



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE  
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

---

Corso di Laurea in INFERMIERISTICA

**L'INFERMIERE E IL BISOGNO  
SPIRITUALE DEL PAZIENTE: RUOLO E  
STRUMENTI PER L'ACCERTAMENTO E  
LA VALUTAZIONE DEI BISOGNI**

Relatore: Chiar.mo  
**LIBERATI STEFANIA**  
*Stefania Liberati*

Tesi di Laurea di:  
**SPERANDINI DANIELA**  
*Daniela Sperandini*

A.A. 2018/2019

## Sommario

<b>1.Abstract</b> .....	3
<i>Premessa</i> :.....	3
<i>Obiettivo</i> :.....	3
<i>Materiali e metodi</i> : .....	3
<i>Risultati</i> :.....	3
<i>Conclusioni</i> : .....	4
<b>2.Introduzione</b> .....	5
<b>3.Spiritualità e persona malata</b> .....	8
<b>4.Il bisogno spirituale</b> .....	11
<b>5.L'accertamento del bisogno</b> .....	13
<b>6.Metodo P.I.C.O.</b> .....	19
<b>7.Strumenti</b> .....	20
7.1 FACIT-Sp (Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-spiritual well-being) ....	20
7.2 PROTOCOLLO RUSH .....	21
7.3 HOPE .....	22
7.4 SPIRIT (Spiritual Interests Related to Illness Tool) .....	24
7.5 FICA (Faith, Importance, Community and Address) .....	26
7.6 SNAP (Spiritual Needs Assessment for Patients).....	29
7.7 FACT (Faith Activity, Coping, Treatment) .....	31
7.8 AMEN:.....	33
7.9 PDQ (Patient Dignity Question): .....	34
<b>8.Ruolo dell'infermiere</b> .....	35
<b>9.Conclusioni</b> .....	38
<b>10.Bibliografia</b> .....	40
<b>11.Allegati</b> .....	43

## 1. Abstract

*Premessa* : L'organizzazione mondiale della sanità (OMS) riconosce che tra i bisogni di salute della persona è importante includere la spiritualità (oltre a fattori fisici, mentali e sociali) per mantenere il potenziale nella vita. Nella stessa piramide di Maslow (psicologo statunitense) in cui vengono elencati i bisogni della persona, da quelli più basilari fino ai più complessi, al sesto anello della gerarchia compare la spiritualità come bisogno superiore. Accertare i bisogni spirituali può aumentare la soddisfazione del paziente e della famiglia verso la cura e migliorare il benessere dell'individuo. L'infermiere deve riconoscere e trattare il bisogno spirituale del paziente. Nel percorso formativo, il professionista dovrebbe ricevere un'adeguata formazione in merito alla valutazione delle necessità spirituali dei pazienti. Il core competence dell'infermiere di cure palliative dovrebbe contenere l'acquisizione di competenze specifiche nel rilevare bisogni/distress spirituale cogliendo i significati profondi delle narrazioni sulle esperienze di salute e malattia. (1). L'accertamento di questa dimensione dovrebbe entrare nell'esercizio quotidiano della professione, attraverso l'utilizzo di strumenti specifici per la sua rilevazione. Lo scopo è poter fornire cure olistiche all'assistito.

*Obiettivo*: l'elaborato si propone di perseguire i seguenti obiettivi.

1. Ricercare in letteratura strumenti utili per l'accertamento e studi che ne valutano l'efficacia.
2. Definire il ruolo dell'infermiere per il soddisfacimento del bisogno spirituale in un contesto clinico ospedaliero.

*Materiali e metodi*: È stata condotta una ricerca in banche dati specifiche oltre a informazioni ricavate da sitografia (anch'essa riportata in bibliografia). Nel dettaglio sono state consultate le seguenti banche dati: Cinhal, Pubmed. I principali termini utilizzati per la ricerca sono stati: pazienti ospedalizzati (inpatients/hospitalized), bisogno o problema spirituale (spiritual needs/issues), strumenti per l'accertamento infermieristico (nursing guidelines/protocols).

*Risultati*: Dalla ricerca bibliografica emerge come alcuni autori propongono di suddividere l'accertamento del bisogno spirituale in tre fasi: Screening, Anamnesi e Valutazione spirituale. Le prime due dovrebbero essere condotte dall'infermiere, mentre l'ultima risulta essere di competenza dell'assistente spirituale. Nell'Anamnesi spirituale diversi sono gli strumenti utilizzabili, tuttavia il F.I.C.A. (acronimo di: Fede, Influenza, Comunità, Azione) risulterebbe l'unico ad essere stato validato ed impiegabile per condurre l'accertamento tramite colloquio in un contesto clinico ospedaliero. Sono stati individuati ulteriori strumenti e protocolli: FACIT-Sp per la valutazione del livello attuale di benessere spirituale, attraverso sezioni che indagano significato, pace e ruolo della fede nella malattia; protocollo Rush per eseguire lo screening e quindi valutare se l'assistito sta vivendo distress spirituale e necessita di un invio immediato al cappellano; SpIRIT per riconoscere i bisogni spirituali prevalenti nei pazienti con neoplasia; SNAP per valutare

bisogno clinico insoddisfatto in malati oncologici; FACT è un ibrido che valuta la compromissione della spiritualità del paziente a causa di una malattia; AMEN per sostenere le speranze del paziente con malattia neoplastica e della sua famiglia.

*Conclusioni:* Per un accertamento mirato va scelto lo strumento appropriato. Ognuno di questi consente di cogliere alcuni aspetti:

1. Il primo più utilizzato per l'accertamento del bisogno è il F.I.C.A. in quanto mnemonico e rapido da sottoporre;
2. Lo SNAP ci permette di valutare l'opportunità di coinvolgere un cappellano professionista se il paziente è desideroso del suo aiuto;
3. Il PDQ di indagare i valori che il paziente vorrebbe fossero inclusi nelle cure; prendere in considerazione gli aspetti importanti nella vita dell'assistito permette di identificarlo non solo come corpo che soffre ma come persona, e quindi di apportare benessere generale. Ricadute positive si verificano nella relazione che si instaura tra operatore e assistito.

Tuttavia bisognerebbe considerare anche il ruolo dell'assistente spirituale nell'équipe curante, per il benessere del paziente. Inoltre l'infermiere dovrebbe possedere interesse, consapevolezza, formazione e sensibilità per riconoscere il bisogno.

## 2. Introduzione

L'argomento scelto per l'elaborato di tesi tratta il ruolo dell'infermiere nella valutazione dei bisogni spirituali del paziente e gli strumenti utilizzati per l'accertamento e la valutazione degli stessi. La scelta di approfondire questo argomento nasce dall'esperienza di tirocinio clinico svolto in un contesto ospedaliero dove, nel fornire assistenza infermieristica al paziente, spesso per motivi di natura clinica, organizzativa e tecnica, si tende a dare maggiore importanza ai bisogni clinici tralasciando i bisogni più profondi della persona, tra cui la spiritualità e le esigenze connesse a questa sfera.

Tutti i pazienti presentano dei bisogni spirituali ma in particolare vengono espressi da soggetti con malattie croniche o in fase terminale. Da qui la scelta di approfondire la conoscenza del bisogno spirituale espresso dal paziente, la sua valutazione e la risposta a cura dell'infermiere. Il professionista spesso riscontra difficoltà nella valutazione dell'aspetto spirituale a causa di varie ragioni:

1. perché è poco formato e preparato e necessita di chiarimenti circa il significato di spiritualità;
2. perché non è ben definito il ruolo dell'infermiere negli interventi di cura spirituale;
3. perché non ha a disposizione gli elementi necessari per riconoscere e valutare i bisogni, e quindi per poterli trattare secondo un piano di assistenza.

Prendersi cura della salute psicologica non ha un effetto soltanto sullo stato d'animo, ma in generale sul benessere globale della persona.

Secondo la pratica zen mente e corpo sono intimamente connessi, infatti ognuno riempie e penetra l'altro (2).

L'organizzazione mondiale della sanità (OMS) definisce che tra i bisogni di salute di una persona dovrebbe essere incluso quello spirituale oltre a fattori di tipo fisico, mentale e sociale (3), per consentire di mantenere il proprio potenziale nella vita. Nonostante questa stretta correlazione tra benessere spirituale e salute in generale, la definizione dell'OMS spesso non viene ben tenuta in considerazione, infatti si considerano maggiormente i bisogni clinici tralasciando quelli più profondi. Questo non permette di esaltare la centralità della persona né di prendersi cura di essa a tuttotondo.

La Spiritualità è un aspetto dinamico e intrinseco dell'umanità attraverso il quale le persone cercano il massimo significato, scopo e trascendenza ed esperienza di relazione con se stessi, la famiglia, gli altri, la comunità, la società, la natura e ciò che è significativo o sacro. La spiritualità è espressa attraverso credenze, valori, tradizioni e pratiche (3). Il risanamento dello spirito prima di quello del corpo fa sì che la guarigione fisica avvenga come conseguenza di una guarigione spirituale.

