

La spiritualità nella cura Note per una pastorale sanitaria

Al di là delle distrette economico-organizzative nelle quali si dibatte la sanità italiana, negli ultimi anni è cresciuta l'evidenza che i condizionamenti tecnologici ed economici rischiano di incrementare una forma di spersonalizzazione delle cure mediche che porta a sottovalutare l'interazione tra i fattori biologici, psicologici, spirituali e sociali della malattia. Un approccio più completo è quindi auspicabile, e in questa direzione si colloca il crescente interesse in ambito ecclesiale per il tema della spiritualità nella cura, che sta propiziando l'ideazione di proposte formative intente a promuovere un approccio clinico e un accompagnamento pastorale attento alla dimensione spirituale della persona. Don Alberto Frigerio, presbitero della diocesi di Milano e docente di Etica della vita all'ISSR della medesima città, propone qui un'organica e completa riflessione sul senso della spiritualità nella cura, premessa alla promozione di una pratica sanitaria consona ai bisogni del paziente e al rinnovamento della stessa pastorale sanitaria.

Note introduttive

Negli ultimi decenni l'assistenza sanitaria ha conosciuto significativi mutamenti, con l'erogazione di servizi ad alto contenuto tecnologico, sottoposti a criteri di efficienza e vincolati da esigenti parametri economici. L'influsso tecnologico/economico risulta però ambivalente. L'applicazione delle innovazioni tecnologiche alla medicina alimenta la specializzazione dei trattamenti, che acuisce lo sguardo sui problemi specifici e risulta proficua sul piano sperimentale e diagnostico-terapeutico, ma al contempo rischia di far perdere di vista l'intero, in quanto l'attenzione dei sanitari si pone più su cellule, tessuti e organi che sulla persona nella sua interezza. L'ingresso massivo della tecnologia nell'ambito della pratica medica favorisce inoltre la medicalizzazione della malattia, che diviene competenza tecnica del

personale sanitario più che essere competenza etica del malato, in quanto il crescente potere tecnologico è correlato a una ragguardevole dipendenza del paziente dall'apparato medico. Infine, la complessa macchina socio-sanitaria deve affrontare il delicato problema dell'equa distribuzione delle risorse economiche, che incide sull'allocazione e razionalizzazione dei fondi destinati a tutelare il bene della salute, col rischio di comprimere il paziente entro criteri produttivi di ordine mercantile.

I condizionamenti tecnologici/economici a cui è sottoposta la medicina contemporanea, che pure sono forieri di benefici, rischiano dunque d'ingenerare una *spersonalizzazione delle cure*. Per ovviare a questa possibile deriva è andato sviluppandosi un movimento di opinione intento a promuovere l'*umanizzazione delle cure*. Tra i suoi esponenti più insigni si annovera lo psichiatra G.L. Engel, noto per aver coniato il termine «biopsicosociale»¹ in riferimento al modello di cura volto a considerare l'interazione tra i fattori biologici, psicologici e sociali della malattia. Questa interessa infatti molteplici dimensioni, biologica del corpo dell'ammalato, psicologica del paziente sofferente, sociale delle relazioni, motivo per cui la cura medica va praticata integrando diverse discipline, anzitutto mediche e psicologiche.

In questo quadro è andata maturando l'esigenza d'integrare nei percorsi di cura anche gli aspetti legati alla dimensione spirituale. Perché si possa effettivamente parlare di «cura integrale»² è infatti necessario coniugare i fattori biologici oggettivi con quelli psicologico-sociali e altresì spirituali soggettivi. Accanto alle spiegazioni biologiche, che offrono la base scientifica per comprendere la dinamica fisiopatologica delle malattie, esiste una dimensione psicologico-sociale e pure spirituale per la rielaborazione soggettiva degli eventi correlati alla malattia, che necessita di non venire trascurata. L'importanza della spiritualità nella cura è comprovata dalla pratica clinica, in cui la presa in carico di tale dimensione costituisce per il paziente un supporto significativo nell'affronto della prova costituita dalla

¹ Cfr. G.L. Engel, *The need for a new medical model*, «Science», 196 (1977), pp. 129-136.

