



DOMANDE DI SPIRITUALITÀ

Nuova serie
2025
n. 9



La spiritualità nel contesto della cura:

un approccio integrale alla salute

Andrea GAINO

Abstract

The article explores the renewed interest in the spiritual dimension within the pathways of care, highlighting how the growing complexity of contemporary medicine—technological, efficient, and often fragmented—calls for a more wholesome approach to illness. Through dialogue with perspectives from the medical humanities and palliative care, the text shows how spirituality emerges as an essential component of the quality of life and of the caregiving relationship, especially in moments marked by suffering, fragility, and existential questioning. After outlining the evolution of definitions of spirituality in healthcare and palliative contexts, the article distinguishes between spiritual and religious dimensions, clarifying that spiritual care is a practice shared by the entire healthcare team and not reserved solely to ministers of religion. Lastly, it emphasises how the Christian context roots spiritual care in a relational vision of the person, while warning against impersonal reductions of spirituality.

L'articolo esplora il rinnovato interesse per la dimensione spirituale nei percorsi di cura, evidenziando come la crescente complessità della medicina contemporanea – tecnologica, efficiente e spesso frammentata – renda necessario un approccio più integrale alla persona malata. Attraverso il dialogo con prospettive provenienti dalle Medical humanities e dalle cure palliative, il testo mostra come la spiritualità emerga quale componente essenziale della qualità di vita e della relazione di cura, in particolare nei momenti segnati da sofferenza, fragilità e interrogativi esistenziali. Dopo aver ricostruito l'evoluzione delle definizioni di spiritualità in ambito sanitario e palliativo, l'articolo distingue tra dimensione spirituale e religiosa, chiarendo il

ruolo dell'accompagnamento spirituale come pratica trasversale a tutta l'équipe e non solo ai ministri religiosi. Sottolinea, infine, come il contesto cristiano radica la cura spirituale in una visione relazionale della persona, richiamando l'esigenza di evitare riduzioni impersonali della spiritualità.

Nel percorso di riflessione che intendiamo intraprendere in questo numero della rivista, l'attenzione rivolta all'esperienza della malattia e al contesto relazionale della cura può costituire un indicatore significativo dell'interesse crescente verso la dimensione spirituale della persona, verso la sua "spiritualità".

Tale rinnovata sensibilità va compresa sullo sfondo della trasformazione che, in tempi relativamente recenti, ha caratterizzato l'approccio alla cura. La medicina moderna appare sempre più guidata dalla tecnologia, orientata all'efficienza e fortemente condizionata da criteri di sostenibilità economica. L'ospedale contemporaneo è un ambiente in costante mutamento, segnato da innovazioni tecnologiche, vincoli economici e cambiamenti sociali, tra i quali merita attenzione la crescente diversità etnica e culturale dei pazienti, che pone nuove sfide in termini di accoglienza e integrazione nelle cure¹.

L'approccio prevalentemente clinico alla malattia e le esigenze di efficientamento hanno progressivamente concentrato l'attenzione sulle patologie e sulle disfunzioni dell'organismo, perdendo di vista la cura della persona nella pluralità delle sue dimensioni.

A tale riguardo è significativo quanto scrive papa Francesco nella presentazione di un testo dedicato alla spiritualità nei contesti di cura:

La pandemia di Covid-19 ha sottolineato con forza la necessità di non lasciarsi trascinare da sole logiche economiche, incapaci di soddisfare pienamente i profondi bisogni dell'uomo. L'attenzione alla prospettiva spirituale aiuta a rispondere, in sintonia con le altre realtà coinvolte, a questa domanda. Proprio lo sguardo dalla periferia della condizione umana, segnata dalla precarietà dell'esistenza, favorisce la costruzione di quei ponti necessari a non

dimenticare l'umano che ci caratterizza e a individuare sempre nuovi, spesso imprevisi, percorsi².

A fronte di un evidente sbilanciamento verso la medicalizzazione della malattia, non mancano tuttavia riflessioni e pratiche che cercano di promuovere un approccio diverso alla cura, capace di porre al centro la persona malata con tutta la sua "biografia" e non semplicemente con la sua "biologia".

Nei sistemi sanitari più avanzati si osserva infatti una crescente attenzione a umanizzare la medicina, integrando dimensioni biologiche, psicologiche e sociali. La cosiddetta "medicina narrativa"³, le "Medical humanities"⁴ e la sensibilità propiziata dalle cure palliative sono segnali di un mutamento nello stile della cura. Questi approcci, che promuovono una visione olistica della persona malata e della malattia stessa, hanno favorito un'attenzione crescente ai bisogni spirituali, riconosciuti come parte integrante di un'assistenza sanitaria completa e rispettosa della persona.

È in questo orizzonte che possiamo attingere esperienze e riflessioni utili al nostro percorso di ricerca.

² FRANCESCO, «Prefazione», in *Ibid.*, 8.

³ La *Medicina narrativa* è un approccio che integra la scienza medica con il racconto personale dell'esperienza della malattia. Si basa sull'idea che le storie di pazienti, familiari e medici siano strumenti terapeutici potenti per migliorare la cura, promuovere l'empatia e rafforzare il rapporto tra curante e paziente. Questo approccio valorizza l'ascolto e l'interpretazione delle narrazioni per comprendere appieno la sofferenza del malato, andando oltre i soli sintomi clinici. Cf Sandro SPINSANTI, *La medicina vestita di narrazione*, (= Graffiti), Roma: Il pensiero scientifico 2016.