Newberg (neuroscienziato statunitense) ha evidenziato come il senso del sacro esiste biologicamente nel cervello esattamente come gli altri 5 sensi, e si sviluppa quando l'essere umano arriva nel mondo e percepisce il senso di esistervi.

Preghiera e fede aiutano nella guarigione: la preghiera ha degli effetti positivi sul corpo e sulla mente infatti influisce sul cervello che a sua volta influisce sul corpo e sulla guarigione; ciò avviene perché si attivano gli stessi meccanismi che si verificano in tutte quelle esperienze di passione che portano l'individuo a sentirsi parte di un tutto, perché ha un suo obiettivo di vita.

I problemi religiosi e spirituali quindi possono diventare il focus dell'attenzione clinica.

Per garantire il massimo delle cure olistiche è importante fornire assistenza spirituale proattiva ai pazienti; è stato dimostrato infatti come ciò abbia un impatto non solo sugli esiti clinici e sui costi, ma anche sulla soddisfazione del paziente nonché sull'aumento della fiducia dello stesso verso i professionisti (3).

Piedmont ha sostenuto che coloro che hanno un alto livello di spiritualità avrebbero anche un orientamento ottimistico della vita, un'alta resistenza allo stress, un grande supporto sociale e un basso livello di ansia e – più in generale – un livello superiore di benessere psicologico o di soddisfazione per la propria vita.

Da scritture buddiste emerge un modello secondo il quale per attualizzare la spiritualità esistono vari percorsi, tra i quali è inclusa la meditazione come mezzo per indagare più a fondo nella natura del sé, e come lunghi periodi di pratica meditativa possono tradursi in un senso di gratitudine per tutte le cose, anche quelle che appaiono negative (2).

Alcuni studi hanno evidenziato come pratiche quali la meditazione apportino benefici. All'ospedale Bellaria di Bologna infatti il dott. Pagliaro utilizza queste tecniche curative che sono state oggetto di studio da parte della medicina e della psicologia. Nei soggetti che praticano la meditazione si verifica infatti una diminuzione del consumo di ossigeno, una riduzione della frequenza cardiaca e respiratoria e l'azione su ormoni dell'attenzione come adrenalina, noradrenalina e cortisolo (che generalmente sono alla base dei processi infiammatori e quindi della patologia) apportando benefici. Viene anche generata una risposta ormonale positiva utile a fronteggiare la malattia data dal rilascio di endorfine, serotonina e dopamina.

Dalla letteratura infatti si evince che, ad esempio nei pazienti con malattia neoplastica, l'integrazione del trattamento oncologico con la meditazione permette di ottenere benefici maggiori e migliori dalle terapie, riuscendo addirittura a contenere gli effetti collaterali (4).

La spiritualità quindi può operare a diversi livelli nel processo dello stress e del coping: al livello dei fattori personali, delle valutazioni, del coping stesso o della ricerca di significato.

L'obiettivo principale di una valutazione spirituale dovrebbe essere quello di identificare i bisogni, le speranze, le risorse e i possibili benefici che il paziente può trarne in seguito. Avere a

disposizione degli strumenti necessari permette agli infermieri di riconoscere e trattare il bisogno spirituale per fornire cure olistiche, aumentare la professionalità, promuovere la centralità della persona e aumentare il benessere.

Per effettuare un accertamento di tipo spirituale gli strumenti che possono essere utilizzati sono i seguenti:

1. FACIT-Sp: indaga il benessere spirituale attuale dei pazienti;
2. PROTOCOLLO RUSH: utilizzato per eseguire screening per le cure spirituali;
3. HOPE SPIRIT e F.I.C.A.: consentono di indagare la storia spirituale. Il modello F.I.C.A. in particolare, è uno dei più utilizzati e analizza fede, importanza, comunità, modalità di ricevere cure;
4. SNAP: un questionario che permette di effettuare una valutazione dei bisogni spirituali dei pazienti includendo in 3 domini (psicosociale, spirituale e religioso) 23 elementi;
5. FACT: ibrido (storia e valutazione), valuta la compromissione spirituale del paziente malato;
6. AMEN: sostiene le speranze dei pazienti colpiti da malattia neoplastica e dei suoi familiari;
7. PDQ: indaga i valori che il paziente vorrebbe fossero inclusi nelle cure.

Il ruolo dell'infermiere è quello di concentrarsi sui bisogni spirituali dei pazienti, valutandoli e trattandoli. Dovrebbe essere sensibile all'impatto spirituale che un ricovero ha sulla vita del paziente e della sua famiglia: la cura compassionevole diventa quindi la modalità con la quale approcciare la persona, perché questa è più di un individuo, con l'obiettivo di soddisfare le sue necessità di natura fisica, mentale spirituale.

L'infermieristica è stata una delle prime professioni sanitarie a rispondere ai bisogni spirituali dei pazienti e a riconoscere il disagio spirituale come una diagnosi; tuttavia se nel corso di un processo di valutazione spirituale si riscontrano particolari disagi da parte del paziente e l'infermiere riscontra difficoltà o non possiede le necessarie competenze per fronteggiare la situazione, è bene che si faccia riferimento ad un cappellano professionista esperto nel campo.

### **3. Spiritualità e persona malata**

Il concetto di salute non si rapporta unicamente a fattori fisici ed organici, ma coinvolge le dimensioni psichiche e spirituali della persona, estendendosi all'ambiente fisico, affettivo, sociale e morale in cui la persona vive ed opera. Un rapporto profondo è avvertito tra salute, qualità della vita e benessere dell'uomo.

La persona è un'unità risultante dall'insieme delle sue parti: corpo, spirito e psiche (funzioni che consentono all'individuo di formarsi un'esperienza di sé e del mondo, e di agire in conseguenza). Il corpo è la frontiera in cui esteriorità e interiorità dell'essere umano passano l'una nell'altra: l'uomo è il suo corpo, unità e reciprocità di interiorità e di trascendenza di esteriorità e di apertura sul mondo, e il corpo può esprimere tutta la complessa ambiguità dell'uomo in se stesso e nel rapporto ad altri (5). Queste parti sono strettamente collegate fra loro e interdipendenti, perciò non è possibile separarle senza perdere l'identità dell'essere persona, dato che ogni parte influisce sulle altre e le condiziona.

Il modello biomedico non è sufficiente per comprendere e prendersi cura dei pazienti con sofferenza, pertanto, la prospettiva deve essere ampliata attraverso una più aperta visione che include la dimensione spirituale considerando la spiritualità un parametro vitale (6).

Cicely Saunders, fondatrice del moderno movimento degli hospice, affermava che “quando il corpo diventa più debole, lo spirito diventa più forte”: in quest'ottica il disagio spirituale deve essere trattato con lo stesso intento e urgenza con cui si tratta il dolore o qualsiasi altro problema medico o sociale (Puchalski et al. 2009) (3).

Gli esseri umani sono intrinsecamente spirituali poiché tutte le persone sono in relazione con se stessi, gli altri, la natura e il sacro (6); è per questo che in una concezione olistica del benessere della persona si ingloba la dimensione spirituale dell'uomo in quanto essenziale per un cammino verso il completo benessere.

Avere credenze spirituali aumenta nelle persone la capacità di resistenza alle malattie e risulta efficace nel ridurre i sintomi fisici e mentali, il dolore, i problemi riguardanti la salute, l'ansia e la depressione (7).

Occorre però fare un distinguo tra due concetti non necessariamente coincidenti: la dimensione spirituale (e di conseguenza i bisogni spirituali) e quella religiosa. Diversi autori hanno distinto questi due termini: spiritualità e religiosità anche in considerazione del pluralismo culturale, etico e religioso che caratterizza il nostro tempo. La dimensione spirituale è anteriore all'adesione a un credo religioso. La religione è definita come un sottoinsieme di spiritualità, che comprende un sistema di credenze e pratiche osservate da una comunità, supportata da rituali che riconoscono, adorano, comunicano, con cui si avvicinano al sacro, al divino, a Dio (nelle culture occidentali) o alla massima verità, realtà o nirvana (nelle culture orientali). La religione può essere uno dei modi



in cui le persone esprimono la loro spiritualità, ma non l'unico. Al contrario della spiritualità, la religione è più focalizzata sui sistemi o sulle istituzioni sociali delle persone che condividono convinzioni o valori. (3).

Per spiritualità, invece, si intende l'insieme delle convinzioni e dei valori che guidano l'uomo e in base ai quali egli organizza la sua vita, il bisogno di superarsi e di tendere alla trascendenza. Comprende il background, la cultura, l'esperienza lavorativa, la vita familiare e sociale, qualsiasi sollecitazione che costituisca, per l'unicità della persona, la sua capacità individuale di rispondere ai diversi eventi e situazioni della vita, ma anche l'aspirazione a trovare un significato alla sua esistenza. Include dunque una varietà d'aspetti del vivere umano ma tutti riferibili all'area dell'interiorità della persona (3). Per molte persone la storia spirituale si svolge nel contesto di una tradizione religiosa esplicita; per altri invece come un insieme di principi filosofici o esperienze significative. Indipendentemente, da come viene espressa, questa storia spirituale aiuta a "plasmare" ogni paziente come persona nella sua totalità (6).

