

## Il supporto ai bisogni spirituali nella cura ospedaliera. Prospettive di integrazione nell'ospedale moderno

Tullio Proserpio<sup>1</sup>, Claudia Piccinelli<sup>2</sup>, Carmine Arice<sup>3</sup>, Massimo Petrini<sup>4</sup>, Mario Mozzanica<sup>5</sup>, Laura Veneroni<sup>6</sup>, Carlo Alfredo Clerici<sup>7,2</sup>

**Riassunto.** All'interno del percorso di cura medica nei contesti sanitari più evoluti, trova un'attenzione crescente la cosiddetta umanizzazione delle cure. In questa prospettiva si cerca di integrare, all'interno dei consueti percorsi di cura, anche aspetti legati alla dimensione spirituale e religiosa delle persone ammalate e dei familiari, oltre che del personale stesso. Risulta evidente l'importanza di fondare anche questo tipo di pratiche sulla base di evidenze scientifiche. Da qui la necessità di migliorare la conoscenza relativa al contributo che un'assistenza di ordine spirituale può offrire all'interno dell'attuale contesto sanitario. Obiettivo di questo lavoro è illustrare l'attualità delle prospettive di integrazione dell'assistenza spirituale nel contesto ospedaliero in una logica multidisciplinare. Sono analizzati i diversi dati che emergono dalla letteratura scientifica internazionale, così come la definizione che viene data al concetto di "spiritualità"; definizione che, ancora oggi, non trova unanime consenso. È, inoltre, analizzata la situazione normativa vigente all'interno del panorama Europeo a seconda delle diverse legislazioni e realtà sociali. Sono, infine, descritte possibili prassi organizzative relative al supporto spirituale, l'opportunità di specifici percorsi di accreditamento e la formazione accurata dei cappellani in grado di integrare pratiche religiose tradizionali con le moderne prospettive spirituali.

**Parole chiave.** Cappellania ospedaliera, cura pastorale, spiritualità.

### Introduzione

L'ospedale moderno è un ambito in continua evoluzione fra avanzamenti delle tecnologie, vincoli di budget e trasformazioni sociali; in questo luogo l'incontro con persone di diversa etnia e cultura pone sfide d'integrazione nella cura e nell'accoglienza. L'umanizzazione delle cure mediche nei contesti sanitari più evoluti ha da anni implicato un'integrazione degli aspetti biologici, psicologici e sociali. In questa prospettiva, mentre le scelte religiose sono riconosciute di carattere personale, i bisogni di ordine spirituale ricevono una considerazione crescente nell'ambito di un'evoluta assistenza sanitaria<sup>1</sup>.

*Support to spiritual needs in hospital care. Integration perspective in modern hospitals.*

**Summary.** Within the course of medical care in the most advanced health care settings, an increasing attention is being paid to the so-called care humanization. According to this perspective, we try to integrate the usual care pathways with aspects related to the spiritual and religious dimension of all people and their families, as well as the employees themselves. It is clearly important to establish this kind of practices on the basis of scientific evidences. That is the reason why it's a necessity to improve the knowledge about the importance that spiritual assistance can offer within the current health service. The aim of this work is to show the relevance of the integration of spiritual perspectives in the hospital setting according to a multidisciplinary point of view. In this work many data that emerge from the international scientific literature, as well as the definition that is given to the concept of "spirituality" are analyzed; about this definition in fact there is not unanimous consent even today. It is also analyzed the legal situation in force within the European territory according to the different laws and social realities. Finally, the possible organizational practices related to spiritual support are described and the opportunity to specific accreditation pathways and careful training of chaplains able to integrate traditional religious practices with modern spiritual perspectives is discussed.

**Key words.** Hospital chaplaincy, pastoral care, spirituality.

La necessità di fondare le pratiche assistenziali su evidenze scientifiche rende però necessaria una migliore conoscenza del contributo che la cura spirituale può fornire nel contesto ospedaliero, in particolare nella cura delle malattie gravi. Non esiste tra l'altro unanime consenso su come intendere il concetto di spiritualità e sulle differenze rispetto a quello di religiosità<sup>2</sup>. Negli ultimi decenni si sono verificati importanti cambiamenti ed evoluzioni dell'assistenza ospedaliera, passando verso l'erogazione di servizi sempre più contrassegnati da prestazioni ad alto contenuto tecnologico e chiamati a sottostare a sempre maggiori ed esigenti criteri di efficacia ed efficienza. Anche l'assistenza

<sup>1</sup>Cappellania Ospedaliera, Fondazione IRCCS Istituto Nazionale Tumori, Milano; <sup>2</sup>Dipartimento di Fisiopatologia Medico-Chirurgica e dei Trapianti, Università di Milano; <sup>3</sup>Società dei Sacerdoti Cottolenghini, Torino; <sup>4</sup>Istituto Internazionale di Teologia Pastorale Sanitaria, Camillianum, Roma; <sup>5</sup>Università Cattolica del Sacro Cuore, Milano; <sup>6</sup>SC Pediatria, Fondazione IRCCS Istituto Nazionale Tumori, Milano; <sup>7</sup>SSD Psicologia Clinica, Fondazione IRCCS Istituto Nazionale Tumori, Milano.

