

L'ASSISTENZA SPIRITUALE NELLA CURA: APPLICAZIONI E LIMITI

Matteo Di Placido - Stefania Palmisano*

Spiritual Assistance in Care: Applications and Limitations

Abstract. Starting from the research “Religions in Hospitals: Integrating Spirituality and Medicine in Care Practices” (RESPIRO) (2019-2022) this article discusses applications and limitations of spiritual care in Italy. We aim to illustrate the results of an analysis that was developed at different levels and, specifically, regarding: patients’ demand for spirituality and the provision of spiritual care introduced in some hospitals. In conclusion, we develop some reflections on the contribution that sociology can add to the issue of spiritual care and the medical humanities, offering some suggestions for future lines of research and emphasizing the importance of spiritual care training for the medical and health professions.

Keywords: Assistenza spirituale, Cura, Sociologia, Respiro.

ISSN: 0039291X (print) 18277896 (digital)

DOI: 10.26350/000309_000177

To link to this article: https://doi.org/10.26350/000309_000177

Creative commons license CC-BY-NC-ND 4.0

I - INTRODUZIONE

In questo articolo discutiamo applicazioni e limiti dell’assistenza spirituale (definita anche “cura spirituale”) in Italia a partire dall’indagine *Le Religioni in Ospedale: Integrare Spiritualità e Medicina nelle Pratiche di Cura* (RESPIRO) (2019-2022) dell’Università di Torino attraverso un approccio teorico e metodologico di impianto sociologico. Per “assistenza spirituale” intendiamo il processo di cura da parte del personale

* Matteo Di Placido, Stefania Palmisano, Dipartimento di Cultura, Politiche e Società, Università di Torino. Email Di Placido: matteo.diplacido@unito.it. Orcid Di Placido: 0000-0002-6673-4598. Email Palmisano: stefania.palmisano@unito.it. Orcid Palmisano: 0000-0002-4489-9519.

Ringraziamenti. Desideriamo ringraziare la Fondazione CRT, Rete Oncologica del Piemonte e della Valle D’Aosta e la Commissione Europea e per i loro finanziamenti ai progetti *Integrare spiritualità e medicina nella pratica dell’assistenza* (RESPIRO) e *From Cure to Care (FCTC): Digital Competences and Spiritual Assistance in Hospital Healthcare*.

ospedaliero dei bisogni esistenziali, religiosi e spirituali che sorgono nei pazienti ospedalieri a seguito di una patologia severa (Hvidt et al. 2020). Questo progetto si innesta in un filone di studi in espansione, ma ancora marginale in Italia, che a partire dagli anni Ottanta ha visto la progressiva integrazione degli studi sulla religione e la spiritualità e quelli sulla salute (Balboni - Peteet 2017; Koenig et al. 2012; Timmins - Caldeira 2017), aprendo nuove piste di ricerca nel contesto clinico.

L'incontro fra scienze biomediche, sociali e umanistiche ha incoraggiato l'indagine sulle relazioni che legano gli orientamenti, le credenze e le pratiche religiose alle condizioni di malattia e ai percorsi di benessere e guarigione psicofisica dei pazienti. A partire dalle cure palliative (Gijsberts et al. 2019; Otis-Green 2015; Walter 2002), la religione e la spiritualità hanno progressivamente trovato spazio nelle pratiche di cura, diventando argomenti molto dibattuti nell'attuale letteratura medica e infermieristica, e più di recente anche dalle *medical humanities* (Caenazzo - Mariani - Pegoraro 2015; Gordon 2005; Selman - Barfield 2014) e dalla sociologia (Di Placido e Palmisano forthcoming; Di Placido - Palmisano - Timmins 2023; Di Placido - Vanzo - Palmisano 2023; Pannofino - Palmisano forthcoming). Questo crescente interesse si esprime sempre più in proposte di formazione e curricula destinati a operatori sanitari che si occupino specificamente di assistenza o cura spirituale, in risposta ai bisogni religiosi e spirituali tanto dei pazienti e delle loro famiglie quanto del personale infermieristico (Burgos et al. 2022).

Tale filone di studi, partendo da una definizione della spiritualità come ricerca di senso¹, mostra come la spiritualità sia una componente fondamentale della salute e del benessere dell'individuo (Lucchetti et al. 2019; Oman 2018; Timmins - Caldeira 2017) e di conseguenza una risorsa cruciale nel processo di cura, con particolare riferimento alle dimensioni che attengono al senso del sé personale e al rapporto con gli altri, sia da parte dei pazienti che da parte degli operatori sanitari (Ho et al. 2016). Nonostante l'ampio riconoscimento del ruolo della spiritualità nelle pratiche cliniche, gli studi documentano come gli infermieri siano ostacolati da una scarsa conoscenza del tema della spiritualità (Narayanasamy 2004) e da una scarsa formazione specifica sui modi di implementare interventi di cura spirituale (Harrad et al. 2019) in quanto sono ancora carenti i programmi di formazione rivolti al tema della spiritualità (Hawthorne - Gordon 2020).

