



QUALE BIOETICA PER LA PERSONA ANZIANA?

Spiritualità e salute dell'anziano

Spirituality and health of the elderly

M. PETRINI

Centro di Promozione e Sviluppo dell'Assistenza Geriatrica, Facoltà di Medicina e Chirurgia "A. Gemelli", Università Cattolica del Sacro Cuore; Istituto Internazionale di Teologia Pastorale Sanitaria "Camillianum", Roma

More and more scientific publications and journals are dealing with the theme about taking into consideration the spiritual dimension of the patient in medical and health-care practice. Spirituality is constitutive of a person which, and in old age, it assumes particular importance; hence, the well-being of the whole person cannot but derive from a correct interrelationship among the biophysical, psychological and spiritual aspects. This is why the spirituality of the elderly is considered a health-care concern in geriatric institutions.

Key words: Aging • Spirituality • Health care

Introduzione

L'attenzione alla dimensione spirituale della persona, nella pratica medica e assistenziale in genere, è un tema sempre più presente su pubblicazioni e riviste scientifiche. Alla ampia bibliografia contenuta nelle pubblicazioni in nota alla quale si rimanda^{1,2}, in questa sede si vuole ricordare come nell'*Hastings Center Report* di maggio-giugno 2000 è stato pubblicato un articolo "Prayer as Therapy" che, fra l'altro, afferma che le convinzioni religiose possono influire sullo stato di salute ma non sono considerate come dovrebbero nella pratica professionale. Una ulteriore citazione riguarda l'*American Journal of Occupational Therapy* che ha dedicato il fascicolo 3/1997 ad uno Special Issue on Occupation, Spirituality and Life Meaning. Ancora, in un recente articolo apparso su "*The Lancet*" si è affermato che la spiritualità è il "fattore dimenticato" in medicina e si auspica quindi che la spiritualità sia inserita nei curriculum degli studi di medicina³.

Queste citazioni, peraltro emblematiche e non certamente esaustive della problematica, sottolineano questo orientamento che nasce dalla convinzione che ogni incontro con la malattia suscita nel paziente interrogativi sul significato della vita, sul destino umano, sulla realtà della morte e che trova spazio anche su manuali assistenziali a carattere specificamente geriatrico, in particolare in ambito anglosassone^{4,6}.

Se la salute è più dell'assenza di malattia, ed è più ampia della singola dimensione della sofferenza, vi è un obiettivo di cura che va oltre la diagnosi e cura di una specifica patologia. Questo obiettivo ha a che fare con la qualità di vita, con la ricchezza che è invocata quando ci si chiede e si risponde alla domanda "chi sono?" Oggi quindi si ritiene che gli operatori professionali dovrebbero cogliere ogni occasione per aiutare il loro paziente - un paziente di ogni età anche se in questa sede si parlerà del paziente anziano - a rispondere a questa domanda sollecitata dalle



situazioni dell'invecchiamento, della malattia, della disabilità, della morte, considerando questo aiuto una componente del processo assistenziale⁷⁻¹¹.

Per una precisazione terminologica

Fino al 1971 il termine più usato nell'ambito della sociologia della religione era "religiosità", per esprimere le attività o i comportamenti di un impegno religioso. Emergeva però la necessità di un concetto più ampio e, sulla base delle ricerche sugli indicatori sociali, si affermò che la "spiritualità" permea tutte le relazioni e gli eventi della vita, categorizzandosi poi in una fede religiosa se la persona è credente. La salute è allora uno stato di essere risultante dalla soddisfazione dei bisogni biologici, psicologici, spirituali. E la dimensione spirituale può essere delineata come i bisogni di significato, di scopo, di realizzazione che connotano la vita umana, la speranza e la volontà di vita, le convinzioni e, se credente, la fede in Dio.

Poiché la dimensione spirituale è una dimensione importante, come si è detto, dello stato di salute di una persona, è allora fondamentale che questa dimensione sia considerata dagli operatori professionali quando la malattia o la ospedalizzazione, possono causare sconforto¹²⁻²⁰; ma anche nella riabilitazione²¹ e nella malattia psichiatrica²², superando un modello biomedico meccanicistico che evidenzia ormai le sue limitazioni²³.

La definizione di benessere spirituale sembra essere stata usata per la prima volta nel 1969 ad un convegno luterano dedicato alla persona anziana, organizzato in collaborazione con la *U.S. Administration on Aging*²⁴, e si riferisce all'essere in salute della persona, al di là delle condizioni fisiche e mentali e dell'elevato o minimo livello di maturità spirituale raggiunta. È solo però nel 1971, nell'ambito della *White House Conference on Aging*, che il termine benessere spirituale venne adottato ufficialmente.

