roma, raccoglie al momento quarantaquattro tra centri, monasteri e istituti rappresentativi della tradizione del sud est asiatico o degli anziani (Theravada), di quella tibetana secondo le sue varie scuole e della tradizione zen cinese, giapponese e coreana.

Dal Febbraio 2013 è in vigore l'Intesa tra Ubi e il Governo italiano come previsto dall'art. 8 della Costituzione, che garantisce tra l'altro ai praticanti buddhisti il diritto all'assistenza religiosa nei momenti difficili come in ospedali, case di cura o nelle prigioni (art. 5).

La vita umana viene considerata dal buddhismo come uno stato di esistenza estremamente favorevole in quanto l'uomo ha in sé la potenzialità di risvegliarsi e quindi di conseguire la liberazione. Il valore della vita è sacro, togliere la vita è l'atto negativo per eccellenza, non solo la vita dell'uomo, ma anche quella degli altri esseri senzienti che devono essere rispettati.

Cinque sono i precetti fondamentali che un praticante buddhista decide responsabilmente di seguire e la prima fondamentale norma è non togliere la vita a cui segue nella parte propositiva l'indicazione a proteggere la vita in tutte le sue forme. Tradizionalmente la vita comincia nel momento stesso del concepimento e quindi un'interruzione volontaria della gravidanza è di per sé un atto (Karma) che produce effetti molto negativi. Si cerca comunque di tenere conto delle situazioni specifiche cercando di comprendere le interrelazioni di cui certi atti sono frutto o sono conseguenze. In alcune situazioni, per esempio di pericolo per la madre, in casi di violenza fisica o simili, tale

atto viene considerato nel quadro globale in cui la decisione viene maturata e grande importanza viene data alla motivazione che spinge a tale dolorosa decisione. Il karma (Effetto) risultante avrà pertanto un'influenza minore e può essere mitigato con offerte e preghiere a figure quali il bodhisattva (il Grande Essere) della Compassione (*Kannon* in giapponese o *Cenresig* in tibetano).

Il momento fondamentale nella vita di un buddhista però è il momento della morte piuttosto che quello della nascita che, se da un lato è positivo perché permette di avere la possibilità della liberazione in questa vita, dall'altro è segno che non la si è ancora raggiunta. La nascita non viene particolarmente celebrata, i padri difficilmente assistono in sala parto e il pudore è un tratto caratteristico che deve essere rispettato. Successivamente alla nascita il piccolo può essere presentato alla comunità che lo accoglie con cerimonie di augurio.

La malattia e la sofferenza fanno parte integrante della vita dell'uomo, come viene anche definito nella Prima Nobile verità insegnata dal Buddha (la verità della insoddisfazione: ogni esperienza che abbiamo è segnata dal malessere, dalle più piccole imperfezioni agli stati più profondi di sofferenza fisica e psichica) e come tali devono essere realisticamente considerate: non una punizione per una colpa commessa, una disgrazia ma un dato di fatto che deve essere affrontato con attenzione dal punto di vista terapeutico e psicologico. Per il buddhismo infatti non c'è dicotomia tra corpo e mente, essi vengono sempre considerati un tutt'uno inscindibile e quindi anche nella malattia gli aspetti più meramente fisici in realtà hanno un portato psichico. I due aspetti si intrecciano condizionandosi vicendevolmente.

La ricerca delle felicità e delle sue cause e quindi l'eliminazione della sofferenza è lo scopo dell'uomo, dice il Buddha. La sofferenza e la malattia devono essere accettate per quello che sono un aspetto proprio dell'esistenza umana. Si cerca in modo molto semplice e equanime di non aggiungere altro dolore a quello proprio della malattia per cui il sostegno viene offerto normalmente dalla famiglia, dalla comunità religiosa che si occupa di seguire il malato/a con discorsi, insegnamenti e preghiere. Possono essere recitati testi (sutra) per favorire la guarigione.

gione, recitati mantra (preghiere ripetitive), vengono fatte offerte ai templi o centri, possono essere posti al capezzale dell'infermo piccoli oggetti devozionali davanti ai quali bruciare incensi o fare offerte di cibo e acqua, vengono fatte pratiche di trasferimento dei meriti ovvero di offrire la propria sofferenza per purificare anche gli altri esseri da karma (effetti) negativi. Un tratto fondamentale dell'insegnamento buddhista è infatti la compassione che deve essere esercitata nei confronti di tutti gli esseri che "possono essere stati tutti nostre madri nelle esistenze precedenti".

Per le tradizioni buddhiste è la morte il passaggio fondamentale in quanto generalmente "non risvegliati" presuppone il ripresentarsi di un'esistenza successiva che viene fortemente condizionata al momento del trapasso. Solo chi ha conseguito il risveglio infatti al momento della morte si estinguerà e non darà origine ad altre forme di esistenza.

Il morente viene accompagnato nell'ultimo passo se possibile dalla famiglia e da un religioso che recita parole evocatrici preferibilmente sin dall'agonia, che possano aiutarlo nel momento finale del trapasso, che non coincide solo con il fermarsi del battito cardiaco ma che richiede tempi più lunghi per far distaccare progressivamente le forme di coscienza fino all'estinzione dell'ultima forma indifferenziata che, secondo l'eredità karmica lasciata dal defunto, darà origine alla vita successiva.

La tradizione tibetana cura molto questi passaggi che hanno una durata variabile fino a settantadue ore *post mortem* fisica, durante le quali il corpo non deve essere toccato, manipolato per permettere questo lento distacco senza traumi e quindi favorire una migliore rinascita. Secondo quanto previsto dall'Intesa (art. 8), quando possibile, il corpo del defunto buddhista di tradizione tibetana può essere rispettato e si possano attendere le settantadue ore per la sepoltura. Per altre tradizioni invece, fermo restando un grande rispetto per il corpo del defunto, che deve essere sempre trattato con attenzione, lavato e vestito di bianco, sono previste forme di veglia continua e di preghiere fino alla sepoltura in tempi più brevi.

In tale visione l'autopsia è vista come un atto cruento nei confronti

del defunto e quindi è accettata con grande difficoltà, pertanto ove possibile un aiuto alla famiglia per evitare tale procedura sarebbe auspicabile.

La ricerca della felicità e la fine della sofferenza rappresentano lo scopo della pratica buddhista, ma sappiamo bene che la malattia e il dolore fanno parte integrante della vita dell'uomo. Per il Buddha bisogna cercare in modo molto semplice e equanime di non aggiungere altro dolore a quello che già c'è, per cui è importante che chi si trova in ambiente sanitario e sta attraversando un momento difficile e spesso doloroso possa essere seguito spiritualmente senza difficoltà, per poter al meglio trovare conforto e sostegno nella sua fede, che lo può aiutare in un momento difficile del suo cammino di vita.

CATTOLICESIMO

Massimo Petrini

Preside Istituto internazionale di teologia pastorale sanitaria Camillianum

Una prima caratteristica della visione cristiana della malattia e della sofferenza è il forte realismo. La sofferenza è una nota costante della vita umana. Si è affermato infatti: «*La Sacra Scrittura è un grande libro sulla sofferenza*» (Salvifici doloris, 6); «*Le otto beatitudini sono indirizzate agli uomini provati da svariate sofferenze nella vita temporale*» (Salvifici doloris, 16). E già nelle circostanze della vita, «*L'origine divina del suo spirito spiega la perenne insoddisfazione che accompagna l'uomo nei suoi giorni*» (Evangelium vitae, 35).

Ha affermato il Concilio Vaticano II: «*Tutta la Chiesa raccomanda gli ammalati al Signore sofferente e glorificato, perché alleggerisca le loro pene e li salvi. . . , anzi li esorta a unirsi spontaneamente alla passione e alla morte di Cristo. . . , per contribuire così al bene del popolo di Dio*» (Lumen gentium, 11).

Questa consacrazione del malato lo rende dunque cooperatore non solo della sua stessa redenzione, ma di tutta la Chiesa. L'uomo che soffre è «*Soggetto attivo e responsabile dell'opera di evangelizzazione e di salvezza*» (Christifideles laici, 54). Questa affermazione di Giovanni Paolo II indica il riconoscimento del carisma di chi soffre, dell'apporto creativo alla Chiesa e al mondo. Il cristiano, infatti, attraverso la viva partecipazione al mistero pasquale di Cristo, può trasformare la sua condizione di sofferente in un momento di grazia per sé e gli altri, trovando nel dolore e nella malattia «*Una vocazione ad amare di più, una chiamata a partecipare all'infinito amore di Dio per l'umanità*» (Pastorale della salute nella Chiesa italiana, 26). Non si tratta però di una accettazione passiva né di una rassegnazione alla malattia, ma della base spirituale sulla quale si giocherà tutta la lotta umanamente possibile per recuperare la salute.

Possiamo chiederci allora quale sia il cammino spirituale del malato cristiano? La malattia non è oggetto di libera scelta e l'atteggia-

mento di fronte ad essa deve essere caratterizzato da due momenti: lotta contro le sue cause e le sue conseguenze; adeguamento della vita spirituale a quanto appare ineluttabile. Primo dovere del malato è la ricerca della guarigione, con il ricorso alle risorse della medicina, ma per affrontare la malattia, in un senso più ampio, occorre darle un significato personale e spirituale.

La sofferenza della malattia è tempo di crisi grave, che spesso rimette in discussione tutta una vita, con la necessità o l'urgenza di compiere un viaggio interiore. In questo viaggio si è costretti a incontrare le proprie paure e le proprie convinzioni, a prenderne coscienza e a cercare di ricomporre la propria unità interiore. La sofferenza non è soltanto una ferita dell'organismo, è una aggressione a tutta la persona nella sua interezza.

In una prospettiva cristiana, si tratta allora di capire, attraverso l'esperienza della debolezza, che la vita viene da Dio, il Vivente. La malattia diventa così per il credente cristiano ciò che egli è e vuole essere davanti a Dio e a se stesso: può trasformarla secondo la propria visione dell'esistenza. La fede non sostituisce la medicina, non rifiuta il progresso scientifico, ma aiuta ad assumere un atteggiamento che trascende la malattia e la salute e diviene di offerta. Paolo arriverà a dire *«Per ciò sono lieto delle sofferenze che sopporto per voi e completo nella mia carne quello che manca ai patimenti di Cristo, in favore del suo corpo che è la Chiesa»* (Col 1,24).