⁴ Le *Medical humanities* sono un campo di studi interdisciplinare che unisce le scienze mediche con le discipline umanistiche come la filosofia, la letteratura, l'antropologia, la sociologia e l'etica. Il loro scopo è umanizzare la medicina, comprendere la malattia come esperienza umana e migliorare la relazione medico-paziente attraverso approcci critici e narrativi. Cf la rivista *Medical Humanities & Medicina narrativa* – *MHMN*, pubblicata a partire dal 2020 in modalità Open Access.

¹ Cf Carlo Alfredo CLERICI – Tullio PROSERPIO, *La spiritualità nella cura. Dialoghi tra clinica, psicologia e pastorale* (= [La famiglia nel mondo contemporaneo](#)), Cinisello Balsamo: San Paolo 2022, 13-29.

Cercheremo dunque di lasciarci istruire da tali orientamenti per comprendere che cosa si intenda per spiritualità nel contesto della cura e quale significato essa assuma per chi vive la malattia e per quanti accompagnano i malati nel loro cammino.

Cura e spiritualità

Per comprendere la relazione tra cura e spiritualità, occorre delineare anzitutto la specificità della relazione di cura che contraddistingue l'accompagnamento delle persone affette da malattia.

Il tema della cura rappresenta oggi uno dei punti di incontro più fecondi tra scienze umane, filosofia, teologia e pastorale⁵. Viviamo in un'epoca caratterizzata da un crescente bisogno di senso, nella quale malattia, sofferenza e fragilità sollevano interrogativi nuovi sia sul piano personale sia su quello sociale. La cura, in questo contesto, non può essere intesa solo come insieme di pratiche tecniche o assistenziali, ma come dimensione essenziale dell'esistenza: un modo di abitare il mondo, di entrare in relazione e di costruire significato.

La riflessione sulla cura tocca profondamente la nostra antropologia, cioè la comprensione dell'essere umano. Curare e lasciarsi curare non sono atti meramente funzionali, ma gesti che rivelano la nostra vulnerabilità e, al contempo, la nostra capacità di solidarietà. Ogni esperienza di cura diventa così un'occasione di incontro, di comunicazione e di crescita reciproca.

In questo orizzonte si innesta la spiritualità, che riguarda la ricerca di senso, valore e trascendenza presente in ogni persona, indipendentemente dal credo religioso. Quando la vita è minacciata dalla malattia e il corpo si indebolisce, emergono con forza domande spirituali: Perché soffro? Qual è il senso di questa prova? Che cosa rimane di me quando non posso più fare ciò che facevo?

Il legame tra cura e spiritualità non è dunque accessorio, ma fondamentale. La cura autentica riconosce l'altro nella sua totalità – corpo, psiche e spirito – e si compie solo quando accompagna la persona nel suo bisogno più profondo: ritrovare significato, speranza e pace interiore.

Questa intersezione tra cura e spiritualità non appartiene soltanto alla sfera religiosa: costituisce oggi una frontiera culturale condivisa, nella quale

⁵ Cf Alberto FRIGERIO, «La spiritualità nella cura. Note per una pastorale sanitaria» *La rivista del clero italiano*, 105, 3 (2024), 205-216.

convergono medicina, filosofia, etica e teologia. Nel contesto cristiano, inoltre, essa apre la strada a una rinnovata azione pastorale, capace di unire competenza, umanità e testimonianza.

Luigina Mortari, filosofa e pedagogista, ha dedicato particolare attenzione al tema della cura, evidenziandone il significato educativo e antropologico⁶. Secondo Mortari, la cura è una necessità ontologica radicata nella condizione umana: siamo esseri fragili, vulnerabili e relazionali, che non possono vivere senza cura, perché hanno bisogno di riceverla e donarla per esistere pienamente.

La cura è una pratica orientata ad apportare all'altro un beneficio che da solo non può ottenere; si distingue dalla semplice prestazione di servizio, perché si dà sempre in un rapporto di reciprocità, e si precisa in alcune posture del curante: responsabilità, premura, condivisione del bisogno. Essa si attua poi in diverse modalità relazionali, formali e informali⁷.

Mortari individua vari significati del “prendersi cura”: nutrire e sostenere; riparare; preservare; dare senso. La cura non è solo gesto tecnico o atto morale, ma una forma di vita che unisce dedizione, responsabilità e premura. In questa prospettiva si apre una nozione olistica di cura, volta a coltivare, conservare e riparare la vita nella sua totalità, corporea e spirituale.

Un esempio emblematico di tale visione unitaria è offerto da Cicely Saunders, fondatrice del moderno movimento *hospice*. Saunders ha introdotto il concetto di “total pain”, il dolore totale: un modello che comprende disagio fisico, psicosociale e spirituale, descritto come modello biopsicosociale e spirituale⁸. Per lei il malato non è solo un corpo da curare, ma una persona intera da accompagnare con rispetto. Da questo deriva l'appellativo “palliative”, dal latino *pallium*, “mantello”: una cura che avvolge la persona in tutte le sue dimensioni.