A rendere questo scenario ancora più complesso vi è la comprovata ambivalenza ed elusività dei termini "religione" e "spiritualità", considerati dalla letteratura specialistica sia come concetti distinti ma sovrapposti, come non solo distinti ma anche reciprocamente esclusivi e infine come sovrapposti e intercambiabili. Quello che accomu-

¹ Secondo l'articolata definizione fornita dalla *International Consensus Conference on Improving the Spiritual Dimension of Whole Person Care* del 2013 – che ha riunito esperti di 44 nazioni che si occupano di professioni sanitarie, economia, diritto, educazione e servizi pastorali –, la spiritualità è "un aspetto dinamico e intrinseco dell'umanità attraverso cui le persone cercano significati ultimi, scopo e trascendenza, ed esperienze di relazione con il sé, la famiglia, gli altri, la società, la natura o la sfera del sacro. La spiritualità si esprime mediante credenze, valori, tradizioni e pratiche" (Puchalski et al. 2014: 643).

na queste tre posizioni è però il riconoscimento di un cambio di paradigma per il quale la fonte di validazione dell'esperienza religiosa sposta il proprio baricentro dall'esterno all'interno, dall'autorità delle istituzioni a quella del soggetto (Heelas 2008), dalle religioni tradizionali alle "spiritualità contemporanee" (Palmisano - Pannofino 2021). Questa "svolta soggettivistica" implica che non sia più la comunità di appartenenza a stabilire le modalità del credere e del praticare ma sia, piuttosto, il singolo individuo, che intraprende un cammino personale per entrare in contatto con la dimensione del sacro senza la mediazione di altra autorità se non quella del proprio sé. Si ravvisa qui una prospettiva originale, la narrazione tipicamente moderna di un individuo che, libero dai condizionamenti di qualsivoglia autorità tradizionale, intraprende il viaggio verso l'autorealizzazione personale e che fa del raggiungimento dei propri fini il progetto esistenziale per eccellenza (Taylor 2009). In sintesi, cosa sia la religione e cosa sia la spiritualità rimane tuttora oggetto di accesi dibattiti all'interno della disciplina sociologica. In questo articolo postuliamo che, "più che una dicotomia netta, quella tra religione e spiritualità sia una differenza di grado dove la religione indica percorsi di relazione con il sacro iscritti all'interno e mediati dalle istituzioni religiose tradizionali, mentre la spiritualità è l'espressione della ricerca soggettiva e autonoma del sacro" (Di Placido - Vanzo - Palmisano 2023: 1185). Questa differenza di grado tra religione e spiritualità, come testimoniano i dati empirici a nostra disposizione, emerge anche nel contesto ospedaliero quando si esamina la domanda di spiritualità dei pazienti.

L'articolo intende prendere parte al dibattito sull'inclusione della religione e della spiritualità nei contesti di cura in Italia illustrando i principali risultati del progetto RESPIRO. Dopo aver presentato nella Sezione II le coordinate metodologiche del progetto, la Sezione III analizza la domanda di spiritualità espressa dai pazienti e l'offerta di cura spirituale erogata in ambito ospedaliero (con particolare riferimento alla figura dell'"assistente spirituale")². In conclusione, l'articolo offre alcune riflessioni sull'apporto che la sociologia può offrire alla questione dell'assistenza spirituale e alle *medical humanities*, con una particolare attenzione al tema della formazione alla cura spirituale. La sociologia, infatti, con i suoi concetti, metodi e teorie di riferimento può contribuire a problematizzare gli aspetti umanistici e sociali della medicina approcciandola non solamente come una disciplina, ma come un vero e proprio fenomeno sociale intorno al quale si articolano salute, malattia, esperienza soggettiva e pratiche istituzionalizzate – dimensioni fondamentali per la formazione alla cura spirituale.

II - APPARATO METODOLOGICO

Il materiale empirico è stato raccolto nell'ambito del progetto RESPIRO (2019-2022), cofinanziato dalla Fondazione CRT e da una pluralità di enti e organizzazioni locali e religiose. A seguito del confronto con il Comitato Etico ospedaliero e alle diffi-

² I dati presentati nelle Sezioni 3.1 e 3.2 sono, in parte, discussi anche in Di Placido - Palmisano - Timmins (2023).

coltà legate alla pandemia da COVID-19, il progetto, che originariamente mirava a indagare la spiritualità dei pazienti ricoverati in un grande ospedale piemontese attraverso interviste in profondità – con una particolare attenzione a come la multiculturalità della città di Torino si riflettesse nelle corsie attraverso la gestione della diversità religiosa dei pazienti – ha subito una parziale ridefinizione. Nella sua versione definitiva il progetto ha mirato a elaborare, insieme agli infermieri e in linea con gli intenti della “ricerca azione” (Lewin 1980), uno strumento utile a questi ultimi per raccogliere e identificare i bisogni religiosi e spirituali dei loro pazienti. In sintesi, la ricerca azione trascende l’assunto della neutralità della ricerca sociale e un mero interesse teorico con l’intento esplicito di migliorare il funzionamento della realtà in studio. Di conseguenza, è di particolare importanza la collaborazione e l’alleanza tra ricercatori e attori sociali in tutte le fasi della ricerca. Nel caso in studio, anche a causa delle chiusure imposte dalle fasi più acute della pandemia, gli infermieri sono diventati gli unici interlocutori dei ricercatori. Lo strumento adottato per l’indagine, scelto in accordo con gli infermieri in linea con i principi della co-costruzione del disegno di ricerca, è stato un questionario con domande aperte mirato alla valutazione dei bisogni religiosi e spirituali dei pazienti. Più nello specifico, per indagare la domanda di spiritualità dei pazienti è stata scelta una versione tradotta e abbreviata del noto questionario “HOPE” (Anandarajah - Hight 2001), uno tra gli strumenti più utilizzati nella raccolta dei bisogni spirituali dei pazienti a livello internazionale in virtù della sua standardizzazione che lo rende facilmente somministrabile anche in un contesto organizzativo dai ritmi lavorativi serrati. Abbiamo quindi messo a punto una versione sperimentale (non validata culturalmente) del questionario per esplorare le risorse spirituali dei pazienti in relazione al loro percorso di guarigione in quattro aree specifiche: le *speranze* di guarigione, le *pratiche di spiritualità*, l’eventuale affiliazione a *gruppi religiosi organizzati* e infine l’*impatto* della spiritualità all’interno del percorso terapeutico. La somministrazione del questionario ai pazienti è stata condotta dagli stessi infermieri in forma anonima per garantire il rispetto della *privacy*. Tale somministrazione è avvenuta all’interno del reparto di Oncoematologia. Al momento della raccolta dati, avvenuta nella primavera del 2021, i diciotto pazienti coinvolti (ovvero la totalità dei pazienti ricoverati in Oncoematologia al momento della raccolta dati) avevano un’età media di 55 anni. Si trattava di nove donne e nove uomini, la maggior parte dei quali si sono autodefiniti cattolici (quattordici cattolici non praticanti e due cattolici praticanti)³. Inoltre, rispetto al profilo religioso dei pazienti vanno annoverati un paziente musulmano e un testimone di Geova, entrambi praticanti.