² Cfr. A. Scola, *La cura integrale*, in Id., *La Buona Salute e i luoghi di cura*, Cantagalli, Siena 2002, pp. 27-34.

malattia³, ed è certificata dall'attenzione accordata da alcune organizzazioni sanitarie internazionali alla dimensione spirituale nella pratica medica e assistenziale. È questo il caso della Joint Commission, ente di accreditamento in sanità più grande al mondo, che invita a considerare gli aspetti spirituali all'interno delle cure mediche ospedaliere⁴, e dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, che esorta quanti operano nell'ambito delle cure palliative a farsi carico di ogni tipo di dolore e sofferenza del paziente, fisica, psicologica, sociale e spirituale⁵.

In questa cornice si coglie il crescente interesse in ambito ecclesiale per il tema della spiritualità nella cura, che sta propiziando l'ideazione di proposte formative intente a promuovere un approccio clinico e un accompagnamento pastorale attento alla dimensione spirituale della persona, secondo una concezione dell'*humanum* integrale. Alla luce di queste note introduttive ci apprestiamo a indagare il senso della spiritualità nella cura, al fine di promuovere una pratica sanitaria consona ai bisogni del paziente e favorire il rinnovamento della pastorale sanitaria.

Cura e spiritualità

Per quanto concerne la *cura*, è d'uopo richiamare il nome di M. Heidegger, che ha inaugurato l'indagine moderna sulla cura e ha dotato di statuto argomentativo la tesi secondo cui la cura è una dimensione ontologica originaria dell'essere, in quanto condizione della sua manifestazione. Heidegger evoca il mito di Cura narrato da Igino, scrittore latino del I secolo d.C., che nelle *Fabulae* presenta Cura come colei che lavora la creta e plasma l'essere umano, nel quale Giove infonde lo spirito vitale. Ispirato alla narrazione antica, che attribuisce a Cura il compito di ontogenesi del sog-

³ Cfr. R. D'Souza, *The importance of spirituality in medicine and its application to clinical practice*, «The Medical Journal of Australia», 21 (2007), pp. 57-59.

⁴ Cfr. P.A. Clark - M. Drain - M.P. Malone, *Addressing patients' emotional and spiritual needs*, «Joint Commission Journal on Quality and Safety», 29 (2003), pp. 659-670.

⁵ Cfr. World Health Organization, *Strengthening of palliative care as a component of comprehensive care throughout the life course*, «Journal of Pain and Palliative Care Pharmacotherapy», 28/2 (2014), pp. 130-134.

getto, Heidegger formula la tesi secondo cui la cura è radice dell'esistenza, struttura ontologica necessaria all'esserci (*Dasein*)⁶. La tesi si fonda sull'indagine fenomenologica della condizione umana, che è aperta al mondo nel modo del dover divenire il proprio poter essere, e questo accade per opera della cura. L'esserci è strutturalmente *dunamis*, potenzialità e tensione, e la forma che assume è connessa al tipo di cura di cui fa esperienza:

Il fondamentale modo d'essere di un ente che è in modo che per lui nel suo essere ne va di questo stesso essere lo indichiamo come *cura*. La cura è il modo fondamentale dell'essere dell'esserci, e come tale essa determina ogni modo d'essere che segua dalla costituzione d'essere dell'esserci⁷.

L'indagine heideggeriana è stata ripresa e sviluppata da L. Mortari. Diversamente da Heidegger, Mortari non prende avvio dalla narrazione di Igino ma dal mito di Crono narrato da Platone nel *Politico*. Mentre il racconto dello scrittore latino è costruito su una simbolica pregiudiziale, in cui il femminile è associato alla materia e il maschile allo spirito, il mito del filosofo greco è privo di una visione ideologica che sancisce ordini sociali già esistenti, dunque si presta a fondare il discorso sulla cura. Il mito racconta che in un tempo remoto gli umani godevano della cura divina, che in seguito venne meno, inducendoli ad avere cura di sé da se stessi⁸.

Al modo di Heidegger, Mortari parla di primarietà ontologica della cura, raccordabile alla debolezza ontologica dell'esserci. La cura è fenomeno essenziale, a motivo dei tratti distintivi della condizione umana, che costituiscono le «ragioni ontologiche della cura»: incompiutezza, vulnerabilità, fragilità, relazionalità⁹. L'esserci è *incompiuto*, in quanto ha da divenire: come gli altri viventi è gettato nel mondo, diversamente dagli altri viventi è una forma mancante, non pienamente data e mai finita, che decide di sé e si attua nell'esistenza. L'esserci è *vulnerabile*, in quanto è sottoposto alle

⁶ Cfr. M. Heidegger, *Sein und Zeit* § 42, Max Niemeyer, Tübingen 1967.