La ricerca di senso e significato esistenziale si accentua maggiormente nel caso di sofferenza dovuta ad esempio ad una malattia. Quando una persona è colpita da una malattia pericolosa per la vita essa viene sconvolta nella sua totalità (6): malattia e sofferenza, non sono esperienze che riguardano soltanto l'aspetto fisico dell'uomo, ma l'uomo nella sua interezza e nella sua unità somatico - spirituale.

La malattia può essere intesa come un disturbo nei rapporti che costituiscono l'unità e integrità di ciò che conosciamo come essere umano. Essa provoca turbamenti nell'organismo: sconvolge le famiglie e i luoghi di lavoro, distrugge i modelli preesistenti di coping, e solleva domande circa il proprio rapporto con il significato o il sacro. Di conseguenza nella persona ogni aspetto può essere influenzato in modo diverso, a seconda della storia e della malattia, e può condizionare e interagire con gli altri(6).

La persona malata, specie se in fase terminale, sperimenta un livello di sofferenza che non è solamente fisica, o psicologica, o emotiva, ma che si esprime anche attraverso una serie di bisogni spirituali.

Nell'assistenza infermieristica è necessario quindi:

1. fornire cure compassionevoli,
2. modelli di cura spirituale basati sul rispetto della dignità della persona,
3. stabilire una relazione di aiuto che tenga conto dei bisogni più profondi dell'essere umano.

I bisogni maggiormente espressi dall'uomo riferiti alla dimensione spirituale sono:

1. il bisogno di riposo ,
2. il bisogno di pace,
3. il bisogno di ascolto,

4. il bisogno di rispetto, (8) ma anche:
5. il bisogno d'amore: ossia il bisogno del malato di sentirsi capito, accettato, accolto per quello che è, accudito nelle sue necessità, sostenuto, incoraggiato, accompagnato;
6. il bisogno di riconciliazione: può esprimersi come desiderio di sanare situazioni conflittuali magari trascurate da anni, ristabilendo la pace con un familiare o con altri, oppure di chiedere perdono. Perdonare a noi stessi. Il sentirsi in pace con la famiglia e "con il mondo" può essere di grande consolazione e dare l'appagante sensazione di non lasciare conti in sospeso;
7. il bisogno di speranza: bisogno che emerge prepotentemente nel tempo della malattia, soprattutto se grave. Tener viva la speranza serve a valorizzare il positivo che ancora è possibile, a costatare un piccolo miglioramento avvenuto, a trovare motivi per continuare a lottare contro il male. Mantenere accesa la fiammella della fiducia e della speranza agevola il malato e i familiari a non cadere nella disperazione e nell'angoscia. (9)

Dare un significato alla sofferenza e alla morte aiuta a trovare una risposta alle domande di senso, che molto spesso il paziente si pone, quali: Perché proprio a me? ma anche Che cosa mi aiuta a dare un senso alla mia vita?, Cosa mi dà uno scopo? e Come posso sperimentare le relazioni? (3). Aiutare la persona in questa ricerca può favorire la guarigione interiore e la riconciliazione con i propri limiti e con se stessa.

La cura spirituale è elemento fondamentale nel concetto di cura olistica e incentrata sulla persona, in quanto permette di accompagnarla con il rispetto e la fiducia che le faranno capire di non essere ridotta al puro corpo che soffre (9).

#### **4. Il bisogno spirituale**

La spiritualità di una persona può subire un forte impatto a seguito di un'esperienza di malattia (Schreiber ed Edward 2015) (11).

Il riconoscimento dei bisogni spirituali è particolarmente importante nelle strutture ospedaliere di cure palliative, in cui l'attenzione è volta alla qualità della vita, al controllo del dolore e a soddisfare i bisogni sociali, emotivi e spirituali della persona (2) ed in ambito ambulatoriale (10).

Tuttavia le evidenze dimostrano che la cura della spiritualità deve essere integrata all'intero di ogni contesto di cura, e non solo in quello palliativo o durante il fine vita. (3) .

Molti pazienti ricoverati in ospedale sperimentano i bisogni spirituali (Ellis et al. 2013) (11); la maggior parte degli assistiti e delle famiglie manifestano una forte aspettativa per alcune cure spirituali di base tra cui interventi di ascolto attivo ed empatico e comunicazione proattiva (3).

Da studi condotti emerge che un'alta percentuale di pazienti desiderano che le proprie preoccupazioni e questioni spirituali e religiose vengano discusse insieme ai propri fornitori di assistenza, inclusi gli infermieri (3).

Allo stesso tempo, quindi, aumenta la necessità di preparazione e conoscenza degli infermieri stessi e di altri operatori sanitari, per essere in grado di identificare, diagnosticare e supportare l'angoscia spirituale dei pazienti al fine di erogare cure sanitarie olistiche (Balboni et al. 2014) (11) : per garantire il massimo di ciò è importante che il personale sanitario assolva le esigenze dei pazienti (Taylor e Mamier 2005) (11) ma anche ai bisogni spirituali dei caregiver familiari (2).

Quanto sopra affermato è sostenuto dal fatto che molte persone, a seguito della condizione che si trovano ad affrontare, presentano bisogni spirituali insoddisfatti.

Quando un paziente o un familiare sta vivendo un disagio spirituale la propria capacità di cercare significato e adattarsi in modo sano al percorso sanitario viene compromessa: in quella persona il benessere generale e la salute possono quindi essere minacciati (3): secondo alcuni studi, infatti, un basso benessere spirituale è associato a più elevati tassi di mortalità, grave depressione, disperazione e desiderio di prossimità alla morte (12).

Ricerche dimostrano che le persone che presentano disagio spirituale hanno una maggiore probabilità di sperimentare il dolore, avere maggiore ansia e frequenza cardiaca più elevata a riposo. (3) .

Il disagio spirituale può essere sperimentato attraverso: depressione, ansia, disperazione, angoscia. La ricerca di scopo e significato della vita delle persone può essere correlato a diversi aspetti: lavoro, relazioni, realizzazioni, successo finanziario. Tuttavia la vera sfida è trovare significato anche in situazioni avverse, ad esempio: fallimento lavorativo, insuccessi e soprattutto nel fine vita. E' proprio l'incapacità di trovare scopo e significato che può provocare depressione e ansia. Le credenze spirituali e religiose giocano un ruolo significativo in merito a come le persone

trascendono la loro sofferenza, al fine di trovare un significato ultimo (Wong & Fry, 1998) (13), offrendo un messaggio di speranza.

Risulta importante come parte essenziale della terapia, che le persone vengano aiutate a rimodulare il loro pensiero per vedere la speranza nella disperazione. Alcuni studi, infatti, dimostrano che le persone più speranzose fronteggiano meglio la depressione (Synder et al., 1991; Breitbart, 2003) (13).

Non riconoscere nei pazienti tali necessità provoca in essi sofferenza: in primo luogo a causa della diagnosi, in secondo a seguito del disagio spirituale che vivono; ne consegue che deve essere effettuato ogni tentativo per identificare il disagio spirituale e fornire sostegno.

Supportare il benessere spirituale di un paziente può avere un effetto molto positivo circa la modalità con la quale affronterà la malattia a lungo termine. Studi dimostrano come, nel caso di patologie mediche o mentali, la spiritualità/religione può aiutare la persona ad adattarsi alle risorse, migliorare la gestione del dolore e gli esiti chirurgici, a ridurre la depressione e il rischio di abuso di sostanze e di suicidio. Da altri si evince come i pazienti e le loro famiglie possono sfruttare la spiritualità come strategia di coping positiva e costruttiva, attraverso rituali religiosi, preghiera, consapevolezza, sfruttando le varie risorse come aiuto nell'affrontare la sofferenza. Inoltre fornire assistenza spirituale proattiva ha dimostrato di avere un impatto non solo sugli esiti clinici e sui costi, ma anche riguardo la soddisfazione del paziente (3).

Nonostante ciò, però, la valutazione dei bisogni spirituali e la diagnosi spirituale spesso vengono trascurate. (11).

## 5. L'accertamento del bisogno

Nell'approccio alle problematiche spirituali è necessario sapere che si sta per indagare una dimensione intima, sempre presente e fortemente correlata ad altre dimensioni umane (psicologica, biologica, sociale).

La diagnosi spirituale prevede l'ascolto del racconto della vita della persona, dal quale potranno emergere elementi del vissuto spirituale che raccontano di interrogativi, scelte, scelte mancate e sofferenze. L'indagine della dimensione spirituale avviene attraverso l'osservazione e l'ascolto del malato. Spetta al professionista trovare le modalità e creare luoghi e occasioni di ascolto, nonché recepire frasi e segnali indice di sofferenza spirituale; ogni operatore dell'equipe infatti diventa un potenziale interlocutore per il malato, che decide con chi trattare argomenti per lui particolarmente importanti.