D'altra parte, ha affermato Giovanni Paolo II, ciò che esprimiamo con la parola "sofferenza" sembra essere particolarmente essenziale alla natura dell'uomo, ne manifesta a suo modo quella profondità che è propria dell'uomo, e a suo modo la supera. La sofferenza sembra appartenere alla trascendenza dell'uomo: essa è uno di quei punti, nei quali l'uomo viene in un certo senso "destinato" a superare se stesso, e viene a ciò chiamato in modo misterioso (cfr. *Salvifici doloris*, 2).

Ha affermato il papa emerito Benedetto XVI che *«A volte è arduo trovare una ragione per quanto appare soltanto come una difficoltà da superare o un dolore da affrontare. Nonostante ciò la fede ci aiuta a spal-*

care l'orizzonte al di là di noi stessi e vedere la vita come Dio la vede. L'amore incondizionato di Dio, che raggiunge ogni individuo, è un indicatore di significato e di scopo per ogni uomo. Attraverso la sua Croce, Gesù ci fa veramente entrare nel suo amore salvifico (cf. Gv 12.32) e così facendo ci mostra la direzione, la via della speranza che ci trasfigura, in modo che a nostra volta diventiamo per gli altri portatori di speranza e di amore» (Discorso, 19.04.08).

Possiamo allora dire che la sofferenza non smentisce l'amore di Dio, ma ne rivela le misteriose profondità: si tratta di una situazione provvidenziale da decifrare.

E anche la morte invoca una risposta personale. Nella prospettiva cristiana, l'uomo muore fisicamente a motivo della sua creaturalità e non in dipendenza del proprio peccato: frutto del peccato non è infatti la morte in sé – anche Adamo nell'Eden sarebbe morto – ma il suo presentarsi opaca, non trasparente, e perciò angosciosa.

La morte è per l'uomo il termine della possibilità di operare nel “suo tempo” la “sua salvezza”. Le possibilità della perfezione individuale (Paradiso) e della perdita definitiva della salvezza (Inferno) prendono in seria considerazione la libertà della decisione umana e ritengono la vita dell'uomo una occasione irripetibile e una decisione irrevocabile della libertà. La salvezza, allora, come un processo che ha inizio durante la vita terrena e prosegue dopo la morte, tramite il quale si assiste alla piena realizzazione della “visione beatifica di Dio”, che forse possiamo anche leggere come la realizzazione di quello stato perfetto di salute che è l'ideale sempre perseguito e auspicato nella vita terrena, e mai raggiunto totalmente.

La tradizione cristiana non minimizza la morte. La tradizione biblica ne evidenzia il potere e la durezza, è un evento doloroso anche nella certezza di quella risurrezione di Gesù che è “garanzia e punto di partenza” della risurrezione dei morti.

In una prospettiva cristiana anche nella sofferenza, nella morte, negli affanni di una quotidianità marcata dalle limitazioni di una creaturalità,

si può parlare di guarigione e di salute. Una guarigione, una salute, che va oltre gli aspetti fisici della malattia: è conversione, è malattia e morte liberate dalla loro angoscia, è capacità di accogliere la realtà e di darle un senso, di autenticare i dinamismi e le tensioni che la strutturano.

La salute, nel pensiero cristiano, è quindi indissociabile dalla speranza della salvezza e la novità e originalità del cristianesimo sta nell'aver introdotto questo concetto di salute compatibile con lo stato di malattia fisica, in quanto la fede rende la persona capace di valorizzare la propria sofferenza. Malato, allora, è chi non è in grado di accettare, valorizzandola, la propria condizione. La salute spesso può essere definita come la capacità di sopportare e di integrare nella vita handicap e lesioni. È così che anche se non c'è alcuna prospettiva che il corpo torni a star meglio, si può sperare in una guarigione, si può sperare nella salute. Infatti per guarigione, per salute, non si deve intendere solo il recupero fisico o la salute fisica, ma si deve intendere la pacificazione psicologica, la forza interiore, il coraggio, la forza morale, doni della fede, con i quali dominare la propria situazione di vita.

La concezione cristiana della guarigione contempla sempre il desiderio di debellare malattie fisiche e sofferenze morali, e in questo modo non fa che conferire forma concreta all'intenzione guaritrice di Dio, che è "*amico della vita*" (cf. Sap 11, 26), ma il superamento della malattia rappresenta solo una parte dell'azione risanatrice cristiana. Se ci si fermasse qui, con una simile interpretazione della guarigione, che riconosce solo la risoluzione della malattia, si potrebbe quasi affermare che Dio accetta solo le persone sane, ma una pastorale risanatrice significa invece, molto più compiutamente, stare insieme ai malati e ai sani in modo tale che essi, e questo riguarda anche gli operatori professionali e pastorali, imparino ad accettarsi, alla luce della grazia divina, come esseri limitati aventi difetti anche incurabili e tanti lati oscuri. Ma accanto a questo curare occorre unire la proclamazione del Regno, che alla luce di Cristo il dolore umano acquista nuove valenze: non si minimizza quello che il dolore e la morte rappresentano in relazione alla vita biologica, non si smentisce l'aspetto fisico, neurologico e fisiologico del dolore e della morte; non si contraddice all'obbligo di lenire il dolore, di prevenire e contrastare le cause della morte, impe-

gni di cui si occupa la medicina, ma si afferma però che, in Cristo, il dolore e la morte sono realtà che al loro ultimo appello si aprono ad un'altra forma di vita.

I guariti possono ammalarsi di nuovo; Lazzaro, il risuscitato, morirà ancora. Rimane però la certezza definitiva della vittoria sulla morte e sulla malattia. Cristo non è venuto per liberarci dalla morte, ma dal timore della morte (Eb 2,15). Nella misura in cui il credente vive in comunione con Dio e sente la morte come una partecipazione alla morte di Cristo (Rm 6,8; 2 Tim 2,11), può, con timore e tremore, convertire la morte in desiderio: «Per me vivere è Cristo, e la morte un guadagno. Desidero partire e stare con Cristo, il che sarebbe assai meglio» (Fil 1,21.23).

Infine, si può ricordare, che l'assistenza alla persona malata costituisce un elemento del mandato con il quale, dopo la risurrezione, Cristo ordina ai suoi apostoli di andare per il mondo a predicare il Vangelo (cfr. Mc 16,17,18). In questo contesto, i credenti sono chiamati a sviluppare uno sguardo di fede sul valore sublime e misterioso della vita, anche quando essa si presenta fragile e vulnerabile: *«Questo sguardo non si arrende sfiduciato di fronte a chi è nella malattia, nella sofferenza, nella marginalità e alle soglie della morte; ma da tutte queste situazioni si lascia interpellare per andare alla ricerca di un senso, e proprio in queste circostanze, si apre a ritrovare nel volto di ogni persona un appello al confronto, al dialogo, alla solidarietà»* (Evangelium vitae, 83).

Si può infatti affermare che *«Cristo allo stesso tempo ha insegnato all'uomo a far del bene con la sofferenza e a far del bene a chi soffre. In questo duplice aspetto egli ha svelato fino in fondo il senso della sofferenza»* (Salvifici doloris, n. 30).

EBRAISMO

Roberto Della Rocca

*Direttore Dipartimento educazione e cultura - Unione comunità ebraiche italiane
Professore incaricato di ebraismo presso l'Università pontificia lateranense*

Come possa «il Dio onnipotente e misericordioso» tollerare la sofferenza, è uno dei problemi più delicati di ogni concezione monoteistica: trovare il senso del dolore, infatti, all'interno della Sua creazione, per la quale ogni cosa è “buona”, è ed è sempre stata un'impresa assai ardua. C'è chi per risolverlo è ricorso al celebre sillogismo per cui «Dio è bene assoluto; pertanto, il male non esiste», oppure all'affermazione per la quale dietro ogni dolore si nasconderebbe un peccato commesso. Secondo questa ottica, in fondo, il manifestarsi della sofferenza, apparentemente gratuita, così come viene percepita ed esperita dall'uomo, rimane una contraddizione difficilmente conciliabile con l'essenza del creato e della Potenza Divina. Ma il dolore, volente o nolente, sembra inevitabilmente costringere l'uomo ad una comprensione se non razionale, almeno esistenziale del male all'interno della propria vita e del mondo.

In ambito ebraico, questo problema è stato affrontato da varie angolazioni in diversi passi sia della Bibbia che della letteratura postbiblica. Così, è affrontato ampiamente nel Libro di Giobbe, nell'Ecclesiaste e in molti Salmi, mentre nel Talmud si trovano numerose affermazioni che testimoniano punti di vista differenti. Nel trattato di Berachot 5A, ad esempio, si afferma che chi è colpito dalla sofferenza fisica faccia un attento esame di coscienza; se non ha nulla di che rimproverarsi, la consideri un segno dell'amore di Dio, secondo il passo biblico: «Dio castiga colui che ama» (Prv III, 12). Contrariamente, in Avot, IV, 19, leggiamo che «R. Dannaï diceva: “Non è in nostra facoltà spiegare il benessere dei malvagi o la sofferenza dei giusti”». L'idea di fondo che emerge dalla letteratura ebraica è che l'uomo deve accettare il male come parte integrante della propria esistenza. E chi soffre, se, ad un esame di coscienza, si riconoscerà privo di colpe, perlomeno avrà fatto lodevoli passi nel tentativo di stabilire con Dio un rapporto più stretto, perché accettare

la sofferenza e continuare a credere, e magari continuare a ringraziare l'Eterno, significa aver preso coscienza del proprio posto nel complesso quadro del mondo.