Pervenuto il 6 marzo 2014.

spirituale a disposizione dei pazienti durante le cure ospedaliere si trova di fronte all'esigenza di una riorganizzazione e di un adeguamento delle pratiche tradizionali alla luce delle mutate richieste del moderno contesto ospedaliero per svolgere quest'attività di supporto a vantaggio dei pazienti. Assistenza spirituale che, sino al recente passato, veniva pressoché identificata con l'assistenza di tipo religioso svolta dai cappellani.

Prospettive moderne riconoscono un ruolo centrale alla soggettività dei pazienti all'interno del processo di cura, per esempio nel modello di medicina centrata sul paziente<sup>3</sup> o nella pratica della medicina narrativa<sup>4</sup>. La possibilità di dare significato agli eventi nei quali ci si trova coinvolti costituisce già una tappa fondamentale per la loro rielaborazione. Se le spiegazioni biologiche offrono, infatti, la base razionale per comprendere la dinamica fisiopatologica delle malattie, esiste un livello psicologico e spirituale non meno importante per la rielaborazione soggettiva degli eventi della vita.

Sussiste, quindi, la necessità di un modello assistenziale che comprenda, nel contesto di cura, i diversi fattori oggettivi di tipo biologico e soggettivi di tipo psicologico, sociale e anche spirituale in modo da garantire attenzione alle pecularità dei singoli pazienti e delle loro risorse e vulnerabilità lungo l'intero percorso della cura. Va precisato che parlare di spiritualità significa abbracciare una prospettiva più ampia rispetto alla dimensione di ordine religioso; questa visione non chiara può, ancora oggi, generare confusione e fraintendimenti.

Rispetto alla dimensione spirituale, emergono in modo crescente indicazioni su come questa possa influenzare la capacità di sostenere la malattia e come molti pazienti manifestino bisogni religiosi o spirituali e vorrebbero dialogare su questi aspetti nella cura della loro salute.

Fra le istanze spirituali rilevanti vi sono la ricerca di senso rispetto alla malattia, i sentimenti di colpa, il conflitto rispetto ai propri convincimenti religiosi, la ricerca di speranza nelle contingenze avverse della malattia.

Le tematiche spirituali in medicina hanno avuto una considerazione crescente nella letteratura scientifica negli ultimi anni e varie organizzazioni sanitarie, come la Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations<sup>5</sup>, hanno evidenziato la necessità di considerare gli aspetti spirituali all'interno delle cure mediche ospedaliere.

È stato mostrato come gli aspetti emotivi dei pazienti e dei loro familiari possano avere un effetto sulla comunicazione con lo staff curante e come vi sia una relazione significativa tra l'esigenza di soddisfare i bisogni emotivi e spirituali dei pazienti e la redditività per l'ospedale<sup>6</sup>.

Obiettivo di queste pagine è illustrare i dati forniti dalla letteratura scientifica internazionale rispetto alla possibilità di integrazione dell'assistenza spirituale in contesto ospedaliero in una prospettiva multidisciplinare.

## La letteratura scientifica internazionale

È stata effettuata una raccolta della letteratura scientifica pubblicata su riviste nazionali e internazionali indicizzate rispetto al tema dell'assistenza spirituale in ospedale attraverso i database PsycINFO, Medline/PubMed e Cochrane Library. Come chiavi di ricerca sono state utilizzate le parole: spiritual care, religious support, spiritual needs e pastoral care. Per la definizione delle chiavi di ricerca è stato utilizzato il dizionario MeSH. Sono stati reperiti 325 lavori scientifici pertinenti e di questi ne sono stati scelti 47 per la specifica attinenza al tema dell'integrazione del supporto spirituale nei moderni contesti ospedalieri.

### ANALISI DEI DATI

Il lavoro del cappellano, adeguatamente formato secondo le indicazioni raccolte dalla letteratura internazionale, è diversamente documentato a seconda delle nazioni. Gli studi più numerosi sono pubblicati dagli Stati Uniti e nei Paesi anglosassoni; sono assenti, invece, all'interno delle riviste scientifiche internazionali di area medica esaminate, studi sulla realtà italiana.