Le principali attenzioni da rivolgere alla persona e alla sua famiglia, per svolgere una sorveglianza continua circa i bisogni spirituali, risultano essere:

1. la scelta di un setting adeguato: garantire privacy, creare tempi e momenti per parlare a tu per tu senza interferenze, mostrare un atteggiamento calmo, personalizzare la stanza del paziente: ciò permette al malato di sentirsi curato nella propria persona e non solo nella malattia;
2. ascolto attivo, empatia e sospensione del giudizio: ascoltare attentamente la persona guardandola negli occhi e facendo domande aperte, mostrarsi disponibili, inviare feedback e frasi di rinforzo durante il colloquio, mostrare di comprendere sofferenza e fatica nell'affrontare domande di senso;
3. silenzio: rispettare il silenzio dell'altro, riconoscere quando le parole sono superflue e ciò che il silenzio vuole comunicare;
4. condivisione con l'equipe del proprio vissuto: confrontarsi all'interno dell'equipe aiuta a trovare il modo migliore per assistere il paziente e crescere professionalmente;
5. conoscenze e formazione: conoscere se stessi, i propri valori e significati e diverse religioni e culture permette all'operatore di sentirsi più pronto nel confronto con il malato; formarsi riguardo temi come la perdita, la morte, il lutto gli consente di gestire i vissuti emotivi del paziente e della sua famiglia.

E' fondamentale che ogni operatore prenda conoscenza del significato che egli stesso attribuisce a vita, morte, dolore e sofferenza, dunque della propria dimensione spirituale, per poter fornire un accompagnamento competente al paziente durante il proprio viaggio di ricerca di risposte alle sue domande.

Per le necessità sopra citate risulta difficile l'utilizzo di uno strumento schematico e strutturato da proporre alla persona, tuttavia l'infermiere può approfondire la storia di vita e la dimensione spirituale del paziente, attraverso una serie di domande, relative a varie aree:

1. conoscitiva: “come si sente in questo momento della vita?”, “cosa significa per lei questa malattia?” per stabilire a che punto sia il paziente, il suo livello di adattamento e consapevolezza riguardo la malattia;
2. della speranza: “in cosa spera in questo momento?”, “chi/cosa le dà forza, aiuto o speranza in questo momento?” per valutare le speranze del paziente, quando la speranza è venuta a mancare, o l'assenza di speranza, la possibile angoscia correlata e la necessità di accogliere o valutare ciò da parte di un professionista;
3. dei sospesi: “ci sono questioni non risolte con qualcuno?” per riflettere sulle scelte fatte in passato, sui propositi realizzati e non;
4. del supporto sociale: chi le è d'aiuto in questo momento? In che modo?” per valutare chi è di supporto al paziente;
5. degli orientamenti per la cura: “come le piacerebbe essere aiutato per affrontare la sua situazione attuale di malattia?” per capire come supportare il paziente secondo i suoi desideri, gettando le basi per un rapporto di fiducia per affrontare i delicati temi delle decisioni del fine vita (14).

Le questioni spirituali vengono discusse con pazienti e familiari attraverso vari approcci, che vanno dall'identificazione della questione alla valutazione formale.

Esistono 4 metodi d'approccio per affrontare tali argomenti, tra i quali i primi tre possono essere considerati informali e condotti da qualsiasi persona del team di cura, mentre il quarto rappresenta la parte formale dell'incontro clinico:

1. Riconoscimento di temi spirituali, disagio spirituale o sofferenza e risorse di forza;
2. Risposta alle dichiarazioni spirituali dei pazienti riguardo questioni spirituali, religiose o esistenziali;
3. Risposta ai riferimenti del paziente ad esempio cosa stanno indossando (collana con simboli religiosi ecc.. o leggendo (sacre scritture ecc..));
4. Screening, storia spirituale, valutazione formale.

Durante l'incontro clinico andrebbero ascoltate le dichiarazioni riguardo questi temi e successivamente si dovrebbe proseguire con domande o commenti appropriati. Se il paziente, ad esempio, allude ad un senso di disperazione il ruolo del professionista è quello di sollecitare

ulteriormente la conversazione con l'assistito per identificare le opzioni di trattamento più appropriate. Oppure nel caso in cui il paziente esprima questioni spirituali o esistenziali, ponendosi la domanda "perché a me?", il clinico non deve rispondere agli enunciati, perché questo potrebbe essere compreso come una mancanza di interesse nell'ascoltare il disagio del paziente. E' importante che il clinico ponga delle domande come "Mi dica di più?" oppure "Perché pensa che questo stia accadendo a lei?".

In alcuni casi il paziente può esprimere le proprie credenze spirituali e religiose, ad esempio facendo riferimento ad un essere superiore, o menzionare pratiche per lui utili come la meditazione; in questo caso il clinico può indagare chiedendo maggiori informazioni riguardo queste pratiche, oppure può porre domande in riferimento a ciò che il paziente indossa (ad esempio accessori con simboli religiosi o spirituali) o cosa legge.

Lo screening, la storia e la valutazione spirituale rappresentano gli elementi più formali della storia clinica, che consentono di valutare le credenze spirituali o religiose dei pazienti o dei loro familiari (13).

*Screening spirituale:* è considerato un triage spirituale, infatti, viene effettuato dall'infermiere al momento dell'ammissione di un paziente in ambiente ospedaliero. (13) Consente di identificare 'presenza o assenza di bisogni spirituali e / o angoscia'(15), e valutare se una persona sta sperimentando distress spirituale dunque necessita di un invio immediato ad un cappellano professionista, il quale effettuerà una valutazione. Buoni modelli di screening impiegano alcune semplici domande quali: "Quanto è importante la spiritualità nell'affrontare la malattia?" e "In questo momento in che modo le sue risorse spirituali la stanno aiutando?"(13). Lo screening spirituale richiede competenza e tempi minimi, ma consente di sviluppare al meglio un piano per affrontare clinicamente il problema, includendo quando e come fare riferimento ad uno specialista in cure spirituali. (3).

In ambiente ambulatoriale lo screening potrebbe non essere eseguito; tuttavia se il paziente è in difficoltà si può includere come parte della conversazione iniziale con il medico o l'infermiere.

Il protocollo Rush 'Rush Religious/Spiritual' è lo strumento che viene impiegato nel caso poc'anzi descritto (15) (3) .

*La storia spirituale:* è un processo attraverso cui si indaga in modo più approfondito il background spirituale e religioso del paziente, cercando di scoprire quale tipo di supporto può risultare potenzialmente più utile (3).

I clinici effettuano un'intervista al paziente facendogli domande sulla sua vita, per meglio comprendere le sue risorse e i suoi bisogni.

Gli obiettivi sono invitare l'assistito a:

1. condividere le proprie credenze spirituali e/o religiose;

2. definire la propria spiritualità e quali sono i suoi obiettivi spirituali;

e permettere al clinico di:

1. conoscere le credenze e i valori del paziente;

2. valutare il disagio spirituale (assenza di significato, disperazione);

3. valutare le risorse spirituali di forza (speranza, significato, scopo, resilienza, appartenenza ad una comunità spirituale).

Le informazioni che si raccolgono permettono al clinico di capire come le preoccupazioni spirituali del paziente potrebbero incidere sui trattamenti, e quindi incorporare anche l'aspetto spirituale nel piano di cure stesso. Questo processo si compone di un insieme di domande mirate per invitare il paziente a condividere la propria storia spirituale, e ben indirizzate verso le aree di informazione che riguardano gli eventi della vita, come ad esempio depressione, sostegno sociale, violenza domestica. Attraverso ciò al paziente è permesso di condividere le proprie esperienze: generalmente, infatti, gli assistiti anche se sono interessati ad includere la spiritualità nella loro cura, non possono fornire volontariamente le loro informazioni circa quest'area sensibile, a meno che non siano invitati a discuterne (13).

La storia spirituale dovrebbe essere indagata di routine durante la valutazione iniziale o l'esame fisico e i follow-up andrebbero condotti su tutti quei pazienti in cui la condizione medica, psicosociale o spirituale muta (3). Inoltre la valutazione si può richiedere anche nel contesto di un problema clinico specifico: ad esempio se il paziente effettua una visita di routine si può affrontare l'argomento della spiritualità nel contesto della gestione dello stress o della salute.

Se alla persona è stata comunicata una diagnosi seria allora possono essere rivolte delle domande quali: "Ha delle credenze spirituali che l'hanno aiutata in momenti difficili, in precedenza?" o "Deve essere difficile sentirsi comunicare notizie come questa; possiede credenze spirituali che potrebbero aiutarla in questo momento?".

Gli strumenti che si utilizzano per effettuare una valutazione spirituale sono: F.I.C.A., HOPE, SPIRIT. L'obiettivo di questi strumenti è quello di ottenere una comprensione completa di quelli che sono gli aspetti del paziente che riguardano: il suo rapporto con la spiritualità, le sue credenze spirituali, i suoi obiettivi per la salute spirituale. Servono quindi a dare alle persone la possibilità di condividere le proprie credenze, speranze, paure e preoccupazioni; nel contempo aiutano il clinico a capire come la spiritualità aiuta il paziente a fronteggiare il suo stato di malattia/salute, affrontare la sofferenza e trovare significato rispetto a quello che gli sta succedendo.