Per la costruzione della documentazione empirica abbiamo triangolato tre tecniche di indagine qualitativa: focus group agli infermieri del reparto di Oncoematologia, interviste semi-strutturate ai rappresentanti religiosi di diverse fedi e ai responsabili del progetto la “Cura dello Spirito”, e, in maniera parziale, a causa dell’irrompere della pandemia da COVID-19, l’osservazione partecipante in ospedale. In questo articolo ci avvaliamo di una selezione del più ampio materiale empirico a nostra disposizione: ana-

³ Questo dato qualitativo è in linea con le statistiche più recenti sulla religione cattolica Italia (Garelli 2020).

lisi del questionario HOPE somministrato dagli infermieri a diciotto pazienti ricoverati in Oncoematologia; quattro interviste in profondità con assistenti spirituali e rappresentanti religiosi (dell'Unione Buddhista Italiana, dell'Unione Induista Italiana, della Chiesa Valdese e della Comunità Ebraica torinese); alcune note etnografiche. L'analisi di questi materiali risulta particolarmente significativa al fine di riportare una visione di insieme delle applicazioni e limiti dell'assistenza spirituale in Italia, con una particolare attenzione alle criticità rilevate e ai cambiamenti pratico-organizzativi capaci di impattare positivamente sui repertori di pratiche dei professionisti coinvolti nell'assistenza spirituale in Italia.

III - APPLICAZIONI E LIMITI DELL'ASSISTENZA SPIRITUALE IN ITALIA

3.1. *La domanda di spiritualità dei pazienti*

La prima dimensione del questionario fornisce un quadro omogeneo delle speranze indicate dai pazienti come di primaria importanza per il loro percorso di guarigione. I dati suggeriscono che indipendentemente dall'appartenenza religiosa, i pazienti attribuiscono particolare valore alle relazioni familiari e amicali nell'infondere speranza al loro percorso di cura, come testimoniato dal seguente estratto: "Sicuramente la famiglia al primo posto, anche alcune relazioni amicali" (cattolica non praticante tra i 50 e i 60 anni). Alcuni sottolineano l'importanza della loro relazione con gli animali domestici e la natura come fonti di significato capaci di stimolare i loro orizzonti di speranza e guarigione: "Penso alla moglie e alla cagnolina" (cattolico non praticante tra i 50 e i 60 anni); e ancora, "In persone che mi circondano, la natura sempre pronta ad accogliermi" (cattolica non praticante tra i 50 e i 60 anni). Per i quattro pazienti che si auto-identificano come praticanti di una specifica tradizione religiosa, ovvero i due pazienti cattolici, il paziente musulmano e quello testimone di Geova, la fede viene descritta come il pilastro delle loro speranze di guarigione, nonché la loro relazione personale con Dio: "Pensare a un futuro migliore di questo non è un'illusione ma qualcosa di reale perché chi lo ha permesso non è un uomo ma il Creatore, colui che ha creato ogni cosa e conosce meglio di chiunque altro i nostri bisogni. Isaia 55:11" (Testimone di Geova tra i 60 e i 70 anni). In sintesi, possiamo affermare che la dimensione relazionale, sia che riguardi la relazione dei pazienti con i propri cari e/o amici, animali domestici e la natura, sia che abbia a che fare con la ricerca della trascendenza, emerge come di primaria importanza nell'infondere significato e rafforzare le speranze di guarigione dei pazienti.

L'esame della seconda dimensione del questionario, riguardante le credenze religiose e le pratiche personali dei pazienti, rivela una sostanziale omogeneità di risposte a prescindere dal profilo religioso o non religioso. La pratica più diffusa è la preghiera, specialmente quando condotta privatamente, suggerendo la sua centralità nel percorso di cura come ben evidenziato dalla letteratura specialistica (Balboni - Peteet 2017; Masters - Spielmans 2007; Morocutti 2019). Per esempio, un paziente cattolico praticante di età compresa tra i 70 e gli 80 anni ha risposto alla domanda "Ha credenze o pratiche personali che svolge individualmente?" dicendo "La preghiera", mentre alla