In questo insegnamento trova radice il famoso detto talmudico secondo il quale «si deve benedire l'Eterno per il male così per il bene». Secondo questa prospettiva, il male può essere visto come strumento per raggiungere il bene e, quindi, come sua parte integrante: così infatti interpretano i Maestri commentando il verso (Gn I, 31) «Dio vide tutto ciò che aveva fatto ed ecco era molto buono». La sofferenza allora diviene parte dell'esperienza positiva del Creato una volta accettata, vissuta, utilizzata: essa può mettere a dura prova l'uomo, svelare la perfezione dell'Opera divina e diventare un mezzo attraverso il quale l'uomo può conseguire, addirittura, il merito di appartenere al mondo futuro. Ma questo non vuol dire che il dolore sia riducibile necessariamente ad un'esperienza positiva: infatti Rabbì Jochanan, malato, a cui fu chiesto se amava il dolore, disse: «Non amo i malanni né il dolore. Non amo i malanni né la ricompensa che portano con sé» (Berachot 5A). La condizione umana non permette sempre di riconoscere il bene che si cela attorno al dolore, sebbene l'uomo stesso viva nella convinzione che Dio, comunque, agisca per il bene, come è detto in Berachot 30: «Tutto ciò che fa il misericordioso, lo fa per il nostro bene». L'ebreo, dunque, accetta il male senza amarlo, bensì, lo teme e non è mai sicuro di superare la prova: per questo prega Dio di liberarlo dalla sofferenza. La preghiera si colloca proprio in questa prospettiva, nella tensione tra la dimensione umana e quella divina: l'uomo patisce senza comprendere, ma crede e desidera partecipare a quella conoscenza in cui anche il dolore trova un senso. La parola della preghiera diventa sia motivo di avvicinamento a Dio, alla sua Sapienza, sia oggetto di ascolto da parte di Dio e per questo, della Sua misericordia. Secondo i mistici della Kabalà infatti (Zòhar III, 294), ogni parola che esprime un sentimento, si spande e viene portata davanti a Dio, tanto che Egli sospende il Suo giudizio. La sofferenza entra a far parte dell'esistenza, quindi, non appena l'uomo si accorge e "chiede" di vivere: «Disse il Santo Benedetto a Davide: "Mi chiedi la vita? Allora avrai sofferenze!"» (Vaikrà Rabà 32/1).

Il male entra e si intreccia nel percorso di crescita spirituale, esistenziale e intellettuale dell'uomo e assume il senso, se non lo scopo, di definire quelle che sono le limitazioni umane. Tra le cause del dolore, come anche in altre tradizioni religiose, anche secondo il testo biblico, la ragione principale dei malanni che colpiscono l'uomo è da cercare nella mancata osservanza delle disposizioni divine. «Se ascolterai la voce dell'Eterno e farai ciò che è retto ai Suoi occhi... non porrò su di te alcuno dei malanni coi quali ho colpito l'Egitto, poiché Io, l'Eterno, sono Colui che ti dà la guarigione» (Es 15, 26).

Dio colpisce, Dio guarisce

Secondo un'interpretazione midrashica la malattia sarebbe intervenuta invece nel mondo dietro esplicita richiesta del patriarca Giacobbe all'Eterno. Lo scopo era quello di indurre i figli di Israele a fargli visita ed anche di poter dare loro le giuste disposizioni per l'avvenire! Nonostante questo, diversamente, la letteratura postbiblica attribuisce ai malanni anche altre cause, spesso più banali come per esempio la scarsa cautela da parte dell'uomo riguardo alla propria salute fisica, i semplici «inconvenienti da raffreddamento», alcuni stati fisici problematici come l'eccessiva quantità di sangue che circola nel corpo, le cattive abitudini alimentari oppure, la ben più misteriosa invidia del prossimo come elemento scatenante.

Sofferenza e normativa ebraica: malattia e cura

La normativa ebraica prevede alcune considerazioni specifiche allo stato di sofferenza dell'uomo, alle modalità con le quali essa debba e possa venire assistita, trattata, curata. Premesso che è proibito trarre vantaggio o soddisfazione dallo stato di disagio altrui, si insiste sul fatto che occorre prendere parte al dolore del proprio simile e scopo primario della medicina rimane sia il fatto di perseguire la guarigione del paziente, sia quello di alleviare le sofferenze di questi. La normativa ebraica in generale si fonda su alcuni principi fondamentali, tra cui in particolare, da una parte, l'idea che in presenza di una malattia non si deve fare affidamento sui miracoli, ma invece bisogna utilizzare tutto quanto la scienza mette a disposizione per il recupero della salute; finalità, questa, concorde al "dovere" del malato stesso, il quale, secondo la Thorà, è tenuto a preservare, nel migliore dei modi, il proprio stato di

salute. Dall'altra, sia il medico che il paziente devono avere consapevolezza che la guarigione dipende, in ultima analisi, da Dio e che è necessario pregare costantemente di non incorrere in errore nel corso della terapia. Infatti, il medico deve considerare se stesso come un incaricato di Dio: ha l'obbligo di curare il malato e può demandare questo compito ad altri solo se ha la certezza che qualcuno, più competente di lui, può provvedere in merito. In ogni caso, dovrebbe sempre consultarsi con chi abbia maggiore esperienza e gli è vietato compiere qualsiasi tipo di esperimento che possa compromettere, anche in modo lieve, la salute del paziente a lui affidato. L'attenzione del medico non può mai affievolirsi: egli deve avere sempre la "sensazione" di trovarsi ai bordi di un precipizio, perché la sua attività può mettere a repentaglio una vita. In linea generale, a seconda della malattia, cambia l'applicazione delle norme ed esse riguardano l'alimentazione, le medicine da somministrare, la preghiera, l'osservanza del Sabato etc.: così, in pericolo di vita, anche solo presunto, decade l'obbligo di osservanza di quasi tutte le norme del diritto ebraico.

Tra i diversi stati di malessere, particolare attenzione va posta nei riguardi del moribondo: non si può fare nulla per avvicinare la morte, né è possibile compiere alcuna azione al di fuori del trattamento terapeutico o alleviare le sofferenze. Le diverse norme, che dovrebbero sempre provvedere al recupero della salute, devono essere, così, modulate a seconda dello stato fisico e psicologico del malato: il malato infatti è definito come una persona spaventata, soggetta a dimenticare quanto ha appreso, che si trova in una condizione svantaggiosa. Fare visita al malato rientra non solo tra gli obblighi che l'ebreo dovrebbe normalmente seguire, ma rientra addirittura tra le dieci azioni di cui l'uomo «gode i frutti in questo mondo, ma il capitale si mantiene integro per la vita futura», come viene anche ricordato nella preghiera quotidiana. Questo insegnamento trova le sue radici in un passo talmudico secondo il quale «si deve cercare di imitare l'Eterno. Così come questi è vicino al malato, così deve fare l'uomo» (Talmud Bavli, Sotà 14A). Viene affermato inoltre che chiunque faccia visita ad un malato, è come se gli sottraesse un sessantesimo della sua infermità (Talmud Bavli 39B) e pertanto, si potrebbe dire che chi si astiene dal compiere questo dovere può essere considerato una specie di "omicida".

Premesso che scopo della visita deve sempre essere quello di portare aiuto al malato sia sul piano pratico che psicologico, i Maestri prevedono e suggeriscono una serie di comportamenti a cui l'ebreo dovrebbe attenersi per raggiungere maggiormente lo scopo, tenendo conto il più possibile delle condizioni del malato. Secondo la tradizionale normativa ebraica, per quanto riguarda gli obblighi del medico nei confronti del paziente, non è necessario chiedere al malato il consenso per un intervento allorché un professionista qualificato e degno di fiducia ne sostenga la necessità: questa norma deriva dal principio secondo il quale la tutela della vita ha la precedenza su altre considerazioni. Inoltre il medico stesso non può formulare alcuna informazione esplicita riguardo al caso di una malattia incurabile, nonostante non sia lecito nascondergli la gravità del male. Allo stesso modo e per la stessa preoccupazione, non dovrebbero essere informati della gravità della malattia coloro che, entrando in agitazione o in depressione, potrebbero allarmare il paziente; e ancora, è permesso al medico venire meno alla promessa, fatta ai genitori, di informarli sulla incurabilità del male. Disposizioni particolari riguardano il trattamento chirurgico di un proprio genitore, perché qualsiasi lesione inferta nei confronti dei propri genitori è considerata come "un'offesa gravissima": pertanto un figlio che intervenga in questo senso, deve fare particolare attenzione e avere massima cura a non incidere, per esempio, più del necessario, anche in minima misura. Una nota particolare si deve aggiungere all'attenzione che il medico deve mostrare nei confronti di chi è affetto da disagio o malattia mentale. Questi è sempre considerato in pericolo, sia per sé che per gli altri. Per questo, il medico deve assumere una serie di cautele tra cui il segreto professionale e il fatto di non mettere a disagio il paziente, come ad esempio spiegare il suo caso davanti a degli studenti. Per quanto riguarda i diritti del medico invece, vediamo che mentre ci si preoccupa e ci si adopera per una giusta retribuzione, contrariamente, gli viene negata la facoltà di scioperare. Un'altra differenza che caratterizza fortemente la condizione di medico, è il fatto che egli può mettere a repentaglio la propria incolumità per portare aiuto ad un malato. Per concludere con una nota di ottimismo, le fonti tradizionali ebraiche si soffermano infine anche sui sintomi che attestano la prossima guarigione dell'infermo. Esse sono sei: lo starnuto, il sudore, la diarrea, l'emissione spermatica, il sognare e il sonno. Il sonno, si dice, costituisce addirittura l'alimento

per il malato. E in ultima analisi, «chi trascorre quaranta giorni senza essere colto da malanni o sofferenza, può affermare di aver ottenuto tutto quanto di buono il mondo può offrire» (Talmud Babli, Arachin, 16B).

Alcune raccomandazioni

Pregchiere

Per i pazienti che desiderano pregare è necessaria una zona riservata, pulita e non maleodorante, per pochi minuti, soprattutto al mattino. Alcuni pazienti preferiscono tenere il capo coperto, in modo particolare per la preghiera e per consumare il pasto.

Ministro di culto

Consentire al paziente di contattare un ministro di culto per le sue esigenze religiose. L'accesso è garantito da precise norme di legge.