Spiritualità e salute della persona anziana

Errato è il pregiudizio che definisce l'anzianità come un periodo di anni tranquilli, quasi di età d'oro. L'invecchiamento è un processo vitale, è movimento, è dinamico - in sintesi è umano - e come ogni processo dinamico umano consiste nell'alternarsi di alti e bassi, di avvenire e passato, di ascesa e caduta. Si è definito l'invecchiamento infatti come "un continuo cambiamento del sé e un continuo cambiamen-

to dello scenario degli adattamenti. Con il passaggio del tempo la vita diventa più complessa"²⁵.

Vecchiaia e invecchiamento non sono un "vuoto esistenziale" inevitabile, fatale, accompagnato da noia, rassegnazione o da un ottimismo fine a se stesso; la persona anziana vive, non sopravvive in attesa della morte, come forse molta cultura attuale sembrerebbe affermare.

Essere in salute, allora, dal punto di vista spirituale significa dare un senso all'età che si sta vivendo. Questa ricerca di senso comincia con l'accettare la propria età e l'accetta chi accoglie la sua età per quello che è, con i suoi valori e i suoi limiti²⁶. Il rischio infatti per la persona anziana può essere quello di tendere a diventare ospite di un mondo più giovane e nel quale non ritrova più valori, stili di vita, ripiegandosi su se stessa, così come il boomerang ritorna a colui che l'ha lanciato²⁷.

Le sfide dell'invecchiamento possono divenire per alcune persone opportunità di crescita spirituale ed etica, mentre per altre le stesse esperienze possono favorire una regressione egoistica e atteggiamenti di ostilità sociale²⁸. C'è qualcos'altro tuttavia che va aggiunto: molto dipende dal fatto che la comunità stessa, da parte sua, accetti la vecchiaia, che conferisca ad essa onestamente e cordialmente il diritto alla vita che le compete.

Notevoli ripercussioni ha poi sulla "spiritualità dell'anziano" il suo stato di salute: l'anzianità in se stessa non è causa di malattia, ma aumenta la probabilità di malattie croniche. Questo fa sì che molte volte la sofferenza, o almeno la paura della sofferenza, sembra contraddistinguere l'età avanzata. L'insorgere o l'aggravarsi di patologie può provocare gravi problematiche esistenziali, quali quelle connesse, ad esempio, con la perdita dell'autosufficienza.

Cause biofisiche, spirituali, socioculturali, psicologiche possono sommarsi in un dinamismo dalle conseguenze sempre più negative, a dimostrazione della complessità della persona e della intima relazione di ogni sua dimensione. Ma la spiritualità della persona anziana risente notevolmente anche del grado di autonomia decisionale che gli è riconosciuto sulla scelta del luogo di vita, dello spazio di vita, della possibilità di disporre liberamente dei propri oggetti-ricordi. Situazioni queste che possono segnare sia la vita in famiglia, che in istituzioni assistenziali.

E naturalmente la condizione di vita incide notevolmente sulla spiritualità. Comprendere il significato di benessere spirituale in una casa di riposo - almeno come è stata concepita finora - non è facile. È molto difficile per questi ospiti anziani riuscire a dire "sì" alla vita quando si sentono senza aiuto, sen-

za speranza e dimenticati. La casa di riposo è spesso vissuta dagli ospiti, dallo staff, dalle famiglie come il “capolinea”, come un posto per morire. È questo il volto più drammatico della vecchiaia ²⁹.

Il rischio è quello di diventare persone anonime, con la tendenza ad isolarsi e a somatizzare, diventando sempre più esigenti e inquiete e, di conseguenza, sempre più isolate. Gli anziani ricoverati in istituti geriatrici possono assumere spesso atteggiamenti di tanatofilia: infatti l'anziano molto vecchio, prostrato dagli anni e dalle fatiche, sembra invocare con frequenza la morte, che viene anticipata e quasi cullata in tanti lunghi attimi di vuoto esistenziale ³⁰. È in questo ambiente di vita che all'anziano non rimane che rinchiudersi in sé, senza identità, già morto prima che la morte biologica lo tolga da un mondo in cui per lui non c'è posto ³¹. In queste istituzioni assistenziali, qualche volta luoghi deputati al contenimento di una umana solitudine, si può arrivare a negare la stessa umanità, come nel caso delle persone anziane dementi, per l'assunto che se si perde, almeno apparentemente, la capacità di ragionare, non si esiste. Ma se un anziano in una casa di riposo può non essere più capace di esprimere, almeno apparentemente, sentimenti di relazione, può ancora sentire il conforto di un'altra mano che tiene la sua o il piacere del sole che illumina il suo viso ³². Anche se non si può apparentemente capire come sperimenta la sua spiritualità, si può però comprendere come essa connaturati ancora il suo spirito.