Nella maggior parte degli articoli esaminati l'assistenza spirituale è descritta come attività svolta dal cappellano, mentre in un numero più limitato di casi l'assistenza è svolta anche da altre figure religiose quali sacerdoti della comunità locale, frati e suore, oltre ai ministri di culto delle diverse religioni<sup>7-19</sup>.

Nei lavori scientifici considerati, quando il cappellano è cristiano – e questo è il caso più frequente, probabilmente per la provenienza culturale delle riviste considerate – svolge la funzione di collegamento con il clero locale e interagisce con i laici disponibili a una collaborazione in questo ambito.

Mentre vari lavori fanno riferimento a differenti confessioni dei cappellani<sup>7-12,16-18,20-29</sup> solo un numero molto limitato fa riferimento a cappellani multilingue e cappellanie multireligiose<sup>16-18,24,26,28</sup>. Il cappellano collabora e condivide le responsabilità con i colleghi di altre strutture ospedaliere (per esempio fra ospedale e hospice), collabora con la comunità religiosa locale e facilita gli accessi alla struttura sanitaria oltre a mantenere rapporti con le diverse confessioni locali.

Dalla letteratura considerata emerge un'esigenza attuale verso il superamento di un modello di un cappellano tradizionale, rivolto in modo pressoché esclusivo ai fedeli della medesima religione, in favore di un modello in grado di accogliere persone orientate verso fedi e culti diversi, così come verso credenze senza fondamento religioso. Fra i valori delle società civili è considerato importante il rispetto della diversità di sesso, cultura, religione, nonché la libertà di culto e la libertà di svolgere rituali ritenuti importanti per il paziente.

Emerge, inoltre, come in alcuni contesti sia crescente la considerazione del cappellano come membro dell'équipe di cura<sup>6,8,9,11,12,15,16,25,30-39</sup>.

È però segnalata una conoscenza ancora scarsa del ruolo dei cappellani, della loro formazione e delle possibilità di collaborazione in équipe; ciò richiede probabilmente una specifica sensibilizzazione dei sanitari alla gestione delle tematiche religiose/spirituali<sup>8</sup>.

Si evidenzia come, per un'efficace integrazione dell'assistenza spirituale nelle moderne procedure ospedaliere, il cappellano non debba sostituirsi ad altri professionisti della salute, essere di ostacolo ai medici o invadere campi di altre professioni<sup>40</sup>. È necessario il rispetto dei confini con le altre discipline: il cappellano deve conoscere e rispettare i limiti della propria attività. Curiosamente in nessuno degli articoli esaminati è preso in considerazione il rapporto tra la figura del cappellano e quella dello psicologo, anche se ciò è dovuto forse alla provenienza dell'area medica delle pubblicazioni analizzate.

Parte degli articoli esaminati riguarda l'esigenza di un approccio scientifico nell'assistenza spirituale<sup>6,8-11,14-16,22,26,27,31-34,39,41-46</sup>. Le opinioni contrarie sostengono che la scientificità ostacoli la specificità della cura spirituale e la spontaneità del rapporto umano mentre quelle favorevoli segnalano come agendo nell'ambito ospedaliero, a contatto con una cultura medica, per sua natura basata sull'evidenza scientifica, è necessario non rimanere estranei alle esigenze di precisare meccanismi ed efficacia degli interventi. Una prospettiva scientifica può contribuire a chiarire aspetti quali quelli culturali e organizzativi per integrare la spiritualità nella cura della salute, a sviluppare strumenti di ricerca e metodi di valutazione più adeguati, a validare strumenti di indagine dei bisogni spirituali e della loro soddisfazione.

Nella letteratura esaminata emerge come le attività principali svolte dai cappellani dipendano dal contesto sanitario e riguardino la rilevazione/valutazione dei bisogni del paziente (richieste spirituali, religiose e culturali del paziente, le preferenze dettate dal credo e dai costumi religiosi) e le sue aspettative. In numerosi lavori è riportato come la valutazione dei bisogni spirituali del paziente possa essere una componente della cartella clinica a opera del cappellano<sup>10-12,14,18,21,24,30,31,36,37,41,42,44,46-48</sup>. L'intervento sui bisogni spirituali è descritto spesso come non solo rivolto al paziente, ma esteso alla sua famiglia<sup>6,9,10,12,16,19-21,24,27,29,31,32,38,47,49,50</sup>.

### Quale assistenza spirituale?

In alcuni contesti segnalati dalla letteratura, i cappellani sono modernamente considerati parte integrante del team multidisciplinare, partecipando alla visita con gli altri membri del team e agli incontri multidisciplinari.