domanda “Quali tra queste credenze o pratiche la fanno sentire meglio nella vita di tutti i giorni?” ha risposto sottolineando che “Pregare la Vergine Maria e Gesù mi fa sentire meglio perché mi dà un senso di conforto e speranza”. Allo stesso modo, il paziente musulmano e il testimone di Geova hanno risposto a queste domande sottolineando il loro impegno e la loro fede in Dio e il ruolo che svolgono nella loro vita quotidiana. Anche la meditazione è menzionata da cinque pazienti, sia religiosi che non, come una pratica di supporto al percorso di cura: “Preghiera, meditazione, camminate” (cattolico non praticante tra i 60 e i 70 anni); “meditazione personale” (cattolica praticante tra i 60 e i 70 anni); e ancora, “Mi sono anche avvicinata alla meditazione recentemente grazie a una psicologa conosciuta in ospedale” (cattolica non praticante tra i 50 e i 60 anni). Infine, tra i pazienti meno impegnati dal punto di vista religioso, la lettura e la musica sono citate come pratiche di riferimento, soprattutto quando favoriscono “la riflessione personale e l’introspezione” (cattolico non praticante tra i 70 e gli 80 anni) come menzionato da un paziente. È quindi possibile sottolineare che, in linea con la recente letteratura sociologica (Berzano 2019; Hanegraaff 1999; Heelas 2008), pratiche non strettamente religiose in senso tradizionale, come la lettura o la musica, assumono per i pazienti una valenza spirituale che si declina soprattutto nell’incontro personale e non-mediato con il sacro, che, come abbiamo visto nell’introduzione, è sempre più ad appannaggio dell’esperienza individuale tipica delle spiritualità contemporanee.

L’analisi della terza dimensione del questionario, interessata all’appartenenza a una comunità religiosa, rivela che quattordici pazienti su diciotto non sono membri attivi di una congregazione, eccezion fatta per i quattro praticanti. Questi dati suggeriscono che la categoria sociologica di “spirituale ma non religioso” (SBNR) (Mercadante 2014) ha almeno un certo potenziale descrittivo anche nel rendere conto dell’orientamento religioso e/o spirituale di questi pazienti che, pur mostrando una debole adesione alle comunità religiose, esprimono un ventaglio di pratiche e sensibilità spirituali di diversa natura.

La quarta e ultima dimensione del questionario riguarda l’impatto della spiritualità nel percorso di cura attraverso la domanda “In che modo gli infermieri o i medici potrebbero aiutarti a vivere la tua spiritualità?”. I dati raccolti suggeriscono una pluralità di punti di vista, sintetizzabili in quattro profili principali: chi non ha risposto alla domanda, portandoci a ipotizzare che non considerino la relazione con il personale sanitario come il *locus* preposto dove esplorare e trovare risposta ai loro bisogni di cura spirituale (N°3); chi ha risposto “non so” (N°3); chi ha risposto “no” (N°4); e infine chi ha apprezzato il ruolo di supporto del personale sanitario. Rispetto a questi ultimi, alcune risposte enfatizzano il “supporto nei momenti di depressione”, nei “momenti di quotidianità” e attraverso l’“ascolto al paziente” come particolarmente proficui all’interno del percorso di cura (N°8). Emerge quindi il bisogno di una relazione umana e corrisposta tra personale ospedaliero e pazienti, come sottolineato da una paziente (cattolica praticante tra 70-80 anni):

Medici e infermieri devono svolgere con massima competenza la loro professione. L’attenzione al paziente si concretizza con l’ascolto – sfatare le paure, incoraggiare. Sarebbe importante valorizzare la figura dell’assistente spirituale.

L'analisi del questionario fornisce una prima panoramica sulla domanda di spiritualità dei pazienti e sull'importanza che essi attribuiscono alla spiritualità nell'affrontare e gestire la malattia, mostrando che, nonostante un basso livello di appartenenza religiosa intesa come vicinanza formale a un'istituzione tradizionale come la Chiesa, la spiritualità – definita in maniera inclusiva – è un aspetto della vita che sembra fornire conforto e sostegno alla maggior parte dei pazienti. Inoltre, i bisogni espressi dai pazienti sembrano essere in gran parte esistenziali piuttosto che religiosi e/o spirituali in senso stretto, evidenziando l'importanza che attribuiscono alla capacità di medici e infermieri di relazionarsi con loro in modo olistico, considerando il paziente come persona e non solo come un numero o una malattia. Infatti, come sottolineato da un paziente di concerto con gli scopi e gli obiettivi delle *medical humanities*: “Vicinanza, rispetto. Il trattare il paziente non solo come “paziente” ma come persona che non è solo la malattia, ma molto di più: storia, sentimenti, sensibilità” (cattolico praticante tra i 50 e i 60 anni), appare di fondamentale importanza per un'efficace relazione terapeutica.

3.2. *L'offerta spirituale nella cura*

Negli ultimi quindici anni in molti ospedali italiani sono nati progetti di “cura dello spirito”, caratterizzati, tra le altre iniziative, dall'introduzione di luoghi di preghiera a-confessionali o multi-confessionali (stanza del silenzio), diete e trattamento delle salme personalizzate e supporto spirituale ai pazienti non cattolici. In particolare, l'introduzione della figura dell'assistente spirituale nasce dalla necessità, identificata dal *management* ospedaliero, di fornire supporto religioso e spirituale anche a tutti quei pazienti che non si riconoscono nella fede cattolica e per i quali la presenza dei cappellani dell'ospedale non esaurisce la presa in carico religiosa e spirituale. L'assistente spirituale può essere, perciò, definito come una figura “quasi professionale” che, inserita all'interno del lavoro di cura svolto dall'*équipe* medico-sanitaria, si occupa del supporto ai bisogni spirituali e religiosi dei pazienti non cattolici (VandeCreek 2010). Questa riflessione è basata su quattro interviste in profondità con assistenti spirituali e rappresentanti religiosi dell'Unione Buddhista Italiana, dell'Unione Induista Italiana, della Chiesa Valdese e della Comunità Ebraica torinese.