Le cure palliative sono frutto di un approccio interdisciplinare che coinvolge medici, infermieri, psicologi, assistenti spirituali, volontari e fami-

⁶ Cf Luigina MORTARI, *La politica della cura. Prendere a cuore la vita*, (= Saggi 139), Milano: Raffaello Cortina 2021.

⁷ Cf Luigina MORTARI, *Filosofia della cura* (= Saggi 92), Milano: Raffaello Cortina 2015, pp. 115-175.

⁸ Una bella presentazione della figura e della biografia di Cicely Saunders è offerta, in forma di romanzo, da Emmanuel EXITU, *Di che cosa è fatta la speranza* (= Romanzo Bompiani. Narratori italiani), Firenze: Bompiani 2023.

liari. Esse mirano a migliorare la qualità di vita del paziente e della sua famiglia, non solo ad alleviare i sintomi⁹.

È significativo che la definizione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità includa esplicitamente anche la dimensione spirituale. Per l'OMS le cure palliative costituiscono un approccio di cura e assistenza che migliora la qualità della vita dei pazienti e delle famiglie, che si confrontano con una malattia inguaribile, attraverso la prevenzione e il sollievo della sofferenza. Ancora più importante, per quanto qui ci riguarda, è che questo miglioramento della qualità di vita debba avvenire attraverso l'identificazione e il trattamento di ogni forma di sofferenza, dal dolore ai problemi fisici di altro genere, a quelli psicosociali, a quelli spirituali. In maniera altrettanto esplicita si afferma poi che le cure palliative integrano nell'assistenza al paziente gli aspetti psicologici e spirituali¹⁰. La cura spirituale è vista perciò come parte integrante dell'assistenza alla persona, perché la sofferenza tocca ogni dimensione dell'essere.

In Italia le cure palliative sono state riconosciute e sviluppate soprattutto grazie alla Legge 38/2010, che amplia il focus ben oltre la terapia del dolore, definendole come

l'insieme degli interventi terapeutici, diagnostici e assistenziali, rivolti sia alla persona malata sia al suo nucleo familiare, finalizzati alla cura attiva e totale dei pazienti la cui malattia di base, caratterizzata da un'inarrestabile evoluzione e da una prognosi infausta, non risponde più a trattamenti specifici (Art. 2).

Questo ampliamento permette di comprendere meglio il significato e il valore della spiritualità per chi vive l'esperienza della malattia. Ci invita

⁹ Cf Sandro SPINSANTI, *La cura in modalità palliativa. Le parole, le regole, le pratiche*, Piacenza: Dapero 2022.

¹⁰ «Palliative care is an approach that improves the quality of life of patients (adults and children) and their families who are facing problems associated with life-threatening illness. It prevents and relieves suffering through the early identification, correct assessment and treatment of pain and other problems, whether physical, psychosocial or spiritual», WORD HEALTH ORGANISATION, «Palliative care [05 Agosto 2020]», www.who.int, <<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>> [Accesso: 14 febbraio 2026].

ora a riflettere su come intenderla in questo contesto.

Alla ricerca di una “definizione” di spiritualità nel contesto della cura

Negli ultimi 25 anni numerose ricerche hanno indagato il rapporto tra spiritualità e salute, soprattutto nei pazienti gravemente malati. Gli studi mostrano un'associazione tra spiritualità e qualità della vita, gestione della sofferenza e riduzione del disagio. Inoltre, i pazienti manifestano un forte desiderio che la propria spiritualità venga ascoltata e integrata nel percorso di cura¹¹.

Se il bisogno è riconosciuto, più complesso è definirne i contorni, soprattutto in un ambito come quello sanitario, orientato al misurabile e al tangibile.

Ancora oggi, nella maggior parte degli ospedali e dei percorsi di cure palliative, l'attenzione si concentra sui sintomi fisici e sui problemi psicosociali. Una ragione è la mancanza di una definizione condivisa di spiritualità; un'altra è la difficoltà degli operatori a riconoscere e a trattare un'area percepita come privata e poco definita.

Si pensa spesso che la dimensione spirituale debba essere affidata esclusivamente ai cappellani o a figure specifiche. Molti operatori non si sentono preparati ad affrontare questa dimensione della cura: avvertono carenze di conoscenze, difficoltà nell'esplorare la propria spiritualità personale e incertezza riguardo al proprio ruolo. Così emerge la sensazione diffusa che “manca qualcosa”, e quel “qualcosa” è spesso decisivo per i pazienti.

A tale riguardo è significativo quanto afferma Giampaolo Fortini, presidente della Società Italiana di Cure Palliative:

La cura palliativa non è completa se non include la dimensione spirituale. Ogni persona, davanti alla malattia e alla fragilità, cerca senso, relazione e riconciliazione. È nostro dovere professionale e umano garantire che questi bisogni trovino ascolto e spazio nei percorsi di cura. L'assistenza spirituale è oggi ancora frammentata e priva di riconoscimento, ma rappresenta una delle frontiere più im-

¹¹ Cf Christina M. PUCHALSKI – Robert VITILLO – Sharon HULL – Nancy RELLER, «Improving the spiritual dimension of whole person care: reaching national and international consensus», *Journal of Palliative Medicine* 17, 6 (2014) 642-656.

portanti per restituire alla medicina il suo volto autenticamente umano¹².