Lavaggio delle mani

I pazienti desiderano lavare le mani prima dei pasti; possono farlo al bagno, se non deambulanti sono sufficienti una caraffa ed una bacinella.

Alimentazione

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.

Sabato

Il sabato 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 andrebbero 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.

Pasqua

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.

Digiuno dell'espiazione

Il Kippur, giorno dell'Espiazione (in data mobile tra Settembre e Ottobre), è dedicato al digiuno e alla preghiera. Questa giornata è molto sentita anche dagli ebrei non propriamente religiosi.

Decesso

Secondo la tradizione il morente non andrebbe lasciato solo, per cui i parenti potrebbero esprimere 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. Sarebbe opportuno a tale scopo contattare un rabbino. Avvenuto il decesso, andrebbero chiusi la bocca e gli occhi del defunto e le sue braccia andrebbero distese lungo il corpo. Le salme andrebbero coperte interamente con un lenzuolo.

Sepoltura

La legge ebraica raccomanda la sepoltura prima possibile. Per l'accertamento del decesso e la rapida inumazione si può procedere all'Ecg piatto per 20 minuti, senza attendere 24 ore. La procedura è approvata dalla legge e garantita da normativa regionale.

Autopsia

Secondo la normativa religiosa ebraica è assolutamente proibita, e, a parte casi eccezionali, andrebbe evitata.

INDUISTI

Unione induista italiana

Esponente Associazione "Tavolo Interreligioso di Roma"

L'insieme delle tradizioni religiose, degli aspetti culturali e dei rituali che, pure indipendenti l'uno dall'altro, sono uniti da alcuni principi comuni (monoteismo, teoria del karma, ovvero la legge di causa ed effetto e di responsabilità, la reincarnazione e l'autorità dei Veda) formano globalmente quella galassia che chiamiamo "Induismo", o meglio Sanatana Dharma (la legge divina, senza inizio né fine, che sostiene la vita e l'armonia del mondo). Con il termine Induismo, quindi, non s'intende un'unica struttura religiosa, ma una miriade di fedi, culture e filosofie, a volte anche distanti teologicamente tra loro, ma con punti di convergenza comune.

Questa molteplicità, che si riscontra nella ritualistica e nella prassi religiosa a seconda delle regioni dell'India e a seconda delle tradizioni anche di tipo familiare, viene inoltre amplificata dalle numerose lingue e dalle differenti culture. Da tutto ciò si deduce la difficoltà di definire precise linee guida di comportamento da adottare nei confronti di un induista in una determinata situazione.

La recente presenza dell'induismo in Italia e la sua connaturata natura poliedrica, la frammentazione organizzativa, l'assoluta reticenza al proselitismo e la forte concezione della libertà di coscienza, legata alla responsabilità personale, fanno di questa religione un insieme di tradizioni.

Tuttavia, ci può essere d'aiuto la comprensione di cosa sia, in estrema sintesi, per l'induista, la concezione della vita e della salute.

L'induismo ha radici nelle sacre scritture, i *Veda*, i quali sottolineano che la perfezione spirituale, quella mentale e fisica sono tutte egualmente essenziali: *«la felicità favorisca ogni essere vivente, la salute raggiunga ogni essere vivente, la santità benedica ogni cosa e la disarmonia scompaia per sempre da ogni luogo»*.

Nelle medicine tradizionali la condizione di salute è uno stato di equilibrio delle energie vitali. Ad ammalarsi non sono solo uno o più organi del corpo, ma piuttosto si verifica uno scompenso della forza vitale che, nel tentativo di ripristinare il proprio equilibrio, vizia il funzionamento di uno o più organi.

L'Organizzazione mondiale della sanità (Oms) ha incluso sin dal 1976 la medicina tradizionale nei propri programmi, indicando, in forme non solo tecniche ma anche culturali, il problema della salute nel mondo e suggerendo a tutti gli operatori sanitari le possibili forme di collaborazione, confronto e integrazione. La ricerca del benessere e dell'armonia appare in una visione in cui l'uomo non si colloca al centro dell'universo, ma è una parte integrante di esso, lo deve sostenere, e deve proteggere e difendere la natura che lo circonda.

Ogni individuo è composto di corpo, mente e spirito. Gli antichi *risbi*, artefici della scienza della vita, organizzarono la loro conoscenza in differenti sistemi di sapienza tra cui *l'ayurveda*. La parola *ayurveda* è significativa dal punto di vista semantico: *ayur* significa vita e ciò implica che il terapeuta tradizionalmente non si occupava solo della malattia, ma anche di promuovere un'ottima salute e longevità; *veda* ha un'implicazione religiosa. *Ayurveda*, dunque, significa la "scienza sacra della vita", non la scienza della guarigione, non la scienza che sconfigge la morte.

Il termine, dunque, implica un'attenzione all'intera esistenza dell'uomo; la salute è un tassello all'interno di un complesso sistema di relazioni con l'ambiente, le emozioni, i sentimenti.

La salute è una condizione dinamica, non uno stato permanente. Nei testi tradizionali di *ayurveda* la definizione di salute è la seguente: «*Colui che ha equilibrio tra: dosha (fattori costitutivi del corpo che controllano le attività fisiologiche del corpo), agni (fattori responsabili del metabolismo e digestione), dhatu (elementi dei tessuti), mala (prodotti di rifiuto o escrezioni), kriya (attività fisiche e mentali) assieme alla felicità dell'anima, dei sensi e della mente, è detta una persona in perfetta salute*» (Susruta Sutrasthanam 15, 14).

In generale potremmo dire che il paziente induista desidera innanzitutto, come tutti gli altri, esser curato bene con professionalità e attenzione, trattato bene con gentilezza e comprensione e infine poter ricevere il più possibile i propri familiari.

Le indicazioni fondamentali sono:

Il rapporto con il nucleo familiare è molto sentito e molto importante, infatti molti riti vengono svolti all'interno della famiglia stessa. Il nucleo familiare sarà così il principale veicolo che fornirà al personale sanitario le indicazioni della tradizione e di tutte le osservanze. Chi opera nel settore dovrebbe impegnare le sue risorse per dare il miglior contenuto umano possibile ai rapporti con il paziente e i suoi familiari, per comprendere le sue idee, le sue esigenze e imparare a rispettarne le credenze.

Nell'induismo si dà molta importanza alla responsabilità individuale e alla scelta di coscienza, visto che la figura del "sacerdote" non è mai quella di "mediatore" fra Dio e l'essere umano. Il rapporto con il Divino è strettamente individuale e personale.

Dunque, esigenze come cibo vegetariano, strumenti religiosi, pratiche ritualistiche o meditative o altro ancora sono sempre, assolutamente, soggettive.

La gestione delle cure

Per quello che riguarda interventi e terapie non permesse vale sempre il principio di scelta individuale e quindi bisognerà far riferimento al paziente e ai suoi familiari caso per caso.

Le differenze di genere

Questo tema ricopre un aspetto molto importante nell'assistenza e nella cura della persona. In particolare le donne indiane dovrebbero essere assistite, lavate, etc. solo da donne. L'attenzione nella cura del corpo, che viene richiesta nei confronti delle donne indiane, dovrebbe essere estesa a tutte le donne in genere, dal momento che gesti intimi potrebbero ferire gravemente la dignità della persona. Su questa questione la sensibilità femminile è sicuramente diversa da quella maschile.

La gravidanza e il momento del parto

Molte sono le cerimonie che accompagnano le varie fasi della gravidanza e i primi giorni di vita. La famiglia provvederà secondo la tradizione.

Le regole alimentari

Per quello che riguarda i menù bisogna tener conto del fatto che non tutti gli indù sono vegetariani.

Fine vita e riti funebri

I riti funebri si possono riassumere in quattro stadi:

- rituali di adorazione o preghiera quando la persona è sul letto di morte;
- riti che accompagnano la disposizione del corpo;
- riti che accompagnano l'anima nella sua trasformazione e dipartita;
- riti in onore dei padri.

Degno di nota potrebbe essere il fatto che questi riti, eccetto la cremazione del corpo, possono essere celebrati anche in luoghi differenti da quello ove si trova il corpo.

La preparazione alla morte nella tradizione indù

«Questo corpo di argilla mortale quando le piogge torrenziali cadono incessanti, il vaso di fango torna di nuovo fango. Così anche la morte porta distruzione. E quando il tetto corpo sprofonda, né moglie né figli lo accompagnano. Solo le austerità e la conoscenza che l'uomo ha acquisito vanno con lui» (Tirumantiram).

I seguenti comportamenti sono quelli tradizionali che l'indù contempra prima della dipartita:

- ritrovare amici e nemici con i quali riconciliarsi; compiere tutti i propri doveri;
- dedicarsi allo studio delle scritture, alla meditazione ed intensificare la pratica personale;
- fare lunghi pellegrinaggi e ritiri in luoghi sacri, eremitaggi (*ashram*), dove praticare lo yoga;
- la famiglia deve sostenere questi sforzi, senza ritirare il proprio sostegno dagli obblighi sociali.

Per un indù è auspicabile affrontare la morte in uno stato cosciente e lucido, rifiutando persino un eccesso di somministrazione di droghe che annebbiano od offuscano la mente.

Morte in ospedale e accanimento terapeutico

I progressi della medicina, il miglioramento delle strutture sanitarie, le aspettative di una morte naturale, ovvero più tardiva possibile, sono condizioni che hanno portato a un tipo di morte sempre più diffuso: il decesso in ospedale. La morte in ospedale, in particolare in reparti ad alta tecnologia, rassicura e rasserena i familiari circa l'adeguatezza delle cure prestate. Ma il paziente rimane in un ambiente estraneo, lontano dai suoi affetti, con un'unica tensione: la guarigione.

L'ansia di prolungare la vita quanto più possibile, il negare la morte contingente è conseguenza indubbia dell'illusione dell'immortalità, da sempre presente nell'uomo, ma oggi rafforzata dalle conquiste tecnologiche. L'accanimento terapeutico può essere visto anche come inutile, ma ricordiamo che ogni essere è un "mondo" e si può decidere in coscienza quello che a lui è più consono.