Molte variabili influiscono sull'attività di un servizio di assistenza spirituale: sono in particolare aspetti critici le dimensioni della struttura ospedaliera, il numero di cappellani in relazione al numero di pazienti, la dimensione dell'area urbana di riferimento, la presenza di un servizio di oncologia, la localizzazione dell'ospedale e infine il modo concreto attraverso il quale il cappellano viene inserito nell'organigramma aziendale.

Gli ospedali presentano importanti differenze circa il numero di cappellani in servizio, secondo quali modalità vengono assunti e il tipo di qualifica richiesto. Possono avere un cappellano per 100 posti letto o per 500, o non averne nessuno. I cappellani possono essere a tempo pieno, part-time o a contratto; possono avere o non avere certificazioni d'idoneità, sebbene diversi ospedali le richiedano. Quando le necessità dell'ospedale sono numerose, il cappellano può rivolgersi per aiuto a una comunità esterna.

Ogni dipartimento di cura spirituale stabilisce generalmente il lavoro migliore per il suo setting, adeguato al singolo paziente. Sfortunatamente non tutti i pazienti che manifestano bisogni spirituali ricevono un'opportuna assistenza a causa dell'alto numero di richieste e per questa ragione sembra importante stabilire i compiti prioritari di cui i cappellani sono responsabili. Non è inoltre sempre possibile compiere uno screening dei bisogni spirituali sui singoli pazienti se non in particolari contesti.

Per queste ragioni è molto più significativo che i cappellani non siano i soli ad acquisire le informazioni relative alla spiritualità. I curanti stessi possono spiegare ai pazienti che i cappellani non amministrano solo i sacramenti ai morenti, ma offrono soprattutto sostegno ai bisogni spirituali. Il personale sanitario può riconoscere i bisogni di ordine spirituale e il loro impatto sulle decisioni di ordine medico e incoraggiare i pazienti incontrare il cappellano.

Considerare l'assistenza ai bisogni spirituali come parte del processo di cura richiede una revisione delle pratiche tradizionali, limitate, come sappiamo, al solo supporto religioso che in passato confinavano il ruolo del cappellano alla sola fase terminale della vita. La persona ammalata ha necessità spirituali fin dal momento della diagnosi e dell'impatto con la malattia mentre nelle fasi terminali spesso non c'è il tempo necessario per elaborare una dimensione tanto complessa come quella legata alla spiritualità. Per esempio, in una prospettiva religiosa, un bisogno centrale del malato non è quello di sentirsi ribadire i contenuti della fede in merito alla malattia e al dolore (il che, in particolari situazioni di disagio, sarebbe persino mal accolto), ma il bisogno di sentirsi accompagnato, se credente, nel rinegoziare la propria relazione con Dio, che la malattia impone di prendere in considerazione. Proprio a motivo della malattia e della sofferenza occorre considerare anche l'eventualità di un rapporto conflittuale con Dio e, quindi, con la propria modalità di vivere la fede. Ne

consegue che un intervento finalizzato a elaborare questi processi, nelle fasi cosiddette terminali, risulta assai più problematico.

Ampliandosi il concetto di assistenza spirituale, si ampliano anche le competenze del cappellano che comprendono, tra le altre, la raccolta della storia spirituale del paziente, il riconoscimento dei bisogni spirituali o religiosi e il relativo accompagnamento.

Ostacoli alla collaborazione multidisciplinare fra cura medica e assistenza spirituale in ospedale sono, analogamente a quelli di altre discipline, una certa diffidenza o ritrosia al dialogo fra gli operatori di diversa formazione e provenienza.

### La situazione normativa

Le attività di assistenza spirituale sono organizzate in maniera diversa nei vari Paesi d'Europa a seconda delle diverse legislazioni e realtà sociali. In molti contesti ospedalieri sono i cappellani a svolgere l'attività di assistenza spirituale, essendo le figure specialistiche della cura spirituale dei pazienti e avendo conseguito una formazione specifica<sup>51</sup>.

In generale, i servizi della cappellania sono offerti dal clero e dai laici che hanno avuto una formazione professionale nell'area pastorale, sono autorizzati dalle loro comunità di fede e riconosciuti dai sistemi sanitari.

Per garantire una risposta soddisfacente ai bisogni spirituali in ambito sanitario sono stati elaborati alcuni "Standard europei per la cappellania nel mondo della salute"<sup>52</sup> (European Network of Health Care Chaplaincy) che intendono essere un punto di riferimento e una guida per tutte le fedi e denominazioni nel dare forma all'aiuto spirituale offerto nel mondo della salute.