Dalla nostra esperienza di ricerca emergono alcune differenze sostanziali nell'erogazione della cura spirituale tra cappellani e assistenti spirituali a causa del diverso ordinamento giuridico ai quali essi sono sottoposti. I primi, sono pienamente integrati nell'organico dell'ospedale grazie alle garanzie dei Patti Lateranensi nei confronti della confessione cattolica. Sono professionisti pagati dall'Azienda Sanitaria Locale (ASL) anche se selezionati dalla Curia e dispongono sia di orari che di spazi preposti per il loro lavoro di supporto religioso e spirituale. Al contrario, gli assistenti spirituali sono coinvolti a titolo puramente volontario, non hanno uno spazio riservato allo svolgimento delle loro mansioni all'interno delle strutture ospedaliere e i loro nominativi, così come i loro recapiti telefonici, non sono disponibili pubblicamente ma sono rac-

colti in una *brochure* consegnata e custodita nei reparti ospedalieri⁴. Un paziente, o un parente interessato, quindi, per poter interloquire con un rappresentante della propria religione necessita della mediazione del personale sanitario al quale deve chiedere di contattarlo. Ne consegue che il coinvolgimento degli assistenti spirituali non cattolici è quasi sempre attivato dal personale ospedaliero, che, posto di fronte alla necessità di gestire pazienti di religione differente – e per questo con necessità diverse rispetto ai precetti alimentari, alla gestione di una gravidanza, alla preparazione alla morte oppure al trattamento della salma –, richiede la mediazione e l'*expertise* dell'assistente spirituale.

La differenza di *status* tra cappellano e assistente spirituale emerge con chiarezza dalle parole di un Pastore della Chiesa Valdese, il quale lamenta il posizionamento periferico degli assistenti spirituali, sia valdesi sia laici, che lui stesso ha formato:

Nel sistema italiano l'unica confessione religiosa che abbia diritto alla cappellania è quella cattolica... Vedi il paradosso, in Italia tu puoi avere delle persone qualificate formate professionalmente per questo lavoro che però non potrebbero esercitarlo perché non appartengono alla confessione cattolica e poi magari dei cappellani cattolici che sono lì perché sono stati messi lì, però non hanno formazione (Intervista N° 1).

Questa asimmetria di posizionamento tra assistenti spirituali e cappellani scoraggia l'organizzazione di iniziative ecumeniche o interreligiose all'interno dell'ospedale. Inoltre, le interviste agli assistenti spirituali hanno rivelato che spesso i pazienti di fede non cattolica non necessitano di una mediazione da parte del personale dell'ospedale perché, se attivi all'interno della loro comunità religiosa, sono già noti ai rispettivi ministri grazie alle reti di supporto che permettono di identificare confratelli o consorelle che non stanno bene e di accompagnarli per tutta la degenza, anche prima del ricovero stesso. Inoltre, la rappresentante dell'Unione Induista Italiana ha espresso la sua perplessità rispetto al ruolo dell'assistente spirituale all'interno dell'induismo, sottolineando come "l'induismo non ha assolutamente bisogno di un assistente spirituale, mai pensato, mai avuto, almeno... non esiste proprio l'assistente spirituale, perché i rapporti sono personali" (Intervista N°2). La stessa sottolinea che molti degli aspetti che si vorrebbero ricondurre al supporto religioso e spirituale fornito dall'assistente spirituale, come per esempio la preparazione alla morte, la lettura di specifici passi dei testi sacri e infine la liturgia prevista dal rituale funerario, li "può fare chiunque, non c'è bisogno di un assistente spirituale, anzi, meglio che lo faccia un tuo parente" (Intervista N°2). In maniera simile, il rabbino capo della Comunità Ebraica torinese sottolinea che:

Essere chiamato da un operatore sanitario non mi è mai capitato, bensì abbia fornito i miei contatti all'azienda... può capitare che la gente, la famiglia oppure più semplicemente da parte

⁴ Tale differenza di *status* è stata ulteriormente acuita dalla pandemia da COVID-19, la quale ha costretto a una ridefinizione radicale dell'accesso alle strutture ospedaliere da parte di figure esterne (*in primis* i parenti dei malati) con la conseguenza che i cappellani dell'ospedale, in quanto integrati nell'organico dello stesso, hanno potuto continuare il loro lavoro, pregiudicato invece per gli assistenti spirituali in quanto "esterni" all'organizzazione sociale dell'ospedale.

di familiari a seconda dei casi. È una comunità abbastanza piccola, per cui se una persona è in ospedale lo so quasi istantaneamente (Intervista N°3).