Chi opera nel settore dovrebbe impegnare tutte le sue forze per umanizzare i rapporti con il paziente nel massimo rispetto delle sue idee, della sua religione, e soprattutto spingere i parenti, i familiari del paziente, ad avvicinarsi a lui, confortarlo con la loro presenza, assistenza e soprattutto con il loro amore.

La benedizione per il viaggio

I rituali di morte indù variano, anche di molto, in base alla tradizione spirituale di appartenenza o alla tradizione della propria famiglia, tutti, però, si ricollegano ai testi sacri, i *Veda*. La maggior parte dei riti è eseguita dagli stessi membri della famiglia, solo alcuni sono condotti da celebranti bramini.

Qui di seguito presentiamo solo alcune formalità dei riti funebri indù ovviamente si dovranno considerare possibili variazioni.

Tradizionalmente gli indù dovrebbero fare sì che il morente sia portato a casa, ove ciò è possibile. Quando la morte di un congiunto è imminente, tutti i membri della famiglia vengono avvisati. Il morente viene sistemato, se possibile, nella sua camera con la testa rivolta a nord oppure ad est. Una lampada viene accesa vicino al capo. La famiglia recita inni sacri e prega per aiutare l'anima del defunto al distacco e al suo nuovo viaggio. Se la persona non può essere portata a casa, allora le persone si radunano all'ospedale.

La cura del corpo del defunto

Il corpo del defunto deve essere toccato, lavato, vestito con molto rispetto, possibilmente dai familiari. Viene poi posto con la testa rivolta a sud; la lampada sacra viene posta vicino al capo e si accendono gli incensi. Ognuno dei parenti viene e applica dell'olio di sesamo sul capo del deceduto. Il capo è avvolto in un tessuto che passa sotto il mento e ne avvolge la cima. I pollici sono legati insieme così come gli alluci. In nessuna circostanza il corpo deve essere imbalsamato.

Si procede poi alla cerimonia funebre che ha molteplici valenze, da quella dell'ultimo rituale in cui si offre il corpo stesso, alla consolazione dei vivi. Le emozioni e la sofferenza del distacco sono orientate a creare un legame religioso spirituale con il dipartito: «*Qui riposi il tuo respiro, ispirazione ed espirazione! Possa la vita di quest'uomo essere custodita nel regno del sole, nel mondo dell'immortalità!*».

La cremazione

Tradizionalmente gli uomini della famiglia si recano al campo crematorio guidati dal capo della cerimonia funebre. Vengono trasportate due brocche, *kumbha*. Il corpo viene fatto girare per tre volte in senso antiorario intorno alla pira prima di essere posto sulla stessa. (La circoambulazione e l'*arti* durante i riti funerari sono solitamente eseguiti in senso antiorario). Alla fine dei tre giri il capo della cerimonia lascia cadere una brocca, *kumbha*, di fronte a lui. Nello stesso momento, e senza volgersi a guardare il cadavere, egli accende la pira, quindi lascia il campo crematorio. Tutti gli altri presenti alla cerimonia se ne vanno.

In Occidente una fiamma simbolica può essere portata al crematorio e posta sulla bara; similmente il corpo può essere trasportato attorno alla sala della cremazione. Un piccolo fuoco può essere acceso con il legno posto sopra alla bara e quindi la bara viene posta nella cella crematoria. La scintilla del fuoco della cremazione dovrebbe essere accesa dal capo della cerimonia.

La cerimonia della raccolta delle ossa

Dopo dodici ore dalla morte si raccolgono i resti del defunto. Viene prima cosparsa dell'acqua sulle ceneri, poi i resti vengono raccolti su un grande piatto, quindi portati all'oceano o al fiume sacro e dispersi nell'acqua. In paesi occidentali i preparativi devono essere fatti in modo tale che la famiglia possa personalmente raccogliere le ceneri affinché possano essere disperse in un fiume o nel mare, accompagnate da ghirlande e fiori. Vi sono ditte specializzate che organizzano il rimpatrio delle ceneri in India per la cerimonia di spargimento delle ceneri sul fiume Gange.

Sradda le osservazioni periodiche

Annualmente viene osservata una cerimonia, *sradda*, dedicata al culto dei morti. Si tratta di un culto ancestrale, visto come protezione, come continuità.

L'assistenza spirituale e religiosa durante la degenza generalmente non è richiesta.

Un luogo di silenzio e preghiera potrebbe, infine, essere gradito per le esigenze relative ai momenti di raccoglimento e di preghiera.

ISLAM

Omar Camiletti

Esponente Centro islamico di cultura - Grande moschea di Roma

Esponente associazione "Tavolo Interreligioso di Roma"

L'Islam non si rappresenta come una nuova religione, ma si situa nel solco del monoteismo abramitico che lo connette alle Rivelazioni precedenti, fatte a Mosè per gli ebrei e a Gesù per i cristiani. Islam vuol dire pacificazione, armonizzazione al disegno della creazione, voluta dal Signore di tutti i mondi: "Allah" vuol dire "il Dio" ed è assolutamente l'Unico Dio; non è né maschio né femmina e non può essere raffigurato in alcuna maniera. Allah ha eletto l'essere umano, una creatura nata dal fango, come Suo vicario sulla terra. Non ci sono intermediari fra Allah e ciascun essere umano, non ci sono preti, monaci, o speciali santi, ognuno è sacerdote di se stesso.

Allah ha scelto Muhammad, 15 secoli fa nella città di Mecca, come strumento per far pervenire a tutta l'umanità il suo messaggio; l'ultima rivelazione ci viene tramandata attraverso il Corano, il libro sacro. L'Islam è imperniato su cinque pilastri: 1) la shahada (la testimonianza di fede, ossia che non c'è altro dio se non Allah e che Muhammad è il Suo profeta), che ogni genitore pronuncia al neonato; 2) le cinque preghiere quotidiane; 3) la zakat, ossia che una parte della propria ricchezza, annualmente, deve essere data ai poveri; 4) il digiuno durante il mese di ramadan, che corrisponde al 9° mese del calendario lunare islamico; 5) il pellegrinaggio alla Mecca almeno una volta nella vita.

Tuttavia è importante sottolineare come sia da escludere qualsiasi coercizione nell'esecuzione dei riti e come vi siano delle deroghe, come nel caso del digiuno, se si è malati, anziani o troppo piccoli, se si è in viaggio o se la credente sia incinta. Nell'Islam vengono decretati poi una serie di interdetti che ogni buon musulmano osserva, fra cui il divieto di mangiare carne di maiale e suoi derivati, di bere sostanze alcoliche, di dare o pretendere soldi a interesse e di avere rapporti sessuali se non col proprio coniuge. Inoltre ci sono alcune raccomandazioni, fra le quali il mangiare carne macellata secondo il rituale isla-

mico e che pertanto la rende halal (lecita ai musulmani), così come alla donna di curare la decenza nel suo abbigliamento.

È ovvio che nell'ospedale il personale di assistenza sanitaria e i medici debbano porre attenzione a salvaguardare la dignità della degente musulmana e del suo senso del pudore, assai diverso dallo standard comune. **Sempre più musulmane preferiscono essere visitate da medici donne.**

La presenza dei musulmani negli ospedali italiani è sempre crescente, come evidente effetto dell'immigrazione. Spesso i malati provenienti dall'estero, di fronte all'istituzione sanitaria, si ritrovano soli nelle loro sofferenze, senza famiglia o connazionali amici. Uno dei punti salienti delle pluralità religiose è quello di rassicurare il paziente sul rispetto, da parte dell'ente ospedaliero, dei suoi diritti di culto. Del resto è la Costituzione a garantire la libertà religiosa in Italia. Conoscere l'orientamento verso la Mecca nella stanza in cui si trova il malato immobilizzato, oppure in una eventuale sala in cui poter pregare, dovrebbe essere uno dei capisaldi di questo atteggiamento, così come il facilitargli l'abluzione e dargli la chiara indicazione che il cibo da ingerire o le medicine siano halal (lecite).

Il bisogno di fiducia

Nella situazione in cui viene a trovarsi qualunque degente, anche quello di fede islamica, è normale sentire il bisogno di fiducia, ottenere risposte positive alle richieste: per esempio le preghiere si svolgono in orari stabiliti, per cui il malato può domandare l'orario mensile delle preghiere; di considerarsi protetti, laddove a mancare sia in particolare la cerchia dei familiari, qualora la malattia fosse grave, pensare che sarà sepolto secondo il rito islamico.

La malattia

L'annuncio stesso della malattia è un momento particolare, al malato il futuro pare incerto e si fa breccia un senso di angoscia, tutto cambia: il suo rapporto col corpo, la sua autonomia, i suoi progetti di vita; occorre ad ogni paziente un tempo di reazione in cui adattarsi alla nuova situazione che stravolge le sue relazioni sia familiari che lavorative. La nozione stessa di malattia si trova citata 25 volte nel Co-

rano, con una distinzione tra le affezioni del cuore (in senso figurato in un effetto di allontanamento da Dio) e quelle del corpo. Nel Corano è scritto «Prendete sostegno nella pazienza e nella preghiera» (Sura. 2.45). La malattia viene vista come una prova per la propria devozione, che è in grado di farci passare a uno stadio superiore di comprensione. Nell'Islam, testimoniare questa totale adesione alla volontà di Dio è uno dei meriti per accedere all'agognato Paradiso. Del profeta Muhammad ci vengono riportate queste parole: «Anche il semplice pungersi con una spina fa valere presso Allah la cancellazione di una parte dei peccati». Questa capacità di pazientare e di sopportare la malattia quale occasione di purificazione costituisce per il paziente musulmano, e per chi gli è intorno, uno dei segni della fede, radicato dalla convinzione profonda che solo in Allah c'è la grandezza (Allah u akbar), permettendogli allo stesso tempo di rafforzare il suo morale. Nella sura 17 al versetto 82 si legge «Quel che facciamo discendere dal Corano è guarigione e misericordia per i credenti».

Le visite e i volontari

È così possibile farsi un'idea dell'importanza nell'Islam della visita a un sofferente, considerata dall'Islam allo stesso livello di un dovere religioso, tanto per la persona malata che per coloro che si recano in visita; non solo quale eccellente fattore di conforto "terapeutico", ma anche come espressione della fraternità e di misericordia di una dimensione comunitaria pienamente vissuta.