⁷ M. Heidegger, *Logik. Die Frage nach der Wahrheit*, Klostermann, Frankfurt a. M. 1976, p. 220.

⁸ Cfr. L. Mortari, *La politica della cura. Prendere a cuore la vita*, Raffaello Cortina, Milano 2021, pp. 37-41.

⁹ Cfr. L. Mortari, *Filosofia della cura*, Raffaello Cortina, Milano 2015, pp. 11-67.

azioni degli altri viventi ed enti, che possono nutrire ma anche minacciare. L'esserci è *fragile*, in quanto è un ente limitato, in perenne stato di bisogno, che non ha potere di essere, è un ente finito, che non possiede l'essere ma lo riceve e dunque non ne dispone (differenza ontologica). L'esserci è *relazionale*, in quanto il modo di un ente è sempre l'essere con altri: ciascun ente dal momento che esiste, coesiste. I quattro tratti peculiari della condizione umana rendono ragione della polisemia del termine cura, che risulta necessaria per nutrire l'esserci e fuoriuscire dall'incompiutezza (es. bambini), riparare l'esserci nella sua vulnerabilità (es. ammalati, disabili, handicappati), preservare l'esserci nella sua fragilità (es. anziani) e costruire direzioni di senso nella propria esistenza (es. amicizia). In tal senso, la cura si configura come dedizione (*epimeleia*) a cercare la migliore qualità di vita possibile (necessità etica), terapia (*terapeia* o *iatreia*) volta a lenire la sofferenza (necessità terapeutica) e preoccupazione (*merimna*) di conservare la vita (necessità vitale).

È quanto intuito dalla sapienza classica, che sottolinea l'importanza della cura nel senso di cura dell'anima, che costituisce il nucleo dell'educazione (*paideia*)¹⁰, e nel senso di attività medica volta a curare le affezioni del corpo ma anche la persona nella sua totalità fisica e psichica¹¹. Inoltre, dato che la cura è un fenomeno ontologico sostanziale dell'esserci, e dato che l'esserci è relazionale, la cura per l'altro, volta a perseguire e garantire il suo ben-essere, costituisce una condizione indispensabile per condurre una vita buona, anche per chi la pratica. L'esserci è al contempo oggetto e soggetto di cura, «ha bisogno di ricevere cura e di avere cura»¹².

Per concludere, Mortari invita a considerare la cura come pratica essenziale per condurre una vita buona, in quanto volta a coltivare, conservare e riparare la vita, intesa nella sua totalità corporea e spirituale: «La cura si configura come l'agire che procura quelle cose che sono necessarie non solo a conservare la vita, ma anche a coltivarla in vista del fiorire delle sue possibilità e a ripararla nelle ferite che il tempo può provocare nel corpo e

¹⁰ Cfr. Platone, *Apologia di Socrate* 30b e 36c, Bompiani, Milano 2014.

¹¹ Cfr. Platone, *Carmide* 155e e 156b, Bompiani, Milano 2015.

¹² L. Mortari, *La pratica dell'aver cura*, Mondadori, Milano 2006, VII.

nell'anima»¹³. La cura è pratica volta ad apportare all'altro un beneficio che da solo non è in grado di conseguire (altrimenti si tratta di un servizio), si precisa in alcune posture del curante (sentirsi responsabile, essere premuroso, condividere il bisogno) e si attua secondo diverse modalità relazionali, che possono essere formali, come nelle relazioni educativa e infermieristica, o informali, come nelle relazioni materna e amicale¹⁴. L'indagine di Mortari dischiude una nozione di cura olistica, preposta a coltivare, conservare e riparare la vita nella sua totalità corporea e spirituale. Traluce così il senso pieno della cura, che è propriamente tale se e nella misura in cui si accosta al bisogno umano nella sua interezza.