I cappellani svolgono la loro attività con i pazienti, i familiari e le persone loro vicine, i visitatori e lo staff, con finalità di:

1. proclamare e difendere il valore infinito e la dignità di ogni persona;
2. richiamare la dimensione esistenziale e spirituale della sofferenza, della malattia e della morte;
3. mettere in evidenza il potere della fede che guarisce, sostiene, guida e riconcilia;
4. aiutare a vedere se i bisogni spirituali della gente appartenente a differenti tradizioni religiose e culturali trovano una risposta, nel rispetto delle credenze di ognuno;
5. cercare di proteggere i pazienti da indebite intrusioni spirituali o dal proselitismo;
6. offrire un accompagnamento spirituale attraverso un ascolto empatico, dimostrando comprensione verso coloro che si trovano nell'angoscia;
7. assicurare il culto religioso, i rituali e i sacramenti secondo la tradizione religiosa di ognuno;
8. offrire un servizio quali membri dell'équipe multidisciplinare;

9. organizzare e partecipare a programmi di insegnamento per i professionisti del mondo della salute;
10. promuovere attività di mediazione e di riconciliazione e provvedere alla difesa di coloro che non hanno voce nel mondo sanitario;
11. appoggiare e partecipare a programmi di ricerca sulla cura spirituale;
12. valutare l'efficienza e l'efficacia della cura spirituale, per facilitare la consapevolezza della comunità circa i bisogni e le richieste della popolazione che essi servono, gli operatori sanitari e il sistema sanitario.

A fronte di esigenze così articolate è segnalata la necessità di una formazione specifica che comprenda l'educazione in pastorale clinica, la riflessione teologica e pastorale, la consapevolezza delle problematiche relative al mondo della salute, supervisione pratica/clinica e accompagnamento spirituale.

Nella pratica i percorsi formativi sono assai diversi a seconda dei contesti nazionali.

Negli Stati Uniti per essere riconosciuti come "cappellani" dall'Association of Professional Chaplains occorre completare una formazione che prevede 4 anni di college, 3 anni di facoltà teologica, da 1 a 2 anni di formazione in pastorale clinica che include oltre 1600 ore di supervisione in counseling alle persone malate, con esami scritti e orali. La formazione prevede, inoltre, un tirocinio di un anno a tempo pieno con supervisione<sup>51</sup>.

In Italia, il cappellano è un ministro di culto che opera all'interno della struttura sanitaria secondo quanto previsto dalle diverse convenzioni regionali in base alla normativa istitutiva del Sistema Sanitario Nazionale che «assicura l'assistenza religiosa nel rispetto della volontà e della libertà di coscienza del cittadino» (art. 38, Legge 23 dicembre 1978 n. 833).

Obiettivo del servizio è fornire assistenza spirituale e religiosa a tutti coloro che ne fanno richiesta e garantire le istanze spirituali dei pazienti dei loro familiari indipendentemente dall'appartenenza religiosa e culturale.

La formazione è variegata anche se nella quasi totalità risulta essere un prete cattolico, il quale possiede una formazione di carattere teologico. Accanto a queste forme più tradizionali di formazione, si registrano, ormai da anni, ambiti formativi specifici finalizzati precisamente alla preparazione di cappellani in grado di integrare pratiche religiose tradizionali con le moderne prospettive spirituali (per esempio, l'Istituto Internazionale di Teologia Pastorale Sanitaria - Camillianum).

### Proposte e procedure

I cappellani dovrebbero pertanto essere parte integrante dell'équipe multidisciplinare di cura, partecipando a tutte le fasi delle cure e collaborando strettamente con gli altri operatori, come

membri dell'équipe, in un progetto di presa in carico dei bisogni articolati delle persone sofferenti. In generale, la sensibilità spirituale o religiosa del personale, oltre che una diversa attenzione legata al compito specifico e al genere, ha un ruolo rilevante nell'invio di pazienti al cappellano. Per tutta questa serie di motivi, ci sembra opportuna l'elaborazione di procedure e protocolli di invio dei pazienti al cappellano. Il cappellano può, per esempio, operare con le seguenti modalità, svolte su richiesta o su base quotidiana.

**Attività svolte su richiesta:**

- colloqui con pazienti, familiari e operatori;
- consulenza per i bisogni spirituali dello staff;
- attività di supporto religioso attraverso la celebrazione dei riti (messa, benedizioni, preghiere);
- amministrazione di sacramenti (unzione degli infermi, riconciliazione, eucaristia e cresima) su richiesta di pazienti e familiari;
- supporto spirituale a pazienti e familiari anche durante la fase terminale di malattia;
- supporto su aspetti spirituali nella rielaborazione del lutto con incontri individuali.

**Attività svolte con accessi quotidiani in reparto e ambulatorio:**

- consulenza per il riconoscimento e la valutazione dei bisogni spirituali dei pazienti e dei familiari;
- supporto ai pazienti e ai familiari mediante counselling pastorale in particolare rispetto all'elaborazione del significato della malattia.