Del Profeta viene riportata la sua ammonizione sui 6 doveri che ogni musulmano deve adempiere nei confronti del suo fratello nell'Islam: 1) salutarlo quando lo incontra; 2) accettare i suoi inviti; 3) dare dei consigli se ne ha bisogno; 4) aggiungersi nelle Lodi ad Allah quando vengono fatte; 5) visitare le persone in afflizione; quando il musulmano visita un suo fratello malato fino a quando sta presso il suo letto viene trasportato nel giardino del paradiso; 6) seguire il corteo funebre di una persona deceduta.

Le condizioni della vita moderna determinano anche per i musulmani la necessità e la volontà di svolgere il lavoro prezioso del volontariato. Per molte di quelle ragioni esposte sopra, sono sempre più

numerosi coloro che affiancano le strutture di cura con l'assistenza di servizi religiosi, forniscono copie del Corano e, come si è visto sopra, assicurano anche la sua recitazione e quella di specifiche invocazioni per i non arabofoni.

La purificazione della salma

Ottemperare all'inumazione del defunto secondo i riti islamici con la purificazione della salma. Questo lavaggio deve essere compiuto tre volte, da uomini per gli uomini e da donne per le donne, in stato di purificazione (questa osservanza di genere non si adotta per i minori e i neonati come anche per il coniuge) e, comunque, in un numero strettamente necessario, rimuovendo ogni sporcizia, come ad esempio sangue, anche con sapone, e togliere eventuali dentiere, poi avvolgere il defunto in un telo di tessuto bianco e seppellirlo con la testa verso la Mecca.

ORTODOSSIA

Padre Augustin Gheorghiu

Consigliere diocesi Chiesa ortodossa di Romania

Esponente associazione "Tavolo Interreligioso di Roma"

I Padri del IV secolo fondano il loro insegnamento sull'uomo quale "immagine" di Dio e "somiglianza" (che è contemporaneamente il modo di essere dell'Immagine e la finalità dell'esistenza umana), attraverso l'anima e il corpo. E ciò fa dell'uomo non solo una parte del mondo, ma anche la sintesi del mondo. Egli non è una sintesi "in piccolo" del mondo (microcosmo), altrimenti, questa qualità, secondo San Gregorio di Nyssa, la avrebbero «Ugualmente anche i topi e le zanzara» (Della creazione dell'uomo, XVI, PG 44, 184 AB). L'uomo è coscienza della creazione, capace di contemplarlo e anche di determinarlo. Attraverso la sua libertà, l'uomo può definire il destino supremo del cosmo e perciò egli è, per i Santi Padri, anche un macrocosmo e il mondo può divenire, attraverso lui, un *macroanthropos*. La solidarietà dell'uomo con tutti i livelli della creazione significa una misteriosa risonanza tra uomo e cosmo: il creato intero è chiamato a eternizzare la relazione con Dio, ma il suo senso non si potrebbe realizzare se non nella misura in cui l'uomo si impegna in una esistenza teocentrica. Infatti, questo sforzo dell'uomo lo fa salire verso Dio attraverso il cosmo come su una "scala di Giacobbe", e il cosmo sale verso Dio «Attraverso e nell'uomo» (Della creazione dell'uomo, XVI, PG 44, 177-180A).

Alcuni padri del IV secolo riconoscono la vocazione cosmica dell'uomo quale sacerdote e imperatore o padrone di esso, mediatore tra esso e Dio. Il destino dell'uomo determina il destino del mondo (Rom. 8, 19-21). Perché l'uomo è al contempo microcosmo e *microtheos*, sintesi dell'universo e immagine di Dio e perché Dio, per trasfigurare il creato si è fatto Uomo, l'uomo è l'asse spirituale di ogni essere creato. Una caratteristica essenziale del cristianesimo è che l'uomo aspetta quello che Dio gli ha preparato come un'ultima realtà, il Suo Regno, "la vita che verrà", dove tutto il creato sarà trasfigurato. La tendenza umana prevalente nella società contemporanea secolare è quella

di non pensare alla morte e di coprire la realtà attraverso vari sotterfugi. La malattia, l'impotenza e la debolezza nelle quali il malato si trova, aumentano ancora di più la paura e la sofferenza. In questo momento di difficoltà, l'uomo ha bisogno più che mai del sostegno e del conforto degli altri. Soprattutto oggi, quando così tante persone muoiono da sole, lontano dalla famiglia, finendo la loro vita in una stanza d'ospedale sconosciuta e fredda. Anche se la loro capacità di comprensione si manifesta a malapena o sembra essere completamente sbiadita, la sola nostra presenza al loro capezzale, tranquilla, affettuosa, attenta, è assai utile.

L'Eucarestia

La Chiesa ortodossa di Romania ha ordinato sacerdoti incaricati in modo particolare per la cura spirituale negli ospedali. Nella tradizione liturgica della Chiesa ortodossa ci sono due funzioni religiose per coloro che sono sul letto di morte, insieme con altri servizi di consulenza spirituale per i cristiani. La più importante è l'Eucarestia.

La comunicazione tra medico e paziente

Il servizio medico e infermieristico deve seguire non solo l'obiettivo immediato di ridare e di migliorare la salute del corpo, ma deve sforzarsi così che, attraverso una stretta collaborazione con il paziente e la Chiesa, possa fornire le condizioni ottimali per la crescita spirituale del paziente in ogni momento della sua vita. Ciò significa la guarigione delle malattie, e in caso di morte, la riduzione del dolore con i mezzi appropriati per consentire al paziente di affidarsi a Dio con fede e speranza, attraverso la preghiera, la confessione e la comunione. La necessità e l'importanza della comunicazione nella medicina sono sostenute anche dalla professione medica, nella quale si deve fondere la *tradizione asclepiana* – di promuovere l'importanza della conoscenza e degli aspetti tecnici, e la *tradizione samaritana* – la quale promuove la compassione del medico verso i suoi pazienti, la buona relazione tra medico e paziente, e il carattere umanistico della medicina. In pratica, se si incorporano le peculiarità familiari, sociali, psicologiche e spirituali del paziente nel contesto generale della sua malattia, si consente che il rapporto medico-paziente divenga una autentica relazione terapeutica, che mira come scopo finale alla cura e al trattamento del paziente nel suo complesso.

PROTESTANTESIMO

Pastore Antonio Adamo

Titolare Chiesa valdese di piazza Cavour - Roma

Esponente associazione "Tavolo Interreligioso di Roma"

Le Chiese protestanti o evangeliche sono sorte nel XVI secolo, 31 Ottobre 1517, in seguito alla predicazione di Martin Lutero. Teologo agostiniano e profondo conoscitore della Bibbia, egli sosteneva la necessità della riforma della Chiesa cristiana seguendo la Bibbia, tornando cioè alla Chiesa apostolica. Egli e i suoi seguaci si definirono "evangelici" per rilevare il ritorno al Vangelo. Furono detti "protestanti" (Spira 1529) perché dichiararono davanti all'Imperatore il diritto di predicare liberamente la parola di Dio. Sono fondamentali ed esclusive per la fede cristiana la persona e l'opera di Gesù Cristo, morte e risurrezione (Credo apostolico). I sacramenti del Battesimo e dell'Eucarestia o Santa Cena, i due soli istituiti da Cristo, sono segni della grazia divina. Tutti i cristiani riconoscono l'autorità della Bibbia, ma per i protestanti essa è il riferimento esclusivo in materia di fede. Le Chiese protestanti, presenti in tutto il mondo, sono numericamente la seconda famiglia delle Chiese cristiane.

Il momento dell'accoglienza del paziente in ospedale

Per un paziente protestante non ci sono particolari esigenze. Importante potrebbe essere nella scheda di ricovero segnare che il malato/a è di confessione protestante.

La gestione delle cure (interventi e terapie non permesse)

Non ci sono particolari cure che la religione protestante neghi o imponga al paziente, se non il coinvolgimento nella cura e il rispetto delle sue volontà.

Le differenze di genere

Anche sulle differenze di genere non ci sono particolare indicazioni da fornire.

La gravidanza e il momento del parto

Nel caso della gravidanza e del parto un atteggiamento accogliente e rispettoso, del resto dovuto a tutte le pazienti, è fortemente consigliato.

Le norme alimentari da rispettare nei menu

Non ci sono norme religiose, mentre come qualsiasi altro ricoverato il/la paziente potrebbero fare richiesta di un menu vegetariano.

L'assistenza spirituale e religiosa durante la degenza

Normalmente un/una paziente protestante richiede l'assistenza di un/una pastore/a o un/una diacono/a della sua chiesa/comunità e non desidera essere interpellato da un sacerdote.

Le esigenze relative ai momenti di preghiera

I protestanti non hanno esigenze di spazi per pratiche o luoghi specifici di culto.

I riti funebri

I familiari provvederanno all'organizzazione del funerale; in caso di mancanza di familiari, rivolgersi al pastore iscritto presso i registri dell'ospedale.

SIKHISMO

Bhai Hari Singh Khalsa

Comunità Sikh

All'art. 3 la Costituzione della Repubblica Italiana dice che tutti i cittadini hanno pari dignità sociale e sono eguali davanti alla legge, senza distinzione di sesso, di razza, di lingua, di religione, di opinioni politiche, di condizioni personali e sociali.

È compito della Repubblica rimuovere gli ostacoli di ordine economico e sociale, che, limitando di fatto la libertà e l'eguaglianza dei cittadini, impediscono il pieno sviluppo della persona umana e l'effettiva partecipazione di tutti i lavoratori all'organizzazione politica, economica e sociale del Paese.

Nel Codice di condotta Sikh vi è detto che ogni buon credente deve prendersi cura del più debole, e chi è più debole di un ammalato? Di conseguenza la cura e l'accoglienza del malato è un dovere di ogni Sikh.