La riflessione filosofica di Mortari risulta conforme alla prospettiva dischiusa in ambito sanitario da C. Saunders, iniziatrice del moderno *Hospice Movement*. Assistente sociale, infermiera e medico, Saunders ha conferito qualifica scientifica all'assistenza dei malati terminali, predisponendo una struttura apposita, l'*hospice*, in cui garantire cure mediche specializzate, sostegno psicologico, assistenza spirituale e ausilio sociale. Così facendo, ha favorito la presa in carico del dolore fisico ma anche della sofferenza psicologica e spirituale e del disagio sociale correlati alla malattia, a cui dà voce l'espressione «*total pain*»¹⁵. Saunders ha ideato un modello assistenziale integrato, che eroga cure assistenziali terapeutiche nelle prime fasi della malattia e cure palliative nelle fasi avanzate della malattia a prognosi infausta, accostando l'assistenza domiciliare a quella in *hospice*. Il sintagma *cure palliative* dice che sono somministrate da un'*equipe* (il termine cura al plurale evoca l'intervento di molteplici figure: medici, infermieri, fisioterapisti, psicologi, assistenti sociali, religiosi, volontari) e che sono finalizzate a rispondere alla totalità dei bisogni (il termine palliative deriva dal latino *pallium* che significa mantello, a evocare l'idea di cura globale, che avvolge la persona intera). Le cure palliative costituiscono dunque un paradigma di cura totale, che prevede il confluire di interventi plurimi, volti a control-

¹³ *Ibi*, p. 177.

¹⁴ Cfr. L. Mortari, *Filosofia della cura*, pp. 115-175.

¹⁵ Cfr. C. Saunders, *Templeton Prize Speech*, Presented at the Guildhall in May 1981, «Studi Tanatologici», 5 (2009).

lare i sintomi fisici (dolore), psicologici (ansia, depressione, angoscia), spirituali (disperazione) e sociali (deterioramento dei rapporti). In tal senso, la visione antropologica sottesa alle cure palliative è ascrivibile al modello «biopsicosociale-spirituale» in cui «trovano spazio non parti separate della realtà umana da suddividere tra specialisti, ma dimensioni distinte sempre presenti e intercorrelate nell'interezza della persona»¹⁶.

In Italia le cure palliative sono normate dalla legge 38/2010, che le presenta come l'insieme di cure volte a migliorare il più possibile la qualità della vita del malato in fase terminale e della sua famiglia, quando la prognosi è infausta e il paziente non risponde più alle terapie ordinarie per quella data malattia. L'Organizzazione Mondiale della Sanità evoca esplicitamente l'importanza di avviare percorsi di cura integrale del malato, che prevede e comporta la gestione delle sue esigenze fisiche, psicologiche, spirituali e sociali¹⁷. In tempi recenti l'International Association for Hospice and Palliative Care ha presentato una nuova definizione di cure palliative, segnalando che non sono circoscritte alle malattie potenzialmente letali né ai malati terminali ma si estendono alla cura di ogni paziente che si trova in condizioni gravi, croniche e complesse¹⁸. Le cure palliative costituiscono dunque l'insieme di pratiche mediche, infermieristiche, psicologiche, sociali e spirituali finalizzate a controllare e, se possibile, eliminare i sintomi refrattari alla terapia ordinaria (dolore, dispnea, nausea, vomito incoercibile, irrequietezza psico-motoria, *delirium*, *distress* psicologico, sociale o esistenziale).

L'indagine filosofica condotta da Mortari e la pratica sanitaria inaugurata da Saunders offrono la cornice in cui trattare il tema della *spiritualità*. In letteratura scientifica si distingue la definizione di spiritualità offerta dall'European Association for Palliative Care:

La spiritualità è la dimensione dinamica della vita umana che concerne il modo in cui le persone (sia come individui che come comunità) fanno esperienza, esprimono e/o

¹⁶ D. Sulmasy, *A biopsychosocial-spiritual model for the care of patients at the end of life*, «The Gerontologist», 42 (2002), pp. 24-33: p. 29.

¹⁷ Cfr. World Health Organization, *Cancer pain relief*, WHO, Geneva 1996.

¹⁸ Cfr. IAHPCC, *Global Consensus Based Palliative Care Definition*, International Association for Hospice & Palliative Care, Houston (TX) 2018.

ricercano senso, scopo e trascendenza, e il modo in cui entrano in contatto al momento presente con sé stessi, con gli altri, con la natura, con ciò che è sacro e ha significato¹⁹.