Questa consapevolezza ha mosso l'interesse per cercare una condivisione intorno a come dovesse intendersi la spiritualità. I primi passi per giungere a una definizione condivisa sono stati mossi in ambito anglosassone, in particolare negli Stati Uniti. Qui, nel 2004, il *National Consensus Project* e il *National Quality Forum*¹³, attraverso un processo di consenso, sono giunti a definire le questioni spirituali, religiose ed esistenziali come un ambito essenziale nel percorso di cure palliative, che deve quindi essere considerato imprescindibile per un corretto iter di cura¹⁴.

Un passo ulteriore è stato compiuto nel 2010 in Olanda, grazie a una *Task Force* dell'*European Association for Palliative Care* (EAPC). Attraverso un confronto fra diverse tradizioni culturali e religiose, si è avviato un lavoro per identificare una definizione condivisa di spiritualità.

Laura Campanello, partecipante alla Task Force, descrive così la difficoltà di questa operazione:

Definire la dimensione spirituale non è facile: dire a parole una tensione ineffabile, ampia, che appena la nomi già eccede e sfugge ai limiti descrittivi che le si impongono è un lavoro complicato, specie in un ambito come quello sanitario che si muove

tra logiche scientifiche, parla di ciò che è tangibile e misurabile quantitativamente. Se poi questa definizione deve comprendere sia la dimensione laica che quella religiosa, senza esclusione alcuna, è ancora più complicato, specie se non si vuole rinunciare all'ampiezza che la complessità di cui ci si occupa impone¹⁵.

Nell'anno successivo, in un secondo appuntamento del Forum, si è giunti a condividere una definizione di "spiritualità". Questa stessa definizione verrà poi presa come riferimento anche dal *Core curriculum* sull'assistenza spirituale pubblicato nel 2019 dalla Società Italiana di Cure Palliative (SICP)¹⁶. La riportiamo di seguito.

La spiritualità è quella dimensione dinamica della vita umana che concerne il modo in cui le persone (individui e comunità) fanno esperienza, esprimono e/o ricercano significato, scopo e trascendenza; ed il modo in cui entrano in connessione col momento che vivono, col sé, con gli altri, con la natura e con ciò che è portatore di senso e/o sacro¹⁷.

La definizione è volutamente aperta e riconosce la spiritualità come realtà dinamica e biograficamente condizionata. Essa indica tre ambiti nei quali la spiritualità si manifesta: sfide esistenziali; valori che danno identità; vissuti religiosi.

La definizione operativa scelta dalla task-force dell'EAPC indica anche quale sia il campo pro-

¹² Ruggero CORCELLA, «Cure palliative, il 70% dei malati dichiara bisogni spirituali insoddisfatti. Nasce l'Associazione assistenti spirituali nella cura [03 novembre 2025]», www.corriere.it, <https://www.corriere.it/salute/25_novembre_03/cure-palliative-il-70-dei-malati-dichiara-bisogni-spirituali-insoddisfatti-nasce-l-associazione-assistenti-spirituali-nella-cura-491893bf-e43b-4d39-9b0b-f01b565fbxk.shtml> [Accesso: 16 febbraio 2026].

¹³ Il *National Consensus Project* (NCP) è un'iniziativa che ha sviluppato le linee guida per migliorare la qualità dell'assistenza palliativa, con l'obiettivo di integrare i principi delle cure palliative nella routine assistenziale. Il *National Quality Forum* (NQF) è un'organizzazione non profit statunitense che lavora per migliorare la qualità, la sicurezza e l'economicità dell'assistenza sanitaria attraverso la creazione di standard di misurazione e consenso tra i vari attori del settore. Il lavoro per creare linee guida di consenso, iniziato nel 2004, si è ulteriormente sviluppato negli anni successivi.

¹⁴ CHRISTINA M. PUCHALSKI, «Spirituality as an essential domain of palliative care: Caring for the whole person», *Progress in Palliative Care. Science and the Art of Caring* 20, 2 (2012) 63-65.

¹⁵ Laura CAMPANELLO – Mario CAGNA – Guido MICCINESI, «Spiritualità e cure palliative», *Rivista Italiana di Cure Palliative* 25, 2 (2023) 55-63, p. 55.

¹⁶ SOCIETÀ ITALIANA CURE PALLIATIVE, «Core Curriculum per l'assistenza spirituale in cure palliative [02 dicembre 2019]», www.sicp.it, <<https://www.sicp.it/aggiornamento/linee-guida-bp-procedures/core-curriculum/2019/12/core-curriculum-per-l-assistenza-spirituale-in-cure-palliative/>> [Accesso: 16 febbraio 2026].

¹⁷ «Spirituality is the dynamic dimension of human life that relates to the way persons (individual and community) experience, express and/or seek meaning, purpose and transcendence, and the way they connect to the moment, to self, to others, to nature, to the significant and/or the sacred», EUROPEAN ASSOCIATION FOR PALLIATIVE CARE, «Spiritual Care», www.eapcnet.eu, <<https://eapcnet.eu/eapc-groups/reference/spiritual-care/>> [Accesso: 16 febbraio 2026].

prio della spiritualità, ovvero dove essa si manifesti: con sfide di tipo esistenziale (le domande circa il senso, la sofferenza, la morte etc.), aspetti valoriali che danno identità alla persona (riguardanti sé stesso, le relazioni significative, la vita stessa etc.), o anche vissuti di tipo religioso.