Screening spirituale e storia differiscono per quanto riguarda le domande e la preparazione del clinico: la storia prevede una serie più ampia di domande e anche una preparazione più adeguata del medico/infermiere, che deve saper mettere a suo agio il paziente durante la discussione (13).



*La valutazione spirituale:* viene effettuata da un esperto della cura spirituale cioè dal cappellano professionista.

E' un processo dettagliato di ascolto attivo, interpretazione e valutazione delle risorse spirituali, che determina le credenze religiose (se presenti), i valori o le pratiche importanti per il paziente; identifica i bisogni, le speranze, le risorse e i possibili risultati dell'assistito riguardo la sua spiritualità.

Una valutazione spirituale indaga meno su cosa una persona crede, e più su come il suo sistema di fede / credenze funziona da fonte di supporto (16).

La valutazione richiede competenze significative e più tempo per l'indagine (3).

Riconoscere la spiritualità quindi può influire positivamente sulla relazione clinico-paziente: affrontare le preoccupazioni spirituali con il paziente e la sua famiglia può fornire conforto e aumentare la fiducia.

Ne deriva che di per sé la valutazione diventa un intervento terapeutico (16).

I risultati ottenuti vanno comunicati a tutto il team di cure.

La valutazione a causa della complessità e della formazione richiesta non viene effettuata da clinici e non utilizza una serie di domande per effettuare un'intervista, ma sfrutta dei quadri interpretativi che si applicano in base all'ascolto della storia.

Tra gli strumenti che permettono tale valutazione quello maggiormente utilizzato è il FACT (15).

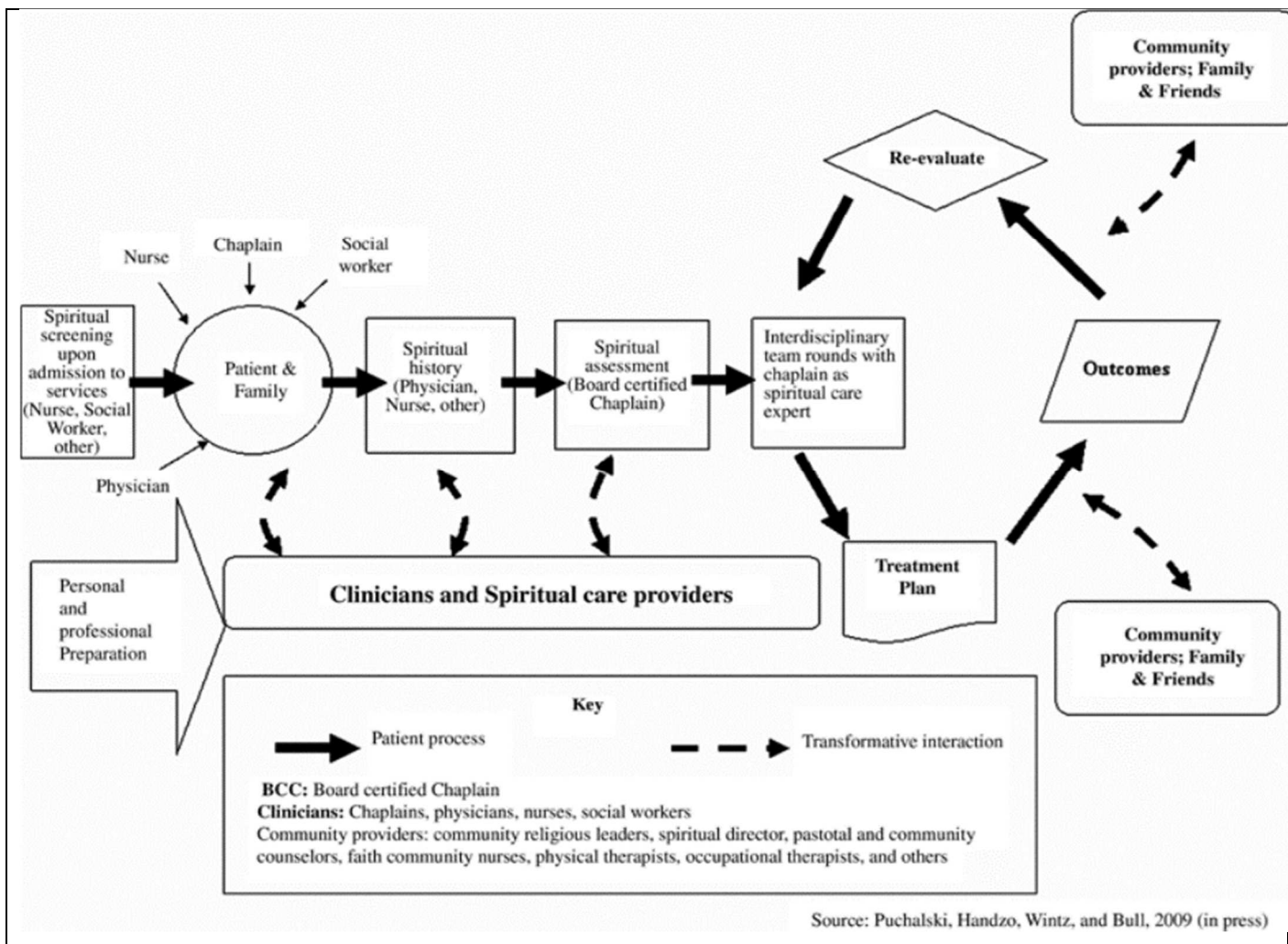


Figura 1

## 6. Metodo P.I.C.O.

Patient (paziente)	Paziente ospedalizzato
Intervention (intervento)	Accertamento dei bisogni spirituali
Comparisation (comparazione)	
Outcome (esito)	Strumenti per l'accertamento

### Parole chiave

1. Inpatients/ Hospitalized
2. Spiritual needs/ spiritual issues
3. Nursing assessment tool

### Fonti dei dati

Sono state consultate le seguenti banche dati: Pubmed e Chinal e consultati siti specifici che trattano l'argomento.

### Criteri di inclusione ed esclusione

#### *Inclusione*

1. Abstract e full text
2. Tutte le tipologie di campione ma limitate al contesto ospedaliero
3. Tutte le tipologie di studi
4. Pertinenza alla tematica in esame
5. Articoli e studi in lingua inglese e italiana
6. Approfondimento tramite consultazione di siti specifici per la tematica trattata

#### *Esclusione*

1. Articoli non disponibili gratuitamente dalla consultazione delle banche dati o dal server dell'Univpm
2. Non pertinenza al tema dello studio
3. Altre lingue straniere

## 7. Strumenti

Gli infermieri, a volte, mentre si occupano attivamente delle responsabilità di assistenza quotidiana, possono trascurare la personalità di un paziente e l'aspetto legato alla spiritualità. Per riuscire ad inquadrare il punto di vista dell'assistito in merito a questa sfera, una serie di scale di valutazione e questionari permettono di agevolare l'approccio a tale dimensione. Alcuni esempi di strumenti applicabili sono FACIT-Sp, PROTOCOLLO RUSH, HOPE SPIRIT, F.I.C.A., SNAP, FACT, PDQ e AMEN.

HOPE, SPIRIT e F.I.C.A. sono utilizzati per l'accertamento della storia spirituale. Essi includono dati oggettivi (affiliazione religiosa, identificazione spirituale, comunità, pratiche spirituali) e permettono di instaurare una conversazione con il paziente al fine di valutare aspetti spirituali come il significato, l'importanza della fede, credenze nell'aldilà, fonti di speranza o angoscia. Tra gli strumenti menzionati, però, la convalida scientifica è avvenuta solo per lo strumento F.I.C.A.

### 7.1 FACIT-Sp (Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-spiritual well-being)

E' utilizzato per indagare il livello di benessere spirituale del paziente ed è stato validato su pazienti oncologici o HIV.

Lo strumento è un test ad auto compilazione che comprende due sezioni: una definita come "Meaning e Peace" che misura il senso del significato e della pace, e l'altra "Faith" per la valutazione del ruolo svolto nella lotta alla malattia.

Esempi di domande sono : "Ho una ragione per vivere?" o "Trovo conforto nella mia fede o nelle mie credenze spirituali?"

Nello studio condotto da Amy H. Peterman e colleghi (17) gli elementi nel sottoscala Significato / Pace di FACIT-Sp sembrano essere un buono strumento per la misura di questi aspetti della spiritualità sopracitati. Questa conclusione si basa sulla validità di facciata (apparente) degli elementi del sottoscala.

Tuttavia lo studio dimostra come lo strumento presenti punti di forza. In primo luogo, sembra essere la scelta giusta per valutare la spiritualità in una serie di tradizioni religiose, ma anche per coloro che si identificano come spirituali ma non religiosi. Per esempio, i dati emersi dallo studio suggeriscono che tra gli elementi del campione preso in esame, con livelli simili di impegno religioso, il FACIT-Sp fornisce una misura di spiritualità che non è correlata ad un particolare gruppo religioso; inoltre gli indicatori non sono correlati a specifici principi o pratiche religiose, come la fede in Dio o l'uso della preghiera.