La concezione della spiritualità come categoria relativa alla ricerca del senso del vivere è promossa anche da C. Puchalski, direttrice del George Washington Institute for Spirituality and Health²⁰, e dall'International Consensus Conference on Improving the Spiritual Dimension of whole Person Care²¹. In questo quadro si comprende il senso della categoria di spiritualità in rapporto alla nozione di religiosità, che sono distinte e però intimamente correlate: «Spiritualità e religiosità [...] possono essere profondamente connesse ma, strettamente parlando, non sono la stessa cosa»²². La spiritualità costituisce un elemento intrinseco e dinamico della condizione umana, tramite cui il soggetto ricerca il senso, lo scopo e la trascendenza ultimi, qualora l'interrogativo di senso sia vissuto in relazione al Trascendente, si parla di religiosità²³.

La nozione di spiritualità rinvenibile in letteratura medica è confacente a quella elaborata dalla tradizione filosofica e teologica, che parla di «principio persona»²⁴ per riferimento alla capacità umana di trascendere la dimensione materiale in virtù dell'anima spirituale. La spiritualità fa riferimento al principio spirituale della persona umana, che sporge rispetto alla dimensione biologica e s'interroga sul senso di sé e della realtà, diversamente da quanto accade agli altri esseri viventi, la cui condotta è guidata da

¹⁹ S. Nolan - P. Saltmarsh - C. Leget, *Spiritual care in palliative care: Working towards an EAPC Task Force*, «European Journal of Palliative Care», 18 (2011), pp. 86-89: p. 87.

²⁰ Cfr. C.M. Puchalski - B. Ferrell - R. Virani - S. Otis-Green - P. Baird - J. Bull - H. Chochinov - G. Handzo - H. Nelson-Becker - M. Prince-Paul - K. Pugliese - D. Sulmasy, *Improving the quality of spiritual care as a dimension of palliative care: The report of the consensus conference*, «Journal of Palliative Medicine», 12 (2009), pp. 885-904.

²¹ C.M. Puchalski - R. Vitillo - S.K. Hull - N. Reller, *Improving the spiritual dimension of whole person care: reaching national and international consensus*, «Journal of Palliative Medicine», 17 (2014), pp. 642-656: p. 643.

²² S. Vitell, *The role of religiosity in business and consumer ethics: A review of the literature*, «Journal of Business Ethics», 90 (2009), pp. 155-167: p. 156.

²³ Cfr. J.M. Henningsgaard - R.C. Arnau, *Relationships between religiosity, spirituality, and personality. A multivariate analysis*, «Personality and Individual Differences», 45 (2008), pp. 703-708.

²⁴ Cfr. V. Possenti, *Il nuovo principio persona*, Armando, Roma 2013.

processi biologico/istintuali. La spiritualità indica dunque il movimento di auto-trascendenza che spinge il soggetto oltre se stesso, proteso a ricercare un senso che consenta di apprezzare il valore dell'esistenza, anche nel tempo della malattia, in cui affiorano gli interrogativi più inquietanti: perché il dolore e la sofferenza? Cosa mi aspetta dopo la morte? La nozione di spiritualità ha pertanto una connotazione antropologica, in quanto è condivisa da tutti gli esseri umani, e come tale è inclusiva di tutte le credenze, comprese quelle secolarizzate, e garantisce un approccio di cura universale, nella logica dell'incontro e accoglienza, dischiudendo peraltro un accesso al tema propriamente religioso. Come rileva ancora Saunders, la malattia, tanto più se protratta, debilitante e terminale, provoca dolore fisico ma anche sofferenza psicologica-spirituale e disagio sociale²⁵, acuendo il problema del senso, che costituisce un dato condiviso e dunque un punto d'incontro tra curante e curato, quale che sia la loro credenza:

La ricerca di significato, di qualcosa in cui credere, può essere espressa in molti modi, diretti e indiretti, nella metafora o in silenzio, nei gesti o nei simboli [...] Quelli che lavorano nelle cure palliative devono comprendere che anche loro sono chiamati a fronteggiare questa dimensione per se stessi. Molti, sia i pazienti che chi li aiuta, vivono in una società secolarizzata e hanno perso il linguaggio della religione [...]. Il professionista può, con la propria ricerca di significato, creare un clima, come noi abbiamo tentato di fare nei tanti anni passati, spesso coi limiti della nostra incapacità, nel quale pazienti e familiari, sostenuti nella fiducia, possono protendersi verso ciò che vedono come vero e trovare il coraggio di accettare ciò che sta loro accadendo²⁶.