È utile far notare che l'introduzione della figura dell'assistente spirituale scaturisce più da una risposta strategica dell'ospedale al crescente pluralismo religioso che dalle necessità reali dei pazienti (Di Placido - Vanzo - Palmisano 2023; Giorgi - Giorda - Palmisano 2022). Il *management* ospedaliero sembra infatti aver recepito i "miti razionalizzati" (Meyer - Rowan 1977) dell'universo pratico-discorsivo manageriale contemporaneo, ovvero i modi tipici di agire e pensare a cui viene associata razionalità ed efficienza ai fini di legittimare il proprio operato all'interno di uno specifico contesto di pratiche, invece che approcciare la proposta di interventi di cura spirituale in maniera sostantiva e con un'attenzione specifica ai bisogni dei pazienti. Di conseguenza, attribuiamo la mancanza di una considerazione più articolata dei bisogni di cura religiosa e spirituale dei pazienti come l'esito di un contesto pratico-organizzativo specifico che: da un lato relega gli assistenti spirituali come figure secondarie rispetto ai cappellani, con le quali non è possibile interloquire senza la mediazione degli infermieri; e dall'altro sembra giudicare questa figura di utilità parziale, come evidenziato da diversi rappresentati delle comunità religiose, in quanto queste ultime hanno già un loro network e *modus operandi* per supportare il degente. Infine, crediamo che le problematiche relative all'implementazione della figura dell'assistente spirituale siano anche riconducibili alla sua definizione in letteratura: quella medico-infermieristica, infatti, si concentra su cosa questa figura dovrebbe fare; mentre letteratura dei *religious studies* opera una sostanziale sovrapposizione tra assistente spirituale e assistente religioso, contribuendo quindi all'ambivalenza che questa figura assume all'interno dell'operato ospedaliero.

In conclusione, le analisi presentate nelle Sezioni 3.1 e 3.2 mostrano che sussiste un certo scollamento tra la domanda di spiritualità espressa dai pazienti durante la loro degenza e l'offerta di cura spirituale da parte dell'ospedale oggetto di studio. La prima sembra configurarsi, in linea con le principali evidenze empiriche delle *medical humanities*, con il desiderio di una medicina che possa "assicurare la felice sinergia tra le scienze naturali e le scienze umane, in vista di una medicina che sappia curare e prendersi cura" ma anche riconoscere "tutta la molteplicità dei bisogni umani" (Spinsanti 2011: 23), *in primis* quello relazionale emerso con forza nelle risposte del questionario. La seconda, qui esemplificata dai progetti di cura spirituale in ospedale, è invece il frutto di un intervento *top-down* di natura cerimoniale da parte della governance ospedaliera a discapito di un coinvolgimento dei pazienti e della comprensione dei loro bisogni spirituali, una soluzione che isomorficamente viene imitata da altri ospedali posti di fronte allo stesso problema (Di Maggio - Powell 1983). Proprio in forza di queste risultanze, riteniamo che la figura dell'assistente spirituale possa essere garante di una maggiore inclusione all'interno delle pratiche di cura ospedaliere, a patto, però, di un suo pieno riconoscimento – dal punto di vista giuridico e organizzativo – nell'*équipe* dei professionisti deputati alla cura. Questo iato tra bisogni e offerta di cura spirituale in corsia evidenzia la necessità di una formazione mirata alla cura spirituale, che sappia fornire strumenti per l'analisi dei bisogni religiosi e spirituali dei pazienti, specifici metodi per rispondere a quei bisogni nonché politiche per valutare l'impatto dell'intervento.

A proposito di formazione, ci pare opportuno menzionare il progetto *From Cure to Care: Digital Competences and Spiritual Assistance in Hospital Healthcare* (2020-2023) (FCTC), finanziato dal programma Erasmus+ della Commissione Europea Call 2020 Round 1 KA2 – *Cooperation for innovation and the exchange of good practices* e nuovamente capitanato dall'Università di Torino. Esso ha inteso rafforzare il curriculum dei futuri professionisti della salute (infermieri, operatori socio-sanitari, esperti delle politiche sociali e altre figure) in due aree che richiedono un'attenzione urgente poiché, sebbene emergenti, sono largamente ignorate dai curricula esistenti: la cura spirituale e l'alfabetizzazione digitale (McSherry et al. 2020, 2021; Timmins et al. 2022). Più nello specifico, come Burgos et al. (2022) sottolineano, la formazione all'alfabetizzazione digitale associata alla cura spirituale fornisce al personale infermieristico fondamenti concettuali e pratici per affrontare le sfaccettate richieste di bisogno spirituale dei pazienti, competenze e conoscenze che mirano a colmare le lacune lamentate dalla professione.

Questo progetto rappresenta un importante passo in avanti, anche se trattandosi di una sperimentazione necessita di ulteriori sforzi per perfezionare la proposta, non solo nei contenuti del curriculum offerto ma anche nelle modalità didattiche. FCTC ha adottato una prospettiva multidisciplinare che ha reso innovativo il curriculum proposto nel suo *E-learning Training Programme*, suddiviso in cinque moduli: “Competenze digitali” (UNIR, 10 ore); “Spiritualità e cura negli ospedali” (UNITO, 15 ore); “Gestire la diversità religiosa” (UKSWW, 15 ore); “Interventi di assistenza spirituale in infermieristica per le cure di fine vita durante la pandemia Covid-19” (UCD, 15 ore); e infine “Medicina Narrativa” (UEX, 15 ore). Insistiamo, quindi, sul dialogo che sociologia, discipline della salute e *medical humanities* possono instaurare per sviluppare interventi pratici e di formazione capaci di tenere in considerazione la dimensione culturale, sociale e relazione della cura con i suoi aspetti più tecnici, biosociali e farmacologici. Più nello specifico, la sociologia dispone di un arsenale concettuale vasto e accurato, metodi di ricerca sia qualitativi che quantitativi, e approcci teorici capaci di descrivere e interpretare fenomeni sociali altamente complessi come si dimostrano essere la relazione tra salute e malattia, l'esperienza di degenza (e in alcuni casi anche di fine vita) e le pratiche di cura (anche spirituale) sia dalla prospettiva delle istituzioni ospedaliere, che degli operatori sanitari, dei pazienti e delle loro famiglie.