Spiritualità ed assistenza

È importante allora una preoccupazione assistenziale che consideri anche questa dimensione della persona. Punto fondamentale di questa assistenza è il colloquio che si deve stabilire fra l'operatore e il paziente nel corso del processo assistenziale. Un essere vicini che deve permettere al paziente, meglio alla persona anziana assistita, di parlare dei suoi sentimenti, dei suoi bisogni, delle sue convinzioni religiose, di ripensare la sua vita. Le eventuali perdite con le quali si devono confrontare le persone anziane - perdita delle capacità fisiche e cognitive, perdite di ruolo, di identità - sfidano le persone a trascendere se stessi. Ma se è relativamente facile assicurare un livello ottimale di cura e assistenza, è mol-

to più impegnativo cercare di offrire un aiuto ai travagli spirituali. Infatti, come aiutare l'altro a dare un senso a questa tappa impegnativa della vita? Come rimediare ad una solitudine divenuta troppo pesante? Come aiutare nella disabilità, specialmente quando nessuna perdita viene accettata? Come far fronte alla paura, alla depressione e al mutismo ³³?

Emblematico è questo caso: “Una anziana signora, sola, senza parenti, è affetta da una grave forma di artrite. È stata insegnante di piano per generazioni di bambini in una piccola comunità rurale, nonché direttore dei cori di varie scuole e, da tempo immemorabile, pianista ed organista della chiesa. Ora le sue condizioni sono peggiorate e le sue mani deformate non le permettono più di suonare. Durante una visita di routine il medico, constatando la progressione della malattia, afferma di essere consapevole del dolore associato alla patologia e le dice che farà di tutto per renderlo sopportabile. La risposta della signora ha però un profondo impatto emotivo sul medico: “Dottore, lei non comprende. Non è il dolore il problema. Il problema è che io non so più chi sono” ³⁴.

Risanata, non è la persona che raggiunge la guarigione del corpo - molte volte non più possibile - ma quella che è in grado di riconquistare la “forza di essere uomo o donna”, cioè la forza di dare un senso alla propria situazione di vita e di affrontare e gestire la situazione di vita minacciata dalla sofferenza, dalla disabilità, dalla morte ³⁵.

Si può sopportare una grave avversità fisica o spirituale, ma quello che non si può sopportare è l'assenza di significato. Il nemico ultimo non è il dolore, la malattia o la disabilità, per quanto gravi queste possono essere, ma la insignificanza. Quello che è terribile per gli uomini e le donne è la convinzione di non essere necessari, di non dare un contributo, e di vivere un vita senza significato ³⁶.

In ultimo, occorre ricordare che in questo processo assistenziale entra in gioco anche la spiritualità dell'operatore, di qui la necessità di una formazione professionale nella quale all'acquisizione delle conoscenze tecniche si accompagni anche la maturazione umana della persona. Una convinzione realistica è che il processo assistenziale è un rapporto nel quale anche l'operatore professionale può essere nella situazione di essere aiutato spiritualmente dal paziente.

Numerose pubblicazioni scientifiche internazionali hanno sottolineato la necessità che nella pratica assistenziale è necessario considerare anche la componente spirituale della persona. La spiritualità è un elemento costitutivo della persona, in

particolare nell'età anziana, di conseguenza uno stato di benessere non può derivare che da una corretta interrelazione fra le dimensioni fisiche, psicologiche e spirituali. Sono queste le motivazioni per le quali nelle istituzioni geriatriche il

processo assistenziale deve considerare la componente spirituale della persona anziana.