Un secondo punto di forza è rappresentato dal fatto che uno dei sotto-scala (campo di indagine) di FACIT-Sp, esempio la fede, ha un' associazione da moderata a forte con la religione, mentre un

altro sotto-scala “significato/pace” non risulta strettamente correlato a misure religiose. Ciò suggerisce come la sotto-scala può misurare una dimensione di spiritualità che si sovrappone, o è rafforzata dalla religione, mentre l’altro sotto-scala “significato/pace” risulta più indipendente (17).

In conclusione il FACIT-Sp risulta essere breve, affidabile, e valido per la misura della spiritualità. La validazione originale ha avuto luogo in un ampio contesto diversificato per etnia, religiosità, età, tipo di patologia neoplastica, e stadio della malattia/prognosi. Ciò fornisce la garanzia iniziale dell'accettabilità della scala e dell'idoneità rispetto all'obbligo di garantire i risultati, anche se saranno necessari ulteriori test in altre popolazioni.

La scala è attualmente disponibile in nove lingue diverse dall'inglese: olandese, francese, tedesco, italiano, giapponese, norvegese, portoghese, spagnolo e svedese.

L'affidabilità dello strumento è confermata anche da una revisione della letteratura condotta da Monod da cui emerge chiaramente come il FACIT-Sp si distingua tra gli strumenti più validati per la valutazione dello stato spirituale attuale di un paziente (12).

## 7.2 PROTOCOLLO RUSH (3)

Il Rush Protocol (RP) è stato sviluppato per esaminare potenziali lotte religiose e spirituali su pazienti di vari contesti sanitari (Fitchett & Risk, 2009) (31). Lo strumento è stato ideato per l'utilizzo da parte di operatori sanitari non cappellani, che potrebbero usarlo nella valutazione iniziale o nei colloqui al momento della presa in carico dei pazienti. Gli assistiti che possono sperimentare questi disagi sono rinviiati a un cappellano professionale per ulteriori valutazioni o per una cura spirituale nei casi necessari.

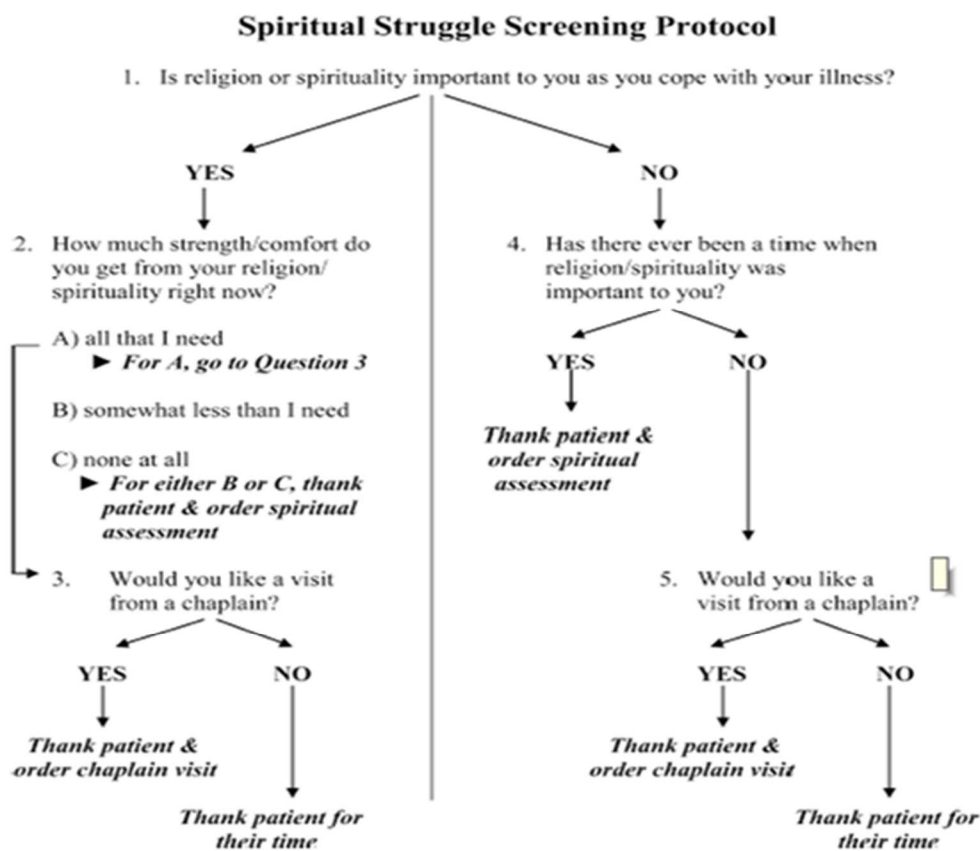
L'RP:

1. è semplice e richiede una formazione minima per un utilizzo efficace;
2. è breve, quindi può essere incluso dagli operatori sanitari nelle loro valutazioni (anche se particolarmente impegnati nelle attività di reparto);
3. le domande sono neutrali.

Come mostrato in Figura 2, il protocollo prevede due vie per identificare i pazienti con potenziale lotta religiosa o spirituale. Entrambi i percorsi iniziano con la stessa domanda: La religione o la spiritualità sono importanti per te mentre affronti la malattia ? .

Ulteriori quesiti proposti sono i seguenti: Quanta forza/conforto ottieni dalla tua religione/spiritualità in questo momento? e Desideri una visita del cappellano?

Nella Figura 2 si riportano i percorsi che gli operatori utilizzano nella valutazione del paziente, sulla base delle risposte che ottengono durante lo screening (31).



**Figure 1.**  
Rush Screening Protocol (RP) (Fitchett, G., & Risk, J. 2009 Aug 19. Screening for Spiritual Struggle. *Journal of Pastoral Care & Counseling*. [Online] 63:1,2.)

Figura 2

### 7.3 HOPE (13)(18)

E' stato proposto da un medico e pubblicato nell'American Family Physician.

Lo strumento risulta facile da ricordare e analizza quattro dimensioni sulla base dell'acronimo:

H= Fonti di speranza, forza, conforto, significato, pace, amore e connessione

O= Il ruolo della religione organizzata per il paziente

P= Spiritualità e pratiche personali

E= Effetti sulle cure mediche e sulle decisioni di fine vita.

Le domande HOPE sono state sviluppate per iniziare il processo di integrazione di una valutazione spirituale nell'intervista medica, ma non sono state convalidate dalla ricerca. Questo particolare

approccio consente un'esplorazione delle risorse e delle preoccupazioni spirituali generiche in senso ampio di un individuo, e permette la discussione di altri sistemi di supporto. Non si concentra immediatamente sulla parola "spiritualità" o "religione". Questo strumento è utilizzato nello studio di un caso clinico nell'articolo di Finocchiaro (2016) (29): si parla di un metodo di indagine rivolto a pazienti prossimi alla morte, che richiede al professionista di cogliere le fonti di speranza, forza, conforto, significato, amore, pace, connessione proprie del paziente.

La prima lettera dell'acronimo "H", riguarda le risorse spirituali di base del paziente, come ad esempio le fonti di speranza, senza concentrarsi immediatamente sulla religione o la spiritualità. Ciò consente una conversazione significativa con una varietà di pazienti, compresi quelli la cui spiritualità si trova al di fuori dei confini della religione tradizionale, o quelli che sono stati alienati in qualche modo dalla loro religione. Permette anche a coloro per i quali la religione, Dio o la preghiera sono importanti di offrire volontariamente queste informazioni.

La seconda e la terza lettera "O" e "P", si riferiscono ad aree di indagine che sondano l'importanza della religione nella vita dei pazienti, e gli aspetti specifici della loro spiritualità e delle pratiche personali che risultano utili. Un modo utile per presentare le domande è fare un'affermazione come: "Per alcune persone, le loro credenze religiose o spirituali agiscono come una fonte di conforto e forza nel gestire gli alti e bassi della vita. E' vero per te?"

Se la risposta a questa domanda è "Sì", l'indagine può procedere con domande specifiche riguardanti la religione e la spiritualità personale; se invece è "No" il medico può porre fine a questa serie di domande oppure, se il paziente sembra a suo agio, può continuare con domande di follow-up come: "È mai stato importante per te?" Se la risposta è "Sì", allora la domanda "Cosa è cambiato?" apre le porte ai pazienti per discutere di importanti preoccupazioni spirituali che possono avere un impatto sulle loro cure mediche.

L'ultima lettera "E" riguarda gli effetti della spiritualità e le credenze del paziente sulle cure mediche e sulle questioni del fine vita. Le domande che vengono poste possono aiutare a focalizzare nuovamente la discussione sulla gestione clinica.

Esempi di domande, formulate utilizzando l'approccio HOPE, sono di seguito riportati. Vengono inoltre suggerite diverse aree di indagine, comprese le barriere all'accesso alle normali risorse spirituali; paure, preoccupazioni o conflitti riguardanti il sistema di credenze del paziente e l'attuale situazione medica e gli effetti di credenze o rituali specifici sulla gestione medica.