**Attività svolte con incontri bisettimanali:**

- collabora con il personale medico e sanitario nella valutazione e gestione dei casi particolari.

**Attività svolta con frequenza periodica:**

- presenza a incontri organizzati per i pazienti nei reparti;
- supervisione ai volontari che operano in ospedale e nelle case accoglienza;
- organizzazione di attività ed esperienze a carattere religioso (per esempio pellegrinaggi);
- didattica e di formazione continua;
- ricerca scientifica e culturale su aspetti spirituali e di assistenza pastorale;
- rapporti con i leader religiosi locali, collaborazione e condivisione di responsabilità con i colleghi di altre strutture ospedaliere (per esempio, fra ospedale e hospice ove le diverse strutture non coincidano), collaborazione con la comunità religiosa locale e mantenere buoni rapporti con le diverse confessioni locali, nonché collegamento con il clero locale e interazione con i laici disponibili a una collaborazione in questo ambito.

Dalla considerazione del cappellano come parte dell'équipe curante dipende la possibilità di accedere in tutto o in parte alla documentazione clinica

dei pazienti (per esempio, inserendo note sull'anamnesi spirituale e religiosa nella cartella clinica, compilando schede di rilevazione sui bisogni spirituali e registrando gli interventi effettuati) con attenta considerazione delle relative questioni di privacy e la possibilità, da parte del paziente, di esprimere un consenso in fatto di cura spirituale.

Attualmente, nel nostro Paese ci sembra che le poche, ma crescenti riflessioni sul dimensionamento di un servizio di cura spirituale abbiano quale criterio principale il rapporto cappellano/numero dei pazienti ricoverati. Significativo è il fatto che accordi tra regioni e diocesi (sottoscritti solo in alcune regioni) regolino il numero dei cappellani semplicemente in rapporto al numero di pazienti ricoverati. Non risulta, invece, che siano considerati anche i bisogni spirituali e/o religiosi tipici ai singoli contesti, differenziando, per esempio, gli ospedali generali, rispetto agli IRCCS (Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico) oncologici, gli ospedali per lungodegenze e altro, che presentano bisogni e criticità differenti.

## Conclusioni

Il riconoscimento dei bisogni di spiritualità del paziente da parte di agenzie preposte alla valutazione degli standard sanitari implica che anche i cappellani debbano rispondere a standard qualitativi e di certificazione. La competenza di questi operatori dovrebbe includere, accanto a una specifica formazione sui temi spirituali, anche tematiche tipiche delle moderne organizzazioni, quali la valutazione del rischio, l'intervento sulla crisi, la mediazione fra paziente e organizzazione sanitaria, la valutazione della soddisfazione del paziente, la produttività, l'efficienza e l'efficacia. Si evidenzia l'esigenza di un'assistenza spirituale che integri pratiche operative tradizionali e moderne (supporto emozionale, capacità di ascolto, individuazione di senso e significato nella malattia, attività di formazione, consulenza etica, formazione teologica), nell'ambito dei rapporti e relazioni con il mondo scientifico, l'organizzazione ospedaliera e le diverse confessioni religiose. L'orientamento principale, anche se non esclusivo, è quello di un'assistenza spirituale intesa come un intervento con finalità chiara, metodologia comprensibile e procedure condivise.

Un tema ampiamente trattato è quello dei rapporti tra diverse culture e fedi religiose, tipico del mondo contemporaneo caratterizzato dai fenomeni migratori e dalla globalizzazione. Si impone la necessità di approfondire riflessioni di ordine spirituale così da poter dialogare con tutte le persone, indipendentemente dall'appartenenza confessionale, nonché il rispetto delle libertà di culto, la libertà di accesso all'assistenza religiosa e la necessità di scongiurare pericolose divisioni e contrapposizioni sulla base del credo.

Nonostante il rilievo dell'argomento, sono scarse le soluzioni concrete per un reale progresso. Il

concepto di spiritualità e di cura spirituale, con la sua connotazione di universalità e di apertura a tutte le fedi e credenze, comprese quelle secolarizzate, sembra essere un buon punto di partenza per una logica inclusiva e di reciproca accoglienza.

### Take home messages

- L'umanizzazione delle cure mediche richiede un'integrazione degli aspetti biologici, psicologici e sociali.
- I bisogni spirituali, che non si limitano ai bisogni religiosi, sono esigenze personali che possono influenzare la qualità di vita e la compliance ai trattamenti sanitari.
- Nella maggior parte dei contesti, anche internazionali, l'assistenza spirituale è svolta dai cappellani ospedalieri.
- Esiste l'esigenza di migliorare la collaborazione dell'assistenza spirituale con le équipe di cura.
- L'ambito dell'assistenza spirituale richiede percorsi formativi e protocolli operativi adeguati, oltre a ricerche scientifiche nel campo specifico.