IV - CONCLUSIONE

In sintesi, l'articolo ha mostrato che vi è una significativa discrepanza tra la domanda di spiritualità espressa dai pazienti durante la loro degenza e l'offerta di cura spirituale da parte dell'ospedale oggetto di studio. Crediamo che il ruolo della sociologia, così come anche delle *medical humanities*, possa essere centrale per lo sviluppo di ulteriori curricula di formazione incentrati sull'assistenza spirituale, enfatizzando dimensioni critiche e culturali. Due esempi sono lo studio del progressivo appiattimento degli universi della cura del corpo e dello spirito nelle società contemporanee e la comprensione dell'utilizzo della spiritualità nei contesti di cura alla luce dei cambiamenti storici, discorsivi e di pratiche che caratterizzano la mobilitazione strategica della

spiritualità all'interno di specifici dispositivi religiosi, politici e terapeutici. In questo quadro, le *medical humanities*, oltre a contribuire alla comprensione dell'esperienza di malattia, hanno anche il compito di indagare la costruzione sociale e discorsiva del processo di cura in quanto responsabilità collettiva legata a precise politiche di welfare e in sintonia con i cambiamenti del panorama religioso contemporaneo. Quest'ultimo, infatti, è sempre più caratterizzato da un crescente pluralismo religioso e dalla necessità di interventi, sia di formazione che sul campo, per la gestione della diversità religiosa nelle istituzioni pubbliche come gli ospedali.

Infine, una pista di indagine futura emersa dalle riflessioni dell'*équipe* di ricerca riguarda l'identificazione della "spiritualità latente" (Pannofino 2023) dei pazienti, ovvero quella propensione tacita verso il sacro che si manifesta in modo imprevisto, anche in soggetti che normalmente non credono o non praticano. A questo riguardo, sosteniamo che la spiritualità possa rappresentare una cruciale risorsa a cui attingere per dare senso alle situazioni critiche che segnano una frattura nelle biografie dei pazienti a causa dell'insorgere della patologia. L'emergere di bisogni di risposta rituale e simbolica al trauma porterebbe quindi allo scoperto una spiritualità "latente", di sempre maggior rilevanza per la comprensione delle forme più recenti della spiritualità contemporanea, orientate da percorsi di ricerca aperti ed eclettici che si esprimono con modalità non determinate né deducibili da credenze o appartenenze prestabilite e quindi suscettibili di trasformazioni creative in risposta a condizioni sociali e biografiche inattese.

BIBLIOGRAFIA

- ANANDARAJAH G.E. - HIGHT E.
 (2011) *Spirituality and Medical Practice: Using the HOPE Questions as a Practical Tool for Spiritual Assessment*, "American Family Physician", 63, pp. 81-88.
- BALBONI M.J. - PETEET J.R.
 (2017) *Spirituality and Religion Within the Culture of Medicine*, Oxford University Press, New York.
- BERZANO L.
 (2019) *The Fourth Secularisation: Autonomy of Individual Lifestyles*, Routledge, London.
- BURGOS D. - LOPEZ-SERRANO A. - PALMISANO S. - TIMMINS F.E. - CONNOLLY M.
 (2022) *Digital Competencies for Nurses: Tools for Responding to Spiritual Care Needs*, "Healthcare", 8, pp. 1966.
- CAENAZZO L. - MARIANI L. - PEGORARO L.
 (2015) *Medical humanities. Italian perspectives*, CLEUP, Padova.
- DIMAGGIO P.J. - POWELL W.W.
 (1983) *The Iron Cage Revisited: Institutional Isomorphism and Collective Rationality in Organizational Fields*, "American Sociological Review", 48(2), pp. 147-160.
- DI PLACIDO M. - PALMISANO S.
 (forthcoming) *Salute e Salvezza: Genealogia della Spiritualità nelle Pratiche di Cura*, "Salute e Società".

- DI PLACIDO M. - VANZO M. - PALMISANO S.
(2023) *Diversità religiosa, governance e cura. Primi risultati di ricerca*, in G. ACOCELLA - A. IODICE (a cura di), *Pluralismo confessionale e dinamiche interculturali: le best practices per una società inclusive*, Agonalis, Napoli, pp. 1171-1194.
- DI PLACIDO M. - PALMISANO F.E. - TIMMINS F.
(forthcoming) *Institutional, Nurses, and Patients' Spiritual Imaginaries Compared: Sociological Notes from the Field*, "Fieldwork in Religion" 18(2). DOI: 10.1558/frm.25878.
- GARELLI F.
(2020) *Gente di poca fede. Il sentimento religioso nell'Italia incerta di Dio*, Il Mulino, Bologna.
- GORDON J.
(2005) *Medical humanities: to cure sometimes, to relieve often, to comfort always*, "The Medical Journal of Australia", 182, pp. 5-8.
- GIJSBERTS M.J. - ANKE I. - LIEFBROER A.I. - OTTEN R. - OLSMAN E.
(2019) *Spiritual Care in Palliative Care: A Systematic Review of the Recent European Literature*, "Medical Sciences", 7, pp. 1-21.
- GIORGI A. - GIORDA M.C. - PALMISANO S.
(2022) *The Puzzle of Italian Religious Freedoms: Local Experiments and Complex Interactions*, "Religions", 13, pp. 1-14.
- HANEGRAAFF W.
(1999) *New Age Spiritualities as Secular Religion: A Historian's Perspective*, "Social Compass", 46, pp. 145-160.
- HARRAD R. - COSENTINO C. - KEASLEY R. - SULLA F.
(2019) *Spiritual care in nursing: an overview of the measures used to assess spiritual care provision and related factors amongst nurses*, "Acta Biomedica for Health Professions", 90, pp. 44-55.
- HAWTRHORNE D. - GORDON S.
(2020) *The Invisibility of Spiritual Nursing Care in Clinical Practice*, "Journal of Holistic Nursing", 38, pp. 147-155.
- HEELAS P.
(2008) *Spiritualities of Life: Romantic Themes and Consumptive Capitalism*, Blackwell Publishing, Oxford.
- HO R. - CHAN C. - LO P. - WONG P. - CHAN C.L. - LEUNG P. - CHEN E.
(2016) *Understandings of Spirituality and its Role in Illness Recovery in Persons with Schizophrenia and Mental-Health Professionals: A Qualitative Study*, "BMC Psychiatry", 16, pp. 1-11.
- HVIDT N.C. - NIELSEN K.T. - KØRUP A.K. - PRINDS C. - HANSEN D.G. - WÆHRENS E.E.
(2020) *What is spiritual care? Professional perspectives on the concept of spiritual care identified through group concept mapping*, "BMJ open", 10, pp. 1-10.
- KOENING H.G. - KING D.E. - CARSON V.B.
(2012) *Handbook of Religion and Health*, Oxford University Press, New York.
- LEWIN K.
(1980) *I conflitti sociali*, tr. it. Franco Angeli, Milano.
- LUCCHETTI G. - PERES M. - DAMIEN R.
(2019) *Spirituality Religiosity and Health*, Springer, Cham.
- MASTERS K.S. - SPIELMANS G.I.
(2007) *Prayer and health: Review, meta-analysis, and research agenda*, "Journal of Behavioral Medicine", 30, pp. 329-338.