Per chi non la conosca, la religione Sikh è la quinta religione al mondo per numero di aderenti, dopo il Buddhismo e prima dell'Ebraismo. Conta circa 30 milioni di fedeli distribuiti in tutto il mondo in particolare nella sua terra di nascita: il Panjab, nel nord India. In Italia i Panjabi sono circa 150/180 mila e ci sono oltre 50 Chiese chiamate Gurudware.

Da circa un decennio l'integrazione del popolo Panjabi di religione Sikh si è perfettamente integrato nel tessuto socio economico del nostro paese. Molti hanno preso residenza stabile, alcuni la cittadinanza, altri ancora hanno aperto aziende che danno lavoro anche a molti italiani.

Da tutto ciò si evince il fatto che è di basilare importanza per un corretto rapporto paziente-medico sapere alcune regole fondamentali atte a migliorare quel clima di fiducia indispensabile per un reciproco rispetto.

Nascita

Per il fedele di religione Sikh la nascita è un evento che va onorato con grande importanza con l'intera lettura continuata del libro sacro (*Guru Granth Sahib Ji Mharaji*) che dura tre giorni, alla conclusione della quale viene scelto il nome, per cui è necessario che ci siano almeno questi tre giorni di tempo per permettere di dare il nome al bambino/a.

Corporeità

Per i Sikh il corpo fisico è dono di Dio, e come tale non deve essere modificato mortificandone l'aspetto. Un Sikh non può e non deve tagliarsi i peli del corpo, barba e capelli compresi, deve portare sempre un turbante, un bracciale di acciaio (che spesso messo da piccolo non può essere più tolto), un pettinino di legno che tenga i capelli a crocchia sotto il turbante, un paio di mutande larghe e un piccolo pugnale che è obbligato a tenere sempre con sé. Per il fedele Sikh il corpo è un tempio e deve essere sempre tenuto puro e in genere ha un senso del pudore molto forte che deve essere rispettato.

Famiglia

Per un Sikh la famiglia è fondamentale, per cui il nucleo familiare deve essere tenuto sempre informato ed è un ottimo interlocutore per il personale medico e paramedico, molte decisioni anche vitali vengono sempre prese d'accordo con i congiunti.

Alimentazione

Nella religione Sikh si è strettamente vegetariani, non si mangia nessun tipo di carne, né pesce e né uova o cibi che contengano questi alimenti, non è possibile cucinare in stoviglie in cui prima si è cucinato alimenti vietati dalla religione. Nei limiti delle prescrizioni terapeutiche, permettere di portare cibo da casa.

Pregchiere

Per i Sikh ci sono cinque preghiere che devono essere ripetute tutti i giorni, prima delle quali è necessario lavarsi mani e piedi. Sarebbe auspicabile che ogni ospedale riservasse una zona riservata e pulita per chi desidera pregare.

Ministri di culto

È necessario consentire al paziente di contattare un ministro di culto per le proprie esigenze spirituali. L'accesso, ricordiamo, è garantito da precise norme di legge.

Festività

Le ricorrenze Sikh sono numerose e tutte molto sentite dai fedeli, per quanto riguarda la loro celebrazione il rapporto è personale; nel caso in cui necessiti qualche terapia, si consiglia di consultare i familiari più stretti.

Decesso

Nella religione Sikh la morte non è altro che una tappa della vita e viene vista come naturale processo dell'esistenza ed è attribuibile alla volontà del Creatore. Proprio per questo motivo si dovrebbe evitare di esprimere sgomento, disapprovazione, dolore, tristezza etc. in modo esagerato. Preghiere e inni sulla transitorietà dell'esistenza verranno recitati durante la cerimonia di cremazione e le ceneri del defunto sparse nel fiume più vicino. Nei giorni successivi viene letto per intero il libro sacro.

Un'esperienza utile

ASSOCIAZIONE COMBONIANA SERVIZIO EMIGRANTI E PROFUGHI

Giuseppe Teofili

Direttore sanitario ambulatorio Acse

La società è cambiata e sta cambiando sempre più velocemente; basti pensare che in questo nostro mondo, secondo i dati forniti nel 2013 dall'Unhcr una persona ogni quattro secondi diventa sfollato (Internal Displaced Person) o rifugiato.

Basti pensare che il 46% è costituito da bambini e minori. Questi dati devono far pensare e devono soprattutto essere un punto di partenza per costruire e progettare nuove politiche sanitarie. Solo se partiamo da questo convincimento potremo preparare una vita dignitosa ed equa per tutti nel mondo del futuro che attende i nostri figli. L'inclusione non è solo giusta, etica o necessaria ma è e sarà sempre più l'unica strada percorribile.

Noi medici impegnati nelle varie attività sanitarie e di assistenza dei pazienti migrati nel nostro paese, senz'altro abbiamo o perlomeno cerchiamo di avere quella sensibilità o quella compliance, quella mediazione con pazienti di culture, lingue e religioni diverse. Questo è chiaro, altrimenti non saremmo volontari, non dedicheremmo parte del nostro tempo ad una attività difficile e spesso scomoda come quella dell'assistenza sanitaria.

Si tratta spesso di persone problematiche se non altro per il semplice fatto che hanno bisogni diversamente contestualizzati rispetto ai nostri, hanno stili di vita diversi e per questo possono essere in determinate situazioni ed ancor più durante la malattia o nella sofferenza più fragili di noi.

Possono essere più fragili o in termini sanitari "special needs" per due motivi a mio avviso: intanto sono sradicati dal loro paese di origine, dalle loro famiglie, dai loro affetti, da tutto ciò che nel loro mondo poteva essere un riferimento, un valore, un punto fermo.

Si certo, si può obiettare che nei loro Paesi c'era la guerra, la fame o situazioni critiche che poi sono la ragione per cui essi hanno spesso sfidato la morte e terribili vicissitudini compiendo il "salto", il viaggio verso un altro Paese.

Ma il loro Paese rappresenta in ogni caso le proprie radici, nel bene e nel male rappresenta un "vissuto" individuale e collettivo che viene perso e la cui perdita diviene quasi intollerabile, come una ferita inguaribile se la percezione del rifiuto da parte del "nuovo mondo", cioè da parte nostra, diventa tangibile e non lascia vie d'uscita.

In più come medici dobbiamo riflettere su un altro dato, cioè sul fatto che per loro, per i pazienti migrati, l'assistenza sanitaria, anche quella primaria è sempre meno accessibile rispetto al livello di fruibilità percepita e reale dei nostri pazienti connazionali.

Ecco quindi farsi strada un ulteriore disagio: il rapporto medico-paziente migrato nasce con un vizio di forma rappresentato dal fatto che non c'è stata alcuna scelta da parte loro.

Quasi sempre il rapporto non è frutto di una scelta o di una decisione autonoma, come quando ci si rivolge di solito ad un sanitario, ma è invece totalmente "imposto", per così dire subito, e deciso dall'alto e da altri, dal caso o dalle contingenze, da lentezze e farraginosi bizantinismi burocratici.

Non voglio con questo affermare che ciò non possa accadere ai pazienti italiani, ma se ci pensate bene la stessa situazione può avere diverse percezioni e generare diverse risposte e più complessi percorsi emotivi nei migranti.

Oltre un secolo fa, si sapeva giacché è più importante conoscere "quale tipo di paziente ha una malattia piuttosto che quale malattia ha un paziente". Un approccio focalizzato sulla persona (person-focused), rispetto all'approccio dominante focalizzato sulla malattia (disease-focused) è il più adatto alla gestione delle malattie specie quelle gravi, perché è in grado di affrontare il modo con cui più malattie in-

teragiscono tra loro e riconoscere le condizioni di vulnerabilità sociale, familiare e economica dei pazienti che aggravano i loro problemi di salute.

Abbiamo bisogno di linee guida adatte per l'assistenza focalizzata sulle persone piuttosto che sulla malattia. I medici, anche quelli specialisti, ed io nel mio caso mi occupo di odontoiatria, dovremmo tutti fare uno sforzo per cercare di comprendere che curare e guarire i singoli organi o apparati dalle singole patologie non deve significare non prendersi cura del paziente nella sua globalità.

Sono necessarie capacità d'ascolto, pazienza, tempo, capacità di mediazione e a volte di immedesimazione senza rinunciare a quel distacco clinico necessario, ma pieno di attenzioni per quella persona.

Poniamoci noi per primi delle domande, facciamo delle domande ai nostri pazienti che spesso vorrebbero dire di più se opportunamente stimolati ed ascoltati.

L'anamnesi se non è una mera raccolta dati può essere uno strumento formidabile per entrare in sintonia con un paziente, tanto più se è appartenente ad una cultura, ad una lingua e soprattutto ad una "medicina" diversa e lontana dalla nostra.

I medici che svolgono opera di volontariato devono difendere i sistemi sanitari basati sulle cure primarie, perché questa è l'unica strada per ottenere una maggiore equità attraverso appropriati interventi medici.

Quanto arricchimento, quanta umanità può venire a noi da chi è diverso da noi.

È proprio nella sofferenza che l'uomo esprime veramente se stesso. Non dimenticherò mai una seduta odontoiatrica, tanti anni fa, con una giovane signora, badante, di un Paese lontano, che mi fece riflettere su come noi occidentali lasciamo che a prendersi cura delle persone a noi più care, i nostri figli ed i nostri anziani genitori da accudire,

siano altri, persone che per quanto disponibili, sono tali solo perché pagate per farlo.

Per lei, per il suo modello culturale e probabilmente anche in base alla sua gerarchia di valori, era davvero incomprensibile che la nostra società avanzata, tecnologica, piena di attenzioni anche per il superfluo, permettesse con le sue dinamiche spietate che il bene più prezioso che abbiamo, cioè il tempo, non potesse essere preso, magari rubato al lavoro e dedicato e restituito a chi ci ha donato la vita e a coloro ai quali noi doniamo la vita.

Quanta dignità, quanta profondità e qualità nelle parole di quella donna che parlava così poco ma, comunicava tanto! Mi sono sentito impreparato, non avevo e forse non ho ancora oggi delle risposte adeguate.

Ma dove sono le difficoltà concrete dell'assistenza sanitaria con i migranti?

- L'approccio di salute deve essere interculturale ed interdisciplinare e questo è sicuramente un fattore che non facilita il raggiungimento di standards adeguati.