Azione pastorale

L'indagine inerente alla spiritualità nella cura, oltre a promuovere una pratica sanitaria adeguata al bisogno del paziente nella sua integralità bio-psico-socio-spirituale, costituisce uno stimolo a rinnovare la pastorale sanitaria, che in via preliminare può venire definita nei seguenti termini:

²⁵ Cfr. C. Saunders, *The symptomatic treatment of incurable malignant disease*, «Prescribers' Journal», 4/4 (1964), pp. 68-73.

²⁶ C. Saunders, *A personal therapeutic journey*, «British Medical Journal», 313 (1996), pp. 1599-1601: pp. 1600-1601.

Possiamo definire la pastorale della salute come la presenza e l'azione della Chiesa finalizzate all'evangelizzazione del mondo sanitario attraverso l'attualizzazione della presenza liberatrice, sanante e salvatrice di Cristo, nella potenza dello Spirito Santo²⁷.

La pastorale sanitaria è l'azione ecclesiale volta a evangelizzare il mondo della salute tramite l'attualizzazione della prassi di Gesù nella potenza dello Spirito Santo, affinché il paziente e i suoi familiari, ma anche gli operatori sanitari, siano liberati dai vincoli dell'angoscia che la malattia e l'approssimarsi della morte inevitabilmente comporta, come rileva H.U. von Balthasar: «L'angoscia è inerente all'esistenza in quanto tale, alla 'vanità' che la annienta, a causa del niente che sta prima e dopo [...]. L'angoscia viene dalla minaccia totale che alla sostanza viene dalla morte»²⁸. Più estesamente, la pastorale sanitaria, che ha per soggetto la comunità ecclesiale, i fedeli che abitano i luoghi di cura (affiliati alla cappellania ospedaliera e personale sanitario) e quelli che agiscono sul territorio (animatori della fitta rete parrocchiale, membri di realtà di assistenza territoriale, ecc.), ha lo scopo di illuminare i problemi del mondo della sanità tramite la cura del malato e dei suoi familiari, l'umanizzazione delle strutture sanitarie, la promozione del bene della vita umana, la difesa della dignità della persona nel campo della ricerca scientifica e degli interventi medico-chirurgici, il dialogo con le istanze politiche che presiedono alla legislazione sanitaria²⁹.

Convogliando l'attenzione sulla cappellania ospedaliera, va rilevato che le classiche pratiche di sostegno spirituale in ambito ospedaliero, un tempo identificate con l'assistenza religiosa svolta dai ministri di culto, oggi giorno si trovano di fronte all'esigenza di una riorganizzazione e di un adeguamento alle richieste del moderno contesto ospedaliero, che si qualifica per la compresenza di soggetti appartenenti a molteplici tradizioni culturali e religiose. È quanto certifica la letteratura scientifica, in cui traspare l'esigenza di superare il modello tradizionale del cappellano, rivolto in modo pressoché esclusivo ai fedeli della stessa religione fornendo un'assistenza

²⁷ A. Brusco - S. Pintor, *Sulle orme di Cristo medico. Manuale di teologia pastorale sanitaria*, EDB, Bologna 2008, p. 37.

²⁸ H.U. von Balthasar, *Der Christ und die Angst*, Johannes, Einsiedeln 1989, pp. 16 e 72.

²⁹ Cfr. A. Brusco - S. Pintor, *Sulle orme di Cristo medico*. cit., pp. 39-40.

basata su pratiche rituali, in favore di un cappellano in grado di accogliere persone di ogni credenza, integrandosi con l'equipe di cura. Negli Stati Uniti d'America si diviene membri dell'*Association of Professional Chaplains* dopo una formazione di 7 anni, durante i quali si conseguono competenze teologiche, pastorali, cliniche e delle problematiche inerenti al mondo della salute³⁰. In Europa sono stati elaborati *standard* per la cappellania nel mondo della salute, in cui si raccomanda che i cappellani, oltre ad assicurare il culto religioso secondo la confessione del malato, si dispongano ad ascoltare le esigenze spirituali di ogni paziente, operino come membri d'equipe multidisciplinari, prendano parte a programmi d'insegnamento e aggiornamento rivolti ai professionisti del mondo della salute³¹. In Italia è stato proposto di inaugurare percorsi di formazione per integrare pratiche operative tradizionali e moderne, nell'ambito dei rapporti tra mondo scientifico, organizzazione ospedaliera e diverse confessioni religiose³².