Parole chiave: Anzianità • Spiritualità • Assistenza sanitaria

BIBLIOGRAFIA

- ¹ Petrini M, Caretta F. *Pregliera cristiana e salute. Spiritualità e medicina in una visione olistica della persona*. Camillianum 1997;8:203-47.
- ² Caretta F, Petrini M. *Ai confini del dolore. Salute e malattia nelle culture religiose*. Roma: Città Nuova 1999.
- ³ Firshein J. *Spirituality in medicine gains support in the USA*. The Lancet 1997;349:1300.
- ⁴ MacKinlay E. *Mental Health and Spirituality in Later Life*. New York: The Haworth Press, Binghamton 2003.
- ⁵ Koenig GH. *Spirituality in patient care: why, how, when and what*. Templeton Foundation Press 2002.
- ⁶ Moberg DO. *Aging and Spirituality. Spiritual Dimensions of Aging: Theory, Research, Practice and Policy*. New York: Binghamton 2001.
- ⁷ O'Brien ME. *Relief of suffering: where the art and science of medicine meet*. Postgrad Med 1996;99:189-192, 197-200, 206-208.
- ⁸ Chen YY, Koenig HG. *Do people turn to religion in time of stress?: a examination of change in religiousness among elderly, medically ill patients*. J Nerv Ment Dis 2006;194:114-20.
- ⁹ Koenig HG, George LK, Titus P, Meador KG. *Religion, spirituality and acute care hospitalization and long-term care use by older patients*. Arch Intern Med 2004;164:1579-85.
- ¹⁰ Moberg DO. *Research in spirituality, religion and aging*. J Gerontol Soc Work 2005;45:11-40.
- ¹¹ Petrini M. *La cura alla fine della vita Linee assistenziali, etiche, pastorali*. Roma: Aracne 2004.
- ¹² Calandra C, Pulvirenti N. *Spiritual dimensions in the dynamic relationship with the "helping professions"*. Ann Ist Super Sanità 1992;28:273-6.
- ¹³ Ross L. *The spiritual dimension: its importance to patients' health, well being and quality of life and its implication for nursing*. Int J Nurs Stud 1995;32:457-68.
- ¹⁴ Engebretson J. *Considerations in diagnosing in the spiritual domain*. Nurs Diagn 1996;7:100-7.
- ¹⁵ Taylor EJ, Highfield M, Amenta M. *Attitudes beliefs regarding spiritual care. A survey of cancer nurses*. Cancer Nurs 1994;17:479-87.
- ¹⁶ Oldnall A. *A critical analysis of nursing: meeting the spiritual needs of patients*. J Adv Nurs 1996;23:138-44.
- ¹⁷ Goddard NC. *"Spirituality as integrative energy": a philosophical analysis as requisite precursor to holistic nursing practice*. J Adv Nurs 1995;22:808-15.
- ¹⁸ Levin JS, Larson DB, Puchalski CM. *Religion and spirituality in medicine: research and education*. JAMA 1997;278:792-3.
- ¹⁹ Grey A. *The spiritual component of palliative care*. Palliat Med 1994;8:215-21.
- ²⁰ Wagner JT, Higdon TL. *Spiritual issues and bioethics in the intensive care unit: the role of the chaplain*. Crit Care Clin 1996;12:15-27.
- ²¹ Anderson JM, Anderson LJ, Felsenthal G. *Pastoral needs and support within an inpatient rehabilitation*. Arch Phys Med Rehabil 1993;74:574-8.
- ²² Turbott J. *Religion, spirituality and psychiatry: conceptual, cultural and personal challenges*. Aust N Z J Psychiatry 1996;30:720-7.
- ²³ Hewa S, Hetherington RW. *Specialist without spirit: limitations of the mechanistic biomedical model*. Theor Med 1995;16:129-39.
- ²⁴ Ellor WJ. *Aging and Spirituality*. San Francisco, CA: The American Society on Aging Forum on Religion, Spirituality & Aging 1997.
- ²⁵ Neugarten LB. *Time, age and the life cycle*. Am J Psychiatry 1979;136:887-94.
- ²⁶ Oggioni G. *Gli anziani per gli anziani*. Brezso di Bedero (VA): Salcom 1987.
- ²⁷ Fizzotti E. *Nel cavo della mano. Gli Anziani*. Brezso di Bedero (VA): Salcom 1990.
- ²⁸ Bianchi E. *Una spiritualità della terza età*. Concilium 1991;3:79-87.
- ²⁹ Tramma S. *Il processo di aiuto domiciliare*. Verona: Unicopli 1991.
- ³⁰ Bottura R. *Letti a rotelle*. Torino: Gruppo Abele 1989.
- ³¹ Cuminetti M. *Gli ascolti mancati: gli anziani*. Servitium 1990;70-71:131-3.
- ³² McFadden SH, Gerl RR. *Approaches to understanding spirituality in the second half of life*. Generations 1990;Fall:35-8.
- ³³ Thiel MS. *Vivere da vivi*. Cinisello Balsamo: San Paolo 1995, p. 104.
- ³⁴ Kiewer SP, Saultz J. *Healthcare and Spirituality*. Oxford: Radcliffe 2006.
- ³⁵ Caretta F, Petrini M. *Accanto al malato*. Roma: Città Nuova 1995, p. 92.
- ³⁶ Trueblood F. *The life we prize*. Dublin, IN: Print 1955.