H:

1. Abbiamo discusso dei suoi sistemi di supporto. Mi chiedevo cosa c'è nella sua vita che le dà supporto interno?
2. A cosa si aggrappa nei momenti difficili ?

3. Cosa la sostiene e la fa andare avanti?
4. Per alcune persone le loro credenze spirituali o religiose agiscono come fonte di conforto e forza nel gestire gli alti e bassi della vita. E' vero per lei?
5. Se la risposta è SI passare alle domande in "O" e "P"
6. Se la risposta è NO considerare la possibilità di chiedere: Lo è mai stato? – se la risposta è SI domandare : Cosa è cambiato?

O:

1. Si considera parte di una religione ?
2. Quanto è importante per lei?
3. Quali aspetti della sua religione sono utili e non così utili per lei ?
4. Fa parte di una comunità spirituale o religiosa ? La aiuta? In che modo?

P:

1. Ha credenze spirituali personali che sono indipendenti dalla religione organizzata ? Quali sono ?
2. Crede in Dio? Che tipo di relazioni ha con Dio ?
3. Quali aspetti della spiritualità o pratiche spirituali trova più utili per lei ? (es. preghiera, meditazione, lettura delle Scritture, frequentazione di servizi religiosi, ascolto di musica, escursioni, unirsi alla natura)

E:

1. La malattia (o la situazione attuale) ha influito sulla sua capacità di fare le cose che di solito la aiutano spiritualmente ? (O ha influenzato la sua relazione con Dio?)
2. Come medico c'è qualcosa che posso fare per aiutarla ad accedere alle risorse che la stanno aiutando?
3. E' preoccupato per eventuali conflitti tra le sue convinzioni e la sua condizione clinica / decisioni /cure?
4. Le sarebbe utile parlare con un cappellano clinico/leader spirituale della comunità?
5. Ci sono pratiche o restrizioni specifiche che dovrei conoscere nel fornirle le cure? (es. restrizioni dietetiche, uso di sangue-emoderivati)
6. Se il paziente sta morendo: in che modo le sue convinzioni influenzano il tipo di assistenza medica che vorrebbe che io le fornissi nei prossimi giorni/settimane/mesi?

#### 7.4 SPIRIT (Spiritual Interests Related to Illness Tool) (13)(19)

E' uno strumento di auto-reporter che comprende 42 items. E' stato creato negli Stati Uniti nel 2006, da Taylor. Il suo scopo è quello di indagare i bisogni spirituali prevalenti nei pazienti con neoplasia, e nei loro caregivers.



Nel questionario le domande iniziano con "Quanto è importante ora per ..." e alla fine di ogni gruppo di domande, un item indaga: "Quanto è importante che il mio (o il mio amato) infermiere mi aiuti a soddisfare questi interessi spirituali?" .

Un aspetto rilevante dello SpIRIT è legato alla scelta delle parole: il termine "bisogno" può trasmettere un concetto negativo, gli autori lo hanno quindi sostituito con "interesse", per evitare fraintendimenti e per ridurre la negazione del paziente nel riferire i propri bisogni. Un'altra importante differenza che emerge dalla comparazione tra questo questionario e altri (ad esempio la scala SNS), è la necessità di esaminare le credenze, in quanto questo comporta un coinvolgimento cognitivo riguardo concetti come: l'ingiustizia per ciò che è accaduto, la correttezza delle credenze in Dio: "Perché me/ce lo meritiamo?" e, infine, sul ricevere una risposta alle domande poste o ottenere l'accettazione della condizione.

Questo strumento è stato utilizzato anche in altri paesi, oltre che negli USA.

I costrutti di SpIRIT ne producono altri due: prospettiva positiva e revisione delle credenze; questi potrebbero rappresentare un segnale di influenze culturali sui bisogni spirituali.

Lo strumento si basa su studi qualitativi e quantitativi e valuta le credenze riguardo equità, fede e Dio; questi elementi sono considerati punti di forza.

Tuttavia lo SpIRIT ignora le varie fasi della malattia e si limita ad una popolazione di Euro-americani e cristiani; è applicabile a pazienti e assistenti familiari per i quali il cancro viene vissuto come non letale e non consente una standardizzazione psicometrica.

Di seguito si riportano le domande (basate sull'acronimo) che vengono sottoposte al paziente:

S= Sistema di credenze spirituali

Hai una affiliazione religiosa formale? Puoi descriverla? Hai una vita spirituale importante per te? Qual è il tuo più chiaro senso del significato della tua vita in questo momento?

P= Spiritualità personale

Descriva le credenze e le pratiche della sua religione che esercita. Descriva quelle credenze e pratiche che non accetta o segue. In che modo la sua spiritualità/ religione sono importanti per lei? In che modo la sua spiritualità/ religione è importante per lei nella vita quotidiana?

I= Integrazione con una comunità spirituale

Appartiene a gruppi o comunità religiose o spirituali? Come si partecipa a questo gruppo / comunità? Qual è il suo ruolo? Che importanza ha questo gruppo per lei? In che modo questo gruppo è una fonte di sostegno per lei? Che tipo di sostegno e aiuto fornisce o potrebbe fornire questo gruppo per affrontare i problemi di salute?

R= Pratiche ritualizzate e restrizioni

Quali pratiche specifiche svolge come parte della sua vita religiosa e spirituale (ad esempio preghiera, meditazione, servizio, ecc.) Quali attività o pratiche di vita la sua religione

incoraggia, scoraggia o vieta? Che significato hanno per lei queste pratiche e restrizioni? Fino a che punto ha seguito queste linee guida?

I= Implicazioni per le cure mediche

Ci sono elementi specifici di cure mediche che la sua religione scoraggia o vieta? In che misura ha seguito queste linee guida? Quali aspetti della sua religione / spiritualità vorrebbe che fossero considerati mentre le fornisco assistenza? Quale conoscenza o comprensione rafforzerebbe la nostra relazione come medico e paziente? Ci sono barriere alla nostra relazione basate su questioni religiose o spirituali? Vuole discutere le implicazioni religiose o spirituali dell'assistenza sanitaria?

T= Pianificazione di eventi terminali

Ci sono particolari aspetti dell'assistenza medica a cui desidera rinunciare o ha rifiutato a causa della vostra religione / spiritualità? Ci sono pratiche o rituali religiosi o spirituali che desidera avere a disposizione in ospedale o a casa? Ci sono pratiche religiose o spirituali che desidera pianificare al momento della morte, o dopo la morte? Da quale fonte trae forza per affrontare questa malattia?

#### 7.5 FICA (Faith, Importance, Community and Address)

E' stato creato dalla dott.ssa Christina Puchalski nel 1996, in collaborazione con tre medici di base (Dott. Daniel Sulmasy, Joan Teno e Dale Matthews) (20).

Usa un acronimo che guida gli operatori sanitari, attraverso una serie di domande progettate per esplicitare la spiritualità del paziente e il suo potenziale effetto sull'assistenza sanitaria.

Si sottopongono domande su fede e credo, si procede con il chiedere la loro importanza per il paziente, poi si indaga sulla comunità di fede del paziente, e come il paziente desidera che il medico includa la spiritualità nella sua cura. (21)

F= Fede e credenza

"Si considera spirituale o religioso" o "Ha delle convinzioni spirituali che la aiutano a far fronte allo stress? "

Se il paziente risponde con un "No", l'operatore che sta raccogliendo i dati potrebbe chiedere: "Cosa dà significato alla sua vita?" A volte i pazienti rispondono con risposte come famiglia, carriera o natura.

I pazienti che rispondono "Sì" alla domanda spirituale dovrebbero anche essere interrogati per conoscere in che modo.

I = Importanza

“Quale importanza ha la sua fede o credo nella sua vita? Le sue convinzioni hanno influenzato il modo cui si prende cura di sé stesso in questa malattia? Che ruolo giocano le sue convinzioni nel farle riacquistare la sua salute? ”

Si possono anche chiedere informazioni circa le pratiche spirituali e rituali che potrebbero essere importanti per la persona.

C = Comunità

“Fa parte di una comunità spirituale o religiosa? Questo è di supporto per lei e come? C'è un gruppo di persone che ama davvero o che sono importanti per lei? ”

Comunità come chiese, templi e moschee o un gruppo di persone con la stessa credenza possono rappresentare un importante supporto per alcuni pazienti.

A = modalità di ricevere cure

"Come vorrebbe che io e l'intero team medico affrontassimo questi problemi nell'erogarle assistenza ? " oppure "Quali azioni deve intraprendere nel suo cammino spirituale?"

Spesso non è necessario porre questa domanda, ma pensare a quali questioni spirituali devono essere affrontate nel piano di trattamento. Gli esempi includono, il riferimento a cappellani, consiglieri pastorali, direttori spirituali, giornalismo, e musica o arte terapia. A volte il piano può essere semplicemente quello di ascoltare e sostenere i pazienti nel loro viaggio (13).