### Bibliografia

1. Surbone A, Baider L, Weitzman TS, Brames MJ, Rittenberg CN, Johnson J (MASCC Psychosocial Study Group. Psychosocial care for patients and their families is integral to supportive care in cancer: MASCC position statement. *Support Care Cancer* 2010; 18: 255-63.
2. Pike J. Spirituality in nursing: a systematic review of the literature from 2006-10. *Br J Nurs* 2011; 20: 743-9.
3. Levenstein JH, Mccracken EC, Mcwhinney IR, Stewar MA, Brown JB. The patient-centered clinical method. A model for the doctor-patient interaction in family medicine. *Fam Pract* 1986; 3: 24-30.
4. Charon R. *Narrative Medicine. Honoring the Stories of Illness*. New York: Oxford University Press, 2006.
5. Clark PA, Drain M, Malone MP. Addressing patients' emotional and spiritual needs. *Jt Comm J Qual Saf* 2003; 29: 659-70.
6. Hughes B, Whitmer M, Hurst S. Innovative solutions: a plurality of vision: integrating the chaplain into the critical care unit. *Dimens Crit Care Nurs* 2007; 26: 91-5.
7. Wright MC. Chaplaincy in hospice and hospital: findings from a survey in England and Wales. *Palliat Med* 2001; 15: 229-42.
8. Flannelly KJ, Galek K, Buccino J, Handzo GF, Tannenbaum HP. Department directors' perceptions of the roles and functions of hospital chaplains: a national survey. *Hosp Top* 2005; 83: 19-27.
9. Flannelly KJ, Galek K, Handzo GF. To what extent are the spiritual needs of hospital patients being met? *Int J Psychiatry Med* 2005; 35: 319-23.
10. Tzeng H, Yin C. Demands for religious care in the Taiwanese health system. *Nurs Ethics* 2006; 13: 163-79.
11. Piderman KM, Marek DV, Jenkins SM, Johnson ME, Buryska JF, Mueller PS. Patients' expectations of hospital chaplains. *Mayo Clin Proc* 2008; 83: 58-65.
12. Carey LB, Newell CJ. Withdrawal of life support and chaplaincy in Australia. *Crit Care Resusc* 2007; 9: 34-9.
13. Flannelly KJ, Weaver AJ, Smith WJ, Oppenheimer JE. A systematic review on chaplains and community-based clergy in three palliative care journals: 1990-1999. *Am J Hosp Palliat Care* 2003; 20: 263-8.
14. Self G. Between mandate and patient need. chaplains at a Canadian facility felt challenged in adapting themselves to briefer hospital stays. *Health Prog* 2000; 81: 32-6.
15. Lyndes KA, Fitchett G, Thomason CL, Berlinger N, Jacobs MR. Chaplains and quality improvement: can we make our case by improving our care? *J Health Care Chaplain* 2008; 15: 65-79.
16. Handzo G, Wintz S. Professional chaplaincy: establishing a hospital-based department. *Health Exec* 2006; 21: 38-9.
17. Sutherland M. The challenge is to develop a truly multi-faith approach, not plural monofaithism. *Ment Health Today* 2006; 20.
18. Sakurai MLD. The challenge and heart of chaplaincy. Recent decades have brought a host of changes to the health care chaplain's role. *Health Prog* 2003; 84: 26-8.
19. Walter T. Hospices and rituals after death: a survey of British hospice chaplains. *Int J Palliat Nurs* 2003; 9: 80-5.
20. Handzo GF, Flannelly KJ, Murphy KM, et al. What do chaplains really do? I. Visitation in the New York chaplaincy study. *J Health Care Chaplain* 2008; 14: 20-38.
21. Vanderwerker LC, Flannelly KJ, Galek K, et al. What do chaplains really do? III. Referrals in the New York chaplaincy study. *J Health Care Chaplain* 2008; 14: 57-73.
22. Sheikh A, Gatrad AR, Sheikh U, Panesar SS, Shafi S. Hospital chaplaincy units show bias towards christianity. *BMJ* 2004; 329: 626.
23. Fitchett G, Rasinski K, Cadge W, Curlin FA. Physicians' experience and satisfaction with chaplains: a national survey. *Arch Intern Med* 2009; 169: 1808-10.
24. Beardsley C. "In need of further tuning": using a US patient satisfaction with chaplaincy instrument in a UK multi-faith setting, including the bereaved. *Clin Med* 2009; 9: 53-8.
25. Ford T, Tartaglia A. The development, status, and future of healthcare chaplaincy. *South Med J* 2006; 99: 675-9.
26. Gatrad AR, Brown E, Sheikh A. Developing multi-faith chaplaincy. *Arch Dis Child* 2004; 89: 504-5.
27. Orton MJ. Transforming chaplaincy: the emergence of a healthcare pastoral care for a post-modern world. *J Health Care Chaplain* 2008; 15: 114-31.
28. Gatrad AR, Sadiq R, Sheikh A. Multifaith chaplaincy. *Lancet* 2003; 362: 748.
29. European Network of Health Care Chaplaincy. Standards for healthcare chaplaincy in Europe. *South Med J* 2006; 99: 682-3.
30. Finlay E, Lu HL, Henderson H, O'Dwyer PJ, Casarett DJ. Do phase 1 patients have greater needs for palliative care compared with other cancer patients? *Cancer* 2009; 115: 446-53.
31. McClung E, Grossoeohme DH, Jacobson AF. Collaborating with chaplains to meet spiritual needs. *Medsurg Nurs* 2006; 15: 147-56.
32. Poehlman K. Spirituality and medicine. *Health Prog* 2004; 85: 54-5.
33. Feldbush MW. Healthcare chaplaincy: taking a look at the new model. *South Med J* 2008; 101: 580.