In questa prospettiva si collocano le su evocate proposte formative ecclesiali, volte a promuovere una pastorale sanitaria nell'integrazione di annuncio, sacramenti e servizi di carità, capace di dialogare con soggetti portatori di mondovisioni differenti. A tal fine, il percorso formativo intende garantire una solida formazione accademica, radicata sul dato antropologicamente cruciale della spiritualità, su cui innestare la proposta religiosa³³, nella fattispecie cristiana, che si qualifica per il riferimento a Cristo. Come segnala Balthasar: «La domanda filosofica circa il senso dell'essere in generale diventa, una volta puntata sull'uomo, domanda religiosa circa la sua salvezza»³⁴. In tal senso, l'annuncio cristiano si presenta come risposta all'esperienza elementare-religiosa. In particolare, due sono

³⁰ Cfr. H.G. Koenig, *Role of the chaplain on the medical-surgical team*, «AORN Journal», 96/3 (2012), pp. 330-332.

³¹ Cfr. European Network of Health Care Chaplaincy, *Standard Europei per la cappellania nel mondo della salute*, http://enhcc.eu/turku_standards.htm.

³² Cfr. T. Proserpio - C. Piccinelli - C. Arice - M. Petrini - M. Mozzanica - L. Veneroni - C.A. Clerici, *Il supporto ai bisogni spirituali nella cura ospedaliera. Prospettive di integrazione nell'ospedale moderno*, «Recenti Progressi in Medicina», 105 (2014), pp. 281-287.

³³ Cfr. K. Benton - R. Pegoraro (ed.), *Finding Dignity at the End of Life: A Spiritual Reflection on Palliative Care*, Routledge, London 2020.

³⁴ H.U. von Balthasar, *Epilog*, Johannes, Einsiedeln 1987, p. 18.

le figure che esprimono il modello di cura cristiano, che nei secoli ha mosso i discepoli del Signore a curare infermi e malati, ideando gli ospedali e animando innumerevoli opere di carità³⁵: Cristo Buon Samaritano, che si prende cura del prossimo che è nell'indigenza e invita i suoi discepoli a fare lo stesso (*Lc* 10,25-37), e Cristo medico, secondo la terminologia patristica, inaugurata in Oriente da Ignazio d'Antiochia, che nella *Lettera agli Efesini* parla di «*Christos iatros*» (7,2), e in Occidente da Ambrogio di Milano, che nell'*Esposizione sui Salmi* parla di «*Christus medicus*» (37,56).

La spiritualità cristiana si distingue per il radicamento nello Spirito di Cristo Risorto, che istruisce e abilita lo spirito del discepolo a vivere al modo del Maestro. In tal senso, i cristiani, figli di un Dio incarnato (*Gv* 1,14) che non si è tenuto distante dai patimenti umani ma li ha abitati e dipanati, hanno il compito di annunciare «con parole e opere» (*Rm* 15,18) il Vangelo della Vita, al fine di dischiudere cammini di speranza, in cui rinvenire la risposta alla domanda di salute del malato, che cela la più radicale richiesta di salvezza (il latino *salus* si riferisce a entrambe le realtà), ovvero la liberazione dai vincoli del male e della morte³⁶. È quanto certifica Saunders, che descrive la prossimità dei discepoli di Cristo al malato documentando l'attualità delle immagini evangeliche del bicchiere d'acqua fresca e della lavanda dei piedi:

Cristo è presente in tutte le competenze professionali che apprendiamo e in simboli e sacramenti di ogni genere. Anche nei segni del bicchiere d'acqua fresca e della lavanda dei piedi. Tutte queste cose parlano silenziosamente ai pazienti dell'amore di Dio per loro [...] La risposta cristiana al mistero della morte e della sofferenza non è una spiegazione, ma una presenza³⁷.

³⁵ Cfr. G. Cesana, *Il "ministero" della salute. Note introduttive alla medicina*, Società Editrice Fiorentina, Firenze 2005. G. Cosmacini, *L'arte lunga. Storia della medicina dall'antichità a oggi*, Laterza, Roma-Bari 2011.

³⁶ Cfr. A. Scola, *Se vuoi puoi guarirmi. La salute tra speranza e utopia*, Cantagalli, Siena 2011, pp. 7-32.

³⁷ C. Saunders, *Watch with Me. Inspiration for a life in hospice care*, Observatory House, Lancaster 2005, pp. 6 e 29.