- MC SHERRY W. - ROSS L. - ATTARD J. - VAN LEEUWEN R. - GISKE T. - KLEIVEN T. - BOUGHEY A. - THE EPICC NETWORK
 (2020) *Preparing Undergraduate Nurses and Midwives for Spiritual Care: Some Development in European Education over the Last Decade*, "Journal for the Study of Spirituality", 10, pp. 55-71.
- MC SHERRY W. - BOUGHEY A. - ATTARD J.
 (2021) *Enhancing Nurses' and Midwives' Competence in Providing Spiritual Care through Innovative Education and Compassionate Care*, Springer, Cham.
- MEYER J. - ROWAN B.
 (1977) *Institutionalized Organizations Formal Structure as Myth and Ceremony*, "American Journal of Sociology", 83, pp. 340-363.
- MERCADANTE L.A.
 (2014) *Belief without Borders: Inside the Minds of the Spiritual but not Religious*, Oxford University Press, Oxford.
- MOROCUTTI P.
 (2019) *Correlazioni positive tra spiritualità e salute: i risultati di alcune indagini*, "Medicina e Morale", 68, pp. 41-54.
- NARAYANASAMY A.
 (2004) *The Puzzle of Spirituality for Nursing: A Guide to Practical Assessment*, "British Journal of Nursing", 13, pp. 1140-1144.
- OMAN D.
 (2018) *Why Religion and Spirituality Matter for Public Health*, Springer, Cham.
- OTIS-GREEN S.
 (2015) *Integrating Spirituality Into Care at the End of Life: Providing Person-Centered Quality Care*, "Death Studies" 39, pp. 185-187.
- PALMISANO S. - PANNOFINO N.
 (2021) *Religioni sotto spirito: viaggi nelle nuove spiritualità*, Mondadori, Milano.
- PANNOFINO N.
 (2023) *La "spiritualità latente" di fronte all'inatteso: una lezione dalle storie di malattia*, in "Convegno AIS di Fine Mandato - Napoli, 19-21 gennaio 2023" (sessione: "Studiare la religione in Italia. Il contributo della sociologia").
- PANNOFINO N. - PALMISANO S.
 (forthcoming) *Curare lo spirito. L'integrazione della spiritualità nella pratica clinica*, "Salute e Società".
- PUCHALSKI C.
 (2014) *The FICA Spiritual History Tool*, "Journal of Palliative Medicine", 17, pp. 105-106.
- SELMAN L. - BARFIELD R.C.
 (2014) *Health and Humanities: Spirituality and Religion*, in T. JONES - D. WEAR - D. LESTER (a cura di), *Health Humanities Reader*, Rutgers University Press, Ithaca, NY, pp. 376-386.
- SPINSANTI S.
 (2011) *Le Medical Humanities : una cura per la medicina*, "Critica della Ragione Medica", pp. 23-38.
- TAYLOR C.
 (2009) *L'età secolare*, tr. it. Feltrinelli, Milano.
- TIMMINS F. - CALDEIRA S.
 (2017) *Understanding Spirituality and Spiritual Care in Nursing*, "Nursing Standard", 31, pp. 50-57.

TIMMINS F. - CONNOLLY M. - PALMISANO S. - BURGOS D. - JUAREZ L. - GUSMAN A. - SORIANO V. - JEWDOKIMOW M. - SADLON W. - SERRANO A. - CABALLERO D. - CAMPAGNA S. - VASQUEZ GARCIA-PENUELA J.

(2022) *Providing Spiritual Care to In-Hospital Patients during COVID-19: A Preliminary European Fact-Finding Study*, "Journal of Religion and Health", 61, pp. 2212-2232.

VANDECREEK L.

(2010) *Defining and Advocating for Spiritual Care in the Hospital*. "Journal of Pastoral Care & Counseling", 64, pp. 1-10.

WALTER T.

(2002) *Spirituality in palliative care: opportunity or burden?*, "Palliative Medicine", 16, pp. 133-139.