34. Berlinger N. The nature of chaplaincy and the goals of QI: patient-centered care as professional responsibility. *Hastings Cent Rep* 2008; 38: 30-3.
35. Ekedahl M, Wengström Y. Coping processes in a multidisciplinary healthcare team: a comparison of nurses in cancer care and hospital chaplains. *Eur J Cancer Care (Engl)* 2008; 17: 42-8.
36. Ferrell B. Meeting spiritual needs: what is an oncologist to do? *J Clin Oncol* 2007; 25: 467-8.
37. Loewy RS, Loewy EH. Healthcare and the hospital chaplain. *Med Gen Med* 2007; 9: 53.
38. Carey LB, Newell CJ, Rumbold B. Pain control and chaplaincy in Australia. *J Pain Symptom Manage* 2006; 32: 589-601.
39. Lambert JM, Connelly MD. Revitalizing spiritual care. A catholic system develops a way to replenish and expand its ranks of chaplains. *Health Prog* 2007; 88: 36-40.
40. Koenig HG. Spirituality in patient care. Why, how, when, and what. Philadelphia: Templeton Foundation Press, 2007.
41. King DE, Platz E. Addressing the spiritual concerns of patients in the non-intensive care setting. *South Med J* 2003; 96: 321-2.
42. Kernohan WG, Waldron M, McAfee C, Cochrane B, Hasson F. An evidence base for a palliative care chaplaincy service in northern Ireland. *Palliat Med* 2007; 21: 519-25.
43. Austin LJ. True evidence-based care. *Hosp Health Netw* 2003; 77: 10.
44. Rosendahl J, Tigges-Limmer K, Gummert J, Dziewas R, Albes JM, Strauss B. Bypass surgery with psychological and spiritual support (the by.pass study): study design and research methods. *Am Heart J* 2009; 158: 8-14.
45. Weaver AJ, Flannelly KJ, Liu C. Chaplaincy research: its value, its quality, and its future. *J Health Care Chaplain* 2008; 14: 3-19.
46. Weaver AJ. Mission to enhance the quality and quantity of chaplaincy research. Preface. *J Health Care Chaplain* 2008; 14: 1-2.
47. Carey LB, Newell CJ. Chaplaincy and resuscitation. *Resuscitation* 2007; 75: 12-22.
48. Handzo GF. Best practices in professional pastoral care. *South Med J* 2006; 99: 663-4.
49. Vanderwerker LC, Handzo GF, Fogg SL, Overvold JA. Selected findings from the "New York" and the "metropolitan" chaplaincy studies: a 10-year comparison of chaplaincy in the New York city area. *J Health Care Chaplain* 2008; 15: 13-24.
50. Flannelly KJ, Weaver AJ, Handzo GF. A three-year study of chaplains' professional activities at Memorial Sloan-Kettering Cancer Center in New York city. *Psychooncology* 2003; 12: 760-8.
51. Koenig HG. Role of the chaplain on the medical-surgical team. *AORN J* 2012; 96: 330-2.
52. European Network of Health Care Chaplaincy. Standard europei per la cappellania nel mondo della salute. [http://www.enhcc.eu/turku\\_standards\\_italian.htm](http://www.enhcc.eu/turku_standards_italian.htm).

Indirizzo per la corrispondenza:

Dott. Laura Veneroni  
SC Pediatría  
Fondazione IRCCS Istituto Nazionale Tumori di Milano  
Via Giacomo Venezian 1  
20133 Milano  
E-mail: laura.veneroni@istitutotumori.mi.it