Sono significativi, in questa definizione, i riferimenti alla comunità, alla trascendenza e alla lettura della spiritualità come dimensione costitutiva della vita umana e non semplicemente una sua sfaccettatura o una caratteristica della personalità.

Nella definizione si fa riferimento alla dimensione trascendente e al sacro, ma volutamente si è scelto di non usare l'espressione "religiosità", volendola distinguere da questa prospettiva e ancor più dalla "religione", che pertiene alla scelta esplicita di qualcuno.

La definizione è riconducibile ad un modello che ha come obiettivo l'esplorazione della dimensione esistenziale del soggetto. Evidenzia le aree di indagine e d'intervento possibili: la speranza, la colpa e il perdono, l'autonomia, le relazioni e la sofferenza. Aree esistenziali universali che ogni operatore è invitato ad indagare affinché, prima di tutto, si crei una relazione di fiducia e di ascolto su questioni di cui raramente ci si occupa in ambito sanitario e poi perché emerga la possibilità di una cura centrata sul paziente, sulla sua visione della vita e del dolore, sulla sua possibilità di trovare un senso a ciò che accade muovendosi all'interno della personale storia di vita, sulla sua visione del futuro, sui suoi valori di riferimento, i suoi rimpianti e i suoi desideri o timori. Un modello che quindi accolga la persona nella sua interezza e nella sua complessità, e permetta una tessitura di significati che nascono anche dal dialogo e dalla vicinanza con l'operatore.

È un modello buono proprio perché ampio: tratteggia una mappa per muoversi nella relazione e nell'ascolto del paziente senza limitare le vie percorribili, senza imporre risposte precostituite o valori di riferimento già dati; un processo che lascia spazio alla libertà e alla responsabilità degli interlocutori in gioco, che permette la vicinanza e il rispetto senza i quali nessun percorso di cura che abbia a cuore la dimensione spirituale della persona malata è possibile.

In linea con questa prospettiva Laura Campanello presenta così la sua idea di spiritualità

Ecco quello che ritengo si debba fare per occuparsi della dimensione spirituale e formarsi ad essa: va studiata, va sperimentata in relazione al contesto di cura in cui ci si trova ad operare e va praticata a partire da sé stessi, accettando e mettendo in luce le questioni esistenziali che ci si pongono nella vita e tanto più ci scuotono di fronte alla sofferenza e alla morte. Perché sono domande universali che per ognuno prendono poi la forma che proviene dalla propria biografia e che a volte chiedono risposte, a volte una vicinanza che si può reggere solo se si accetta e si tollera quella condizione umana di vulnerabilità che può tanto sfociare nella disperazione quanto aprire alla via del senso possibile, fino alla fine¹⁸.

Accompagnamento spirituale e assistenza religiosa

Per comprendere più a fondo cosa significhi accompagnamento spirituale delle persone nel percorso di cura, è utile chiarire la relazione fra dimensione spirituale e dimensione religiosa, distinguendo senza separare.

Diverse concezioni recenti¹⁹, ma anche del passato²⁰, indicano la necessità di considerare la spiritualità come una dimensione propria dell'umano, riconoscibile nella attitudine alla contemplazione, al silenzio, necessaria alla completezza di ognuno di noi. Riconoscono la spiritualità come dimensione propria dell'umano: in questo senso, è corretto dire che si nasce spirituali; si diventa religiosi aderendo a una determinata tradizione di fede.

Per precisare questa distinzione può essere utile richiamare, senza pretesa di esaustività, alcuni tratti distintivi dell'esperienza religiosa. Questa si caratterizza anzitutto per il riconoscimento e il riferimento a una trascendenza: credere in essa è

¹⁸ CAMPANELLO – CAGNA – MICCINESI, «Spiritualità e cure palliative», 58.

¹⁹ Cf Carlos M. DEL RIO – Lyle J. WHITE, «Separating spirituality from religiosity: A hylomorphic attitudinal perspective», *Psychology of Religion and Spirituality* 4, 2 (2012) 123–142.

²⁰ Cf Romano GUARDINI, *L'opposizione polare. Saggio per una filosofia del concreto vivente* (= Opere di Romano Guardini. Nuova serie 9), Brescia: Morcelliana^a 32022.

aspetto centrale nella comprensione che la persona ha di sé, del senso e dell'orientamento della propria esistenza. Chi si riconosce appartenere ad una religione si sente personalmente ed emotivamente legato al trascendente ed esprime questo legame attraverso delle pratiche (preghiere, riti...). Il riferimento a questa trascendenza comporta anche una valutazione ed un orientamento del proprio vissuto secondo un particolare codice etico. Inoltre, l'esperienza religiosa porta alla percezione di sé come appartenente ad una comunità con la quale si condivide una storia: ha radici nel passato, vive un presente sostanziato dalle dimensioni prima ricordate, è protesa ad un futuro garantito e promesso da Dio.

Sebbene l'appartenenza religiosa possa essere vissuta in maniera più o meno profonda, secondo uno spettro che va dalla fede profonda e dominante la comprensione di sé che ha la persona fino alla pratica puramente formale e per semplice tradizione, non potremmo parlare di esperienza religiosa se questa non toccasse il vissuto della persona, la percezione che ha di sé, i valori di riferimento, il senso della propria storia e della storia umana in generale. Per questo è difficile pensare ad una esperienza religiosa che non abbia a che fare con la dimensione spirituale propria di ogni persona. Al tempo stesso è importante riconoscere che tra spiritualità ed esperienza religiosa non si dà coincidenza. Pertanto, possiamo riconoscere una dimensione spirituale anche in chi non si sente appartenente ad alcuna comunità religiosa e non esprime alcuna fede in un Dio trascendente. Tenere presente questa distinzione è importante nei processi di cura.