- La normativa per il diritto alla salute è in continuo cambiamento e le regole finiscono spesso per essere tali in base alle diverse interpretazioni. Esistono politiche sanitarie nazionali che non coincidono e spesso sono addirittura in conflitto con quelle nazionali. Badate bene che questo determina l'abbassamento del livello di fruibilità dei servizi sanitari e si traduce in problemi concreti di logistica e di operatività che si vanno a sommare alla noxa del paziente, amplificando a dismisura il suo vissuto della patologia.

Ciò accade trasversalmente ed in maniera indiscriminata e le singole reazioni del paziente dipendono dalla propria individualità, dalla religione, dalla fede, dalla rassegnazione o dalla capacità di reazione, dagli atteggiamenti, insomma dal vissuto di ogni singolo individuo.

Non esiste la “malattia”, o meglio esiste quella malattia in quel paziente, ed aggiungerei in quel momento della vita, in quel luogo, in quella situazione di carenza affettiva, di disagio oltre che di sofferenza fisica.

Si determina in questi casi quello che viene definito nella moderna metodologia della medicina delle migrazioni un “effetto migrante esausto”, cioè in alcuni casi il decadimento delle condizioni di salute del migrante in seguito alla permanenza nel paese che lo ospita.

Non dobbiamo dimenticare che tra i determinanti sociali della salute, l’istruzione e l’occupazione che quindi dà un benessere psicologico, sono tra i più importanti.

Così come tra i determinanti distali della salute è un fattore molto importante la riduzione della povertà.

Il fenomeno migratorio è davvero eterogeneo, dinamico e soprattutto evolutivo.

Questo ultimo aspetto ci porta a cambiare i nostri strumenti concettuali per far fronte alle nuove politiche sanitarie e l’accoglienza intesa come ricomposizione della frattura relazionale avrà sempre più importanza.

Gli ambiti da affrontare spesso non sono solo sanitari ma anche sociali e legali.

Le figure che in team devono operare assieme sono quindi operatori specialisti, medici specialisti, psicologi, assistenti sociali, legali e mediatori culturali.

Purtroppo spesso il ruolo di questi ultimi è ingiustamente sottovalutato ed a mio avviso è invece la chiave che apre le porte per una buona comunicazione ed introduzione del paziente al sanitario.

Pensiamo a due grossi tipi di disagio che nella gravità della malattia trovano spazio e vengono amplificate: la solitudine e la precarietà.

La solitudine è spesso percepita e in alcuni casi estremi come reale.

E in ogni caso associata alla perdita del proprio ruolo sociale, della famiglia e ancor più dalla perdita della salute.

Il senso di precarietà cresce con il peggioramento delle condizioni cliniche, i pazienti avvertono questo, spesso delusi dal “fallimento” di una medicina, la nostra, che essi credevano onnipotente ma che non ha potuto, o nonostante la sua tecnologia, far fronte a eventi patologici incurabili.

L'operatore deve perciò avere sempre con se quell'attento e delicato equilibrio tra il distacco clinico di cui parlavo sopra e un eccessivo coinvolgimento che lo porterebbe ad una burn-out syndrome o subire in altri casi un cosiddetto trauma “vicario”.

Ho seguito il vostro corso con molto interesse e pur non avendo potuto essere presente a tutti gli incontri ne sono uscito con la conferma che i profondi cambiamenti dovuti ai flussi migratori devono in qualche modo metterci di fronte ad un bivio decisionale.

Questo bivio lo incrociamo tutti i giorni nella nostra vita professionale, nei luoghi di lavoro e nelle mura domestiche, spesso negli affetti o negli occhi dei nostri figli ed è rappresentato dalla voglia di mettersi in gioco e dalla capacità di condividere il nostro mondo ed il nostro vissuto con gli altri, oppure di chiuderci egoisticamente e far finta che gli “altri”, i diversi da noi non esistano o che non sia possibile un incontro tra loro e noi.

Credo che il bivio in fondo sia proprio nella nostra coscienza ed anche quelli che si girano dall'altra parte dovranno prima o poi fare i conti con essa.

ASSOCIAZIONE VOLONTARI OSPEDALIERI ROMA

Pierpaola Parrella

Volontaria polo ospedale Santo Spirito

Anno dopo anno in ospedale è aumentato il numero dei ricoveri di persone con culti, culture e abitudini diverse. Di conseguenza, anche l'Avo ha dovuto rendersi conto dell'inadeguatezza del servizio offerto dai volontari e della scarsa accoglienza da parte del Servizio sanitario, perché sono palesi il disagio dell'utente straniero, le sue difficoltà e la sua solitudine, proprio nel momento della sua massima fragilità. Queste riflessioni hanno portato l'Avo a coinvolgere la Direzione sanitaria dell'ospedale Santo Spirito Asl RmE e il Cesv in un processo innovativo, iniziando da una vera accoglienza, nel rispetto delle differenze e specificità culturali e religiose.

Il percorso è iniziato con un convegno per far emergere queste criticità; subito dopo è nato un laboratorio interreligioso e dai nostri incontri è emersa la necessità di un corso specifico per aiutare gli operatori sanitari ed il personale volontario a ricevere il paziente straniero nel rispetto del suo culto e delle sue abitudini, con l'obiettivo di rendere più efficace e umanizzante l'accoglienza.

Il corso di formazione si è svolto nella sede del Cesv, ed ha permesso ai partecipanti di acquisire competenze relazionali, necessarie per rendere efficace una comunicazione in ambito multiculturale, e ha aiutato a comprendere il diverso significato della salute, della sofferenza e della morte nelle diverse religioni. Inoltre, la conoscenza dei simboli religiosi, le abitudini e gli aspetti etici hanno permesso di dare un ascolto efficace e di accogliere l'altro in maniera più empatica.

Il corso ha avuto una durata complessiva di 21 ore articolate in 7 incontri ed era rivolto a volontari, aspiranti volontari e personale sanitario. Il programma è stato ricco, intenso e svolto da personale qualificato. A questo proposito vorrei ricordare la bellissima lezione del professor Massimo Rosati, che ci ha aperto una finestra sui futuri orizzonti, coinvolgendoci in una lezione interattiva che contemporanea-

neamente ci faceva riflettere su varie tematiche. Mi ha colpito moltissimo apprendere della sua scomparsa solo pochi giorni dopo il suo intervento, scomparsa che ha lasciato in tutti noi una profonda tristezza.

Durante il corso, ci sono stati anche momenti di confronto, che hanno dato la possibilità ai partecipanti di trovare soluzioni alle problematiche emerse nelle loro attività, affrontando anche aree tematiche di notevole interesse, con il pieno coinvolgimento dei presenti.

Su questa esperienza è stato pubblicato un articolo uscito su vino-nuovo.it: si intitola “Al Santo Spirito le corsie dell’accoglienza” e ha un sommario che mi ha colpito: «Tutti abbiamo diritto a ricevere le cure necessarie, ma non si curano solo i corpi. Così anche la malattia può diventare via al dialogo tra le religioni». Credo che questa frase riassume bene il senso e gli obiettivi di questo lavoro: non solo fare in modo che nelle strutture ospedaliere le cose “funzionino meglio”, ma anche quello di far crescere una cultura dell’accoglienza e del dialogo, che si riverberi su tutta la società. In altre parole, fare dell’ospedale un luogo in cui si sperimentano modi diversi di interazione con “l’altro”, per stare meglio tutti.

TRIBUNALE PER I DIRITTI DEL MALATO CITTADINANZATTIVA

di Maria de Roberto

Volontaria polo ospedale Santo Spirito

Quando sono stata chiamata – quale rappresentante del Tribunale dei diritti del malato presso l'ospedale Santo Spirito – a collaborare alla realizzazione di un centro dedicato ai pazienti, che desse attenzione alle loro radici culturali, alla loro spiritualità e ai loro diversi orientamenti religiosi, ho provato subito entusiasmo per tale progetto. Mi è infatti apparsa come un'iniziativa decisamente innovativa nell'approccio con il malato, in quanto capace di intervenire in modo incisivo e diretto sulla spersonalizzazione che il paziente subisce all'interno di una struttura sanitaria.

Per questo ho partecipato assiduamente e con estremo interesse agli incontri con i rappresentanti delle diverse comunità religiose, ritraendone un arricchimento ed una maturazione inaspettati.

Il percorso può avere ancora molti sviluppi futuri. Ad esempio, sarebbe importante che diventasse attiva “La stanza del silenzio” – cioè uno spazio in cui fedeli di diverse religioni possano raccogliersi in meditazione o in preghiera – perché potrebbe migliorare ulteriormente il rapporto tra l'ammalato e la struttura sanitaria, così da affiancare alla necessità di una cura prettamente medica, anche quella che presta attenzione al profilo culturale, spirituale e religioso dei pazienti.

Si ringraziano per la fattiva collaborazione
Alessandro Bazzoni, Paola Gabbrielli Piperno,
Luigi De Salvia, Daniela Santella, Pierpaola Parrella

**Si ringraziano tutti i relatori per la loro disponibilità
e collaborazione a titolo gratuito**

Si ringraziano
Massimo Sculli e Manuela Probo
per la collaborazione volontaria all'editing

Finito di stampare il.....

In questa pubblicazione sono raccolti gli interventi e i materiali del corso di formazione regionale "Accoglienza e pluralismo culturale e religioso nelle strutture sanitarie", rivolto ai volontari che operano nell'area sanitaria e socio-sanitaria.

Il corso ha visto come protagonisti gli esponenti delle religioni cristiana, ebraica, musulmana, induista, buddhista, sikh e bahá'í, che hanno rappresentato la propria visione della malattia e della relazione con i sanitari, nonché le diverse esigenze che persone che aderiscono a queste religioni possono presentare quando hanno problemi di salute.

Per ricordare come il principio di uguaglianza, nei confronti della malattia e dei diritti alla cura e all'assistenza, si deve necessariamente integrare con il principio di diversità, che impone la sfida di considerare ogni individuo unico e irripetibile e portatore del diritto ad una personalizzazione degli interventi sanitari.