In questo terreno incerto può essere utile rifarsi alla cosiddetta "definizione di consenso" di spiritualità sopra riportata, nella quale volutamente si è omessa la parola "religione". La spiritualità, infatti, viene descritta come una dimensione che appartiene a tutti gli esseri umani – qualcosa di intrinseco – mentre la religione è solo una delle possibili espressioni di questa dimensione. In altre parole, tutti possono essere spirituali, ma non tutti sono religiosi.

Chi lavora in ambito sanitario o nelle cure palliative sa bene che si può incontrare una grande varietà di esperienze: c'è chi vive la spiritualità senza riferimento a una fede, e chi la coltiva all'interno della propria religione. Alcuni usano il termine *religiosity/spirituality* (R/S) per tenerle insieme, ma questa sigla non basta a risolvere la complessità del tema.

Un contributo interessante arriva dal servizio sanitario scozzese (NHS *National Health Service Scotland*), che distingue tra assistenza spirituale e assistenza religiosa²¹. È una distinzione utile, sebbene non riesca a spiegare tutta la complessità di questo intreccio.

L'assistenza spirituale, dicono, nasce da un rapporto personale: mette al centro la persona, senza dare per scontate convinzioni o orientamenti. L'assistenza religiosa, invece, si sviluppa all'interno di una comunità di fede e fa riferimento a credenze, riti e valori condivisi. La prima non deve per forza essere religiosa; la seconda, quando è autentica, dovrebbe sempre avere una dimensione spirituale.

La differenza fra domanda di assistenza religiosa e accompagnamento spirituale è oggi bene percepibile anche nei nostri contesti di cura. Chi svolge il ministero di cappellano negli ospedali del nostro paese rileva un crescente calo di una esplicita domanda di assistenza religiosa accompagnata dalla richiesta di riti e la celebrazione di sacramenti, mentre nota un esplicito o implicito bisogno di ascolto, di dialogo, di supporto nel particolare momento di difficoltà che la persona sta vivendo, tutti elementi riconducibili alla domanda di accompagnamento spirituale.

Riconoscere e accompagnare: la cura della spiritualità

Se è abbastanza chiaro quanto sia importante – e per alcuni pazienti perfino decisivo – offrire una cura spirituale, molto meno chiaro è come farlo concretamente. La Società Italiana di Cure Palliative ha sempre considerato questo tema centrale, ma le risposte, in Italia come altrove, sono ancora parziali²².

Possiamo però distinguere due livelli. Il primo riguarda la conoscenza e l'uso di strumenti clinici

²¹ NHS EDUCATION FOR SCOTLAND, «Spiritual care [28 maggio 2021]», www.nes.scot.nhs.uk, <<https://our-work/spiritual-care/>> [Accesso: 16 febbraio 2026].

²² Clerici rileva che è crescente la domanda di inserire nei Curricula delle scuole di medicina anche la trattazione specifica dell'accompagnamento spirituale. Questa esigenza è accolta soprattutto negli Stati Uniti e in paesi nordeuropei. In Italia, nonostante sia cresciuta l'attenzione alla spiritualità del paziente, non è altrettanto presente la sensibilità ad inserire nei percorsi universitari di preparazione alle professioni di cura una formazione specifica riguardante la cura della spiritualità. Cf CLERICI – PROSERPIO, *La spiritualità nella cura*, 149-151.

per riconoscere e valutare il disagio spirituale: triage, screening, scale di valutazione. Il secondo livello, più profondo, riguarda la figura del curante: perché la cura spirituale passa prima di tutto dalla persona del professionista, dal modo in cui si relaziona con il paziente e con la stessa équipe dei curanti. Qui si apre un grande spazio di formazione e di crescita personale, perché non sembra possibile trattare tematiche spirituali che i pazienti presentano se non ci si è mai occupati in maniera esplicita della propria dimensione spirituale e della propria vulnerabilità e mortalità.

In merito al primo livello della questione E. Johnston Taylor, in un articolo pubblicato nel 2020 su *Journal of Hospice and Palliative Care*, propone “cinque cose da ricordare” quando si avvicina una persona ammalata e si vuole considerare anche la dimensione spirituale nel percorso di cura: 1. comprendere che la spiritualità si manifesta in una miriade di modi e che non è la stessa cosa della religiosità; 2. effettuare lo screening per il disagio spirituale e successivamente condurre una storia o una valutazione spirituale; 3. ricordare che la spiritualità non è solo qualcosa da valutare al momento del ricovero; 4. sapere che ci sono molti modi per valutare la spiritualità (non è deducibile semplicemente da come un paziente risponde verbalmente ad una domanda sulla spiritualità o sulla religiosità); 5. ricordare che la stessa valutazione può avere valore terapeutico²³.

Per effettuare lo screening di cui parla Taylor sono stati approntati diversi strumenti che producono risultati numerici, utili per registrare i dati in cartella e monitorare il percorso del paziente²⁴. Va detto che questi strumenti sono utili, ma da soli non bastano per una corretta valutazione della situazione e della sensibilità dei pazienti. Sono

²³ Elizabeth J. TAYLOR, «Initial Spiritual Screening and Assessment: Five Things to Remember», *The Korean Journal of Hospice and Palliative Care* 23, 1 (2020) 1-4.

²⁴ Sono stati sviluppati vari strumenti per valutare in modo strutturato il potenziale bisogno di cure spirituali del paziente. I più diffusi, soprattutto, ma non solo, in ambito statunitense, sono FACI (acronimo che rimanda ai seguenti indici: Fede e credenza, come desidera essere Assistito nei bisogni spirituali, Comunità e sostegno spirituale, Importanza della spiritualità nella propria vita) SPIRIT e HOPE. Una versione italiana (FICI) dello strumento di C. Puchalski (FACI), in accordo con l'autrice, è stata sviluppata da Mario Cagna, Assistente spirituale in Hospice, Direttore dell'Ufficio di Pastorale della Salute della diocesi di Chiavari.

ausili che vanno sempre associati ad un congruo tempo di dialogo e ad una affinata sensibilità da parte dell'interlocutore nell'intercettare domande e bisogni anche non esplicitamente espressi.

Sono pertanto utili anche gli strumenti pensati per favorire il dialogo: aiutano a costruire una “storia spirituale” del paziente, o – come piace dire a molti – una vera e propria anamnesi spirituale. Attraverso la conversazione, il paziente può riconoscere e dare un nome alla propria sofferenza, e spesso questo è già un primo passo di guarigione interiore. Può anche riscoprire le sue risorse interiori o quelle offerte dalla sua comunità. Va detto che ricondurre tutto questo a dati quantificabili da appuntare nella cartella clinica non è semplice e forse non è nemmeno possibile.

Tuttavia, la questione più delicata è quella che porta a domandare a chi compete la cura spirituale.

È nel contesto delle cure palliative che la questione è presa in considerazione in modo esplicito. Qui si riconosce che tutta l'équipe di cure palliative deve avere strumenti e deve affinare sensibilità per identificare le esigenze spirituali dei pazienti e, almeno in parte, tutti i suoi componenti sono chiamati a farsi carico di queste esigenze e considerarle come parte integrante del proprio intervento di cura. Tuttavia, nella pratica spesso si tende a delegare la questione ad altri, a figure particolari, espressamente preparate e deputate a rispondere alle esigenze spirituali dei pazienti.

In Italia, per esempio, gli assistenti spirituali preparati sono ancora pochi, e non presenti in tutte le équipe di cure palliative²⁵. I percorsi formativi dedicati a loro sono agli inizi. Eppure, il paziente ha bisogno di persone che non si tirino indietro, che restino accanto anche di fronte alla sofferenza più profonda.

Abbiamo imparato, almeno in parte, a restare davanti a un dolore fisico difficile da trattare o a una sofferenza psicologica complessa. Ma quando si tratta di bisogni spirituali, questa attitudine sembra ancora poco sviluppata e poco coltivata. I pazienti, invece, hanno bisogno di curanti che non “scappino” cercando subito l'esperto, ma che sappiano stare con loro, con rispetto e disponibilità autentica.

²⁵ Interessanti le indicazioni offerte, a tale riguardo, dal già citato *Core Curriculum*, Parte 4. Formazione degli operatori alla assistenza spirituale: dalla definizione delle competenze alla proposta di possibili percorsi formativi, 19-28.

Il già citato documento del NHS parla anche dei ruoli e della formazione del personale, introducendo un modello che distingue tra cure spirituali generiche e cure spirituali o pastorali specialistiche²⁶. Queste due dimensioni non sono separate, ma si collocano su un continuum: da un lato, tutte le persone che lavorano nel sistema sanitario dovrebbero possedere competenze di base per offrire un sostegno spirituale quotidiano; dall'altro, ci sono figure specializzate, come gli assistenti spirituali, che possono intervenire nei casi più complessi e a livello più profondo. Allo stesso modo, anche ogni équipe di cure palliative, che si occupa del *total pain* – cioè del dolore nella sua globalità, fisica, psicologica, sociale e spirituale – dovrebbe essere in grado di offrire una cura spirituale di base e, quando serve, coinvolgere esperti esterni. Dovrebbe, in altre parole, saper passare con naturalezza dalla routine alla complessità.

Per arrivare a questo, però, serve che l'operatore si senta preparato. E non sempre è così. Molti professionisti vivono un senso di inadeguatezza: sentono di non avere conoscenze sufficienti sulla spiritualità, non sanno bene quale sia il proprio ruolo e, soprattutto, non sono consapevoli della propria dimensione spirituale. Se sono credenti, possono temere che una fede diversa da quella del paziente rappresenti un ostacolo. Altri si sentono semplicemente poco competenti, privi di modelli, oppressi dal tempo e dal carico di lavoro.

In Europa sono stati elaborati standard per la cappellania nel mondo della salute, in cui si raccomanda che i cappellani, oltre ad assicurare il culto religioso secondo la confessione del malato, si dispongano ad ascoltare le esigenze spirituali di ogni paziente, operino come membri d'équipe multidisciplinari, prendano parte a programmi d'insegnamento e aggiornamento rivolti ai professionisti del mondo della salute²⁷.

²⁶ Cf NHS EDUCATION FOR SCOTLAND, «Spiritual and religious care capabilities and competences for healthcare chaplains», www.nes.scot.nhs.uk, <https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&opi=89978449&url=https://www.nes.scot.nhs.uk/media/ujnfpzjc/010308capabilities_and_competences_for_healthcare_chaplains.pdf&ved=2ahUKEWjUttT23d6SAxVO1wIH-HQ5hGNMQFnoECBgQAQ&usg=AOvVaw1j4No1L-gcmxZNBls6BOjOS> [Accesso: 16 febbraio 2026].

²⁷ Cf EUROPEAN NETWORK OF HEALTH CARE CHAPLAINCY, «ENHCC - Information [11 Novembre 2000]», www.pastoralezorg.be, <<https://www.pastoralezorg.be/page/enhcc-information/>> [Accesso: 16 febbraio

È così che, tra il bisogno profondo del paziente e la mancanza di strumenti, cultura e formazione personale, resta ancora molta strada da fare. Possiamo dire che la cura della dimensione spirituale domanda formazione e sensibilità. Non ci si improvvisa competenti e non basta la personale esperienza. Vanno incentivati percorsi formativi appositi che aiutino ad accostare i pazienti anche per questa dimensione della loro vita e della loro condizione di malati. Al tempo stesso è chiesto a ciascun operatore che voglia acquisire questa sensibilità, la disponibilità a mettersi personalmente in gioco, con la propria storia e il proprio percorso di avvicinamento alla dimensione spirituale.

Cicely Saunders ricordava che l'accompagnamento spirituale consiste anzitutto nello "stare con" chi soffre, condividendo il suo percorso con empatia e rispetto. Inoltre, a partire dalla propria esperienza credente, ricordava come "la risposta cristiana al mistero della sofferenza non è una spiegazione, ma una presenza".

Conclusione

Nel percorso tracciato si è cercato di mostrare come la spiritualità, lungi dall'essere un elemento accessorio o marginale, rappresenti una dimensione costitutiva dell'esperienza umana e, di conseguenza, della cura. L'attenzione alla persona nella sua totalità – corpo, psiche e spirito – non è un'aggiunta opzionale, ma un requisito essenziale per garantire un accompagnamento realmente umano, soprattutto nei momenti in cui la fragilità si manifesta con maggiore intensità.

Le cure palliative, la medicina narrativa, le *Medical humanities* e le recenti riflessioni prodotte dagli organismi internazionali hanno contribuito a rendere più chiaro questo orizzonte, riconoscendo la spiritualità come parte integrante della qualità della vita e del benessere globale del paziente. Allo stesso tempo, è emersa la consapevolezza che tale dimensione richiede competenze specifiche: richiede formazione, ascolto, disponibilità a mettersi in gioco, capacità di abitare le domande più radicali dell'esistenza.

Nel contesto cristiano, questo orizzonte si apre ulteriormente, poiché la cura spirituale si inserisce in una visione dell'uomo come essere relazionale, chiamato alla comunione con Dio e con gli altri. Il cristianesimo offre così un patrimonio di

sapienza, testimonianza e accompagnamento che può nutrire il cammino di chi soffre e sostenere il lavoro di quanti condividono la responsabilità della cura.

Al tempo stesso l'esperienza cristiana, presentandosi come esperienza di fede esplicita dentro un vissuto religioso, consente di evidenziare anche i limiti di un approccio alla spiritualità che potrebbe presentarsi riduttivo, perché privo di una vera dimensione personale e relazionale.

È significativo, a tale riguardo, quanto segnala Stefan Kiechle in un articolo apparso di recente su *Civiltà cattolica*

Oggi difficilmente si crede che alcuni esseri umani siano plasmati dal divino e che rimandino a Dio. L'uomo contemporaneo, cresciuto nella modernità, è troppo informato, troppo realistico, troppo critico. Una religione personale? A questo punto, sarebbe più facile adottare una spiritualità impersonale. Nella religione, crea difficoltà soprattutto l'elemento personale, che tuttavia nel cristianesimo è irrinunciabile²⁸.

L'apprezzamento che abbiamo manifestato verso il crescente interesse alla dimensione spirituale nei percorsi di cura va perciò accompagnato a questa istanza critica che punta a custodire, anche in chi non si riconosce esplicitamente in un vissuto di fede, quella dimensione personale e relazionale fondamentale per ogni umano e qualificante anche la sua dimensione spirituale.

Il compito che rimane davanti a noi è duplice: da un lato promuovere percorsi formativi capaci di rendere gli operatori sanitari, i cappellani e i volontari più consapevoli delle esigenze spirituali dei pazienti; dall'altro continuare a sviluppare una cultura della cura che riconosca lo spazio dell'interiorità, del significato e della trascendenza come ambiti essenziali della dignità umana. Tutto questo senza perdere di vista la dimensione personale propria di ogni relazione autentica.

Solo così sarà possibile costruire contesti di cura realmente integrali, nei quali ogni persona possa essere accompagnata non solo nel corpo ferito, ma anche nel desiderio profondo di trovare senso, riconciliazione e speranza.

²⁸ Stefan KIECHLE, «Gli angeli, messaggeri dello spirito», *La Civiltà Cattolica* 176, 9 (2025) 33-45, p. 34.