Uno studio condotto da Williams su 31 studenti frequentanti il primo anno di scienze infermieristiche in un centro medico del Midwest (USA), aveva lo scopo di valutare l'effetto che comporta l'uso dello strumento F.I.C.A. nella pratica clinica e come questo può risultare di supporto nell'erogare cure spirituali adeguate. Dalla ricerca è emerso che lo strumento F.I.C.A. si riferisce solo alla valutazione, quindi attraverso una serie di informazioni raccolte in merito alla spiritualità si procede alla successiva pianificazione di interventi e strategie (22).

Da uno studio finanziato dal National Cancer Institute e condotto nelle cliniche ambulatoriali di medicina oncologica su 76 pazienti con tumore solido ( alla mammella, polmone, colon e prostata) e appartenenti a religioni differenti (cattolici, protestanti, testimoni di Geova, ebrei atei e altro) emerge che lo strumento F.I.C.A. risulta attendibile per la valutazione clinica della spiritualità.

I soggetti infatti sono stati in grado di completare l'indagine con l'impiego dello strumento F.I.C.A. e di identificare gli aspetti della loro vita che gli hanno fornito maggior supporto spirituale. I dati quantitativi hanno mostrato come il F.I.C.A. è stato in grado di valutare diverse dimensioni di spiritualità, sulla base della correlazione con gli indicatori dello strumento QOL (quality of life), in particolare le attività spirituali, il cambiamento di spiritualità, il cambiamento di vita positivo, lo scopo e la speranza.

E' in grado anche di fornire ai medici un quadro chiaro che permette loro di impostare una discussione sugli aspetti che sono significativi per i pazienti, come la famiglia, il lavoro, e la fede. Lo studio pilota descrittivo, condotto nelle cliniche ambulatoriali di oncologia medica, finanziato dal National Cancer Institute ha tentato di valutare lo strumento F.I.C.A.: i risultati supportano l'importanza della cura spirituale come aspetto di qualità, e l'uso del F.I.C.A. come prezioso per la valutazione clinica. Le risposte alle domande dello strumento rivelano la profondità e l'ampiezza della spiritualità, e le molte opportunità per affrontare la ricerca di significato, fede, speranza e relazioni dei pazienti alla fine della vita (20).

## 7.6 SNAP (Spiritual Needs Assessment for Patients)

Astrow e altri hanno sviluppato e testato su pazienti oncologici il questionario per la valutazione delle esigenze spirituali (SNAP) composto da 23 elementi suddivisi in tre sotto-scale: bisogni spirituali (13 items), psicologici (5 items) e religiosi (5 items).

Gli infermieri possono utilizzare questo strumento per chiedere ai pazienti se desiderano un aiuto da parte dei professionisti per discutere delle tematiche relative ad ogni indicatore che lo strumento propone (23).

Si concentra sui bisogni spirituali su cui i pazienti vorrebbero essere aiutati, il che lo rende uno strumento particolarmente utile per identificare il bisogno clinico spirituale insoddisfatto.

Alcuni concept del questionario dipendono dalla cultura infatti, a seconda del contesto in cui il questionario viene utilizzato, la priorità delle esigenze potrà cambiare: nella versione cinese di SNAP, ad esempio, la priorità principale è la necessità di donare attivamente e non la pace interiore che si vede nella normalizzazione tedesca; in Iran è andare nella sala di preghiera e partecipare alla preghiera di massa. In Corea, in contrasto con le culture occidentali, alcuni pazienti non si sentono a proprio agio nel parlare della morte e delle opere incompiute alla fine della vita.

Lo strumento è stato utilizzato, ad esempio, nel corso di uno studio osservazionale per valutare i bisogni spirituali e l'associazione tra questi ultimi e la percezione della qualità dell'assistenza e della soddisfazione della cura. Si è preso in considerazione un campione di 729 pazienti malati oncologici /ematologici, misto per etnia (comprendeva bianchi non ispanici, ispanici, di colore e asiatici) e religione (erano inclusi cattolici, protestanti, ebrei, buddisti, orientali, ortodossi e musulmano) reclutati da quattro ambulatori a Brooklyn e New York: il Maimonides Cancer Center e Coney Island Hospital.

Lo studio dimostra come i bisogni spirituali sono risultati comuni, mentre i bisogni specifici differivano per il background culturale / etnico; inoltre non ci sono state differenze per genere o tipo di assicurazione sanitaria, nel punteggio riguardante le sezioni psicosociale, spirituale o religiosa dello SNAP, sia che i pazienti si siano considerati " Spirituali ma non religiosi " o che siano affiliati a qualche religione (24).

Religious and Spiritual Needs Assessment Tools		
Tool	Components/Subscales	Questions
FICA Spiritual Assessment Tool <sup>37</sup>	Faith, belief, meaning	Do you consider yourself spiritual or religious? Do you have spiritual beliefs, values, or practices that help you cope with stress? If the patient responds "No," the nurse can ask, "What gives your life meaning?"
	Importance and influence	What importance does your faith or belief have in your life? Have your beliefs influenced you in how you handle stress? Do you have specific beliefs that might influence your health care decisions? If so, are you willing to share those with your health care team?
	Community	Are you part of a spiritual or religious community? This community can be church, temple, mosque, or like-minded friends, family, etc. Is this of support to you and how? Is there a group of people you really love or who are important to you?
	Address in care	How should I address these issues in your health care?
Spiritual Needs Assessment for Patients (SNAP) <sup>32</sup>	Spiritual needs	<ul style="list-style-type: none"> <li>Finding meaning?</li> <li>Finding hope?</li> <li>Overcoming fears?</li> <li>Personal meditation or prayer practices?</li> <li>Your relationship with God?</li> <li>Becoming closer to a spiritual community?</li> <li>Coping with suffering?</li> <li>The meaning and purpose of human life?</li> <li>Dying and death?</li> <li>Finding peace of mind?</li> <li>Resolving old disputes?</li> <li>Finding forgiveness?</li> <li>Making ethical decisions about care?</li> </ul>
	Psychological needs	<ul style="list-style-type: none"> <li>Getting in touch with other patients with similar illnesses?</li> <li>Relaxation or stress management?</li> <li>Learning to cope with feelings of sadness?</li> <li>Sharing your thoughts and feelings with people close to you?</li> </ul>
	Religious needs	<ul style="list-style-type: none"> <li>Worries you have about your family?</li> <li>Visits from clergy of your own faith community?</li> <li>Visits from a hospital chaplain?</li> <li>Visits from fellow members of your faith community?</li> <li>Religious rituals, such as chant, prayer?</li> <li>Someone to bring you spiritual texts, such as the Torah, Qur'an, Bible, Analects of Confucius, or Tibetan Book of the Dead?</li> </ul>

Tabella 1

La tabella sopra riportata mostra le sottoscale con le relative domande degli strumenti F.I.C.A.e SNAP.

## 7.7 FACT (Faith Activity, Coping, Treatment)

Questo strumento, pubblicato nel Journal of Health Care Chaplaincy, è stato sviluppato da cappellani e può essere utilizzato dal medico, dall'infermiere al momento dell'ammissione e dal cappellano per una valutazione più approfondita (25).

FACT analizza le quattro dimensioni incluse nell' acronimo, che sta per :

F - Fede (e/o credenze, pratiche spirituali)

A – Attività (e/o Disponibilità, Accessibilità, Applicabilità)

C – coping (e/o Comfort); Conflitto (e/o Preoccupazione)

T - Piano di trattamento

Le prime tre parti (FAC) indagano la storia spirituale e l'ultima (T) è riferita alla valutazione fatta dal cappellano.

Questo strumento è un ibrido di storia e valutazione spirituale e permette di individuare in maniera accurata e rapida se la crisi di salute del paziente sta compromettendo o meno il suo benessere spirituale e, sulla base di tale valutazione, suggerisce un piano di trattamento. E' progettato per setting assistenziali per acuti infatti appare di breve durata e di facile utilizzo, versatile e mirato. Risulta più efficace quando viene usato come guida per instaurare una conversazione piuttosto che come checklist.

La risposta positiva ai quesiti innesca referenze immediate per follow-up di cure pastorali, quali:

1. richieste di comunione;
2. comunicazione con la congregazione religiosa del paziente;
3. consultazione su temi di sensibilità religiosa / culturale;
4. valutazione spirituale approfondita da parte di un cappellano;
5. supporto emotivo o spirituale generale da parte di un cappellano.

Domande specifiche che possono essere proposte per contribuire a discutere ogni elemento dello strumento sono, suddivise per ogni lettera dell'acronimo:

F (Faith):

1. Qual è la sua fede o il suo credo?
2. Si considera spirituale o religioso
3. Quali valori crede che diano significato e scopo alla sua vita?

A (Activity):

1. E' attivo nella sua comunità di fede?
2. Fa parte di una comunità religiosa o spirituale
3. Il supporto alla sua fede è disponibile ?
4. Ha accesso a ciò di cui ha bisogno per praticare la sua fede (o le sue convinzioni)?
5. C'è una persona o un gruppo la cui presenza e il cui supporto è importante in un momento come questo?

C (Coping):

1. Come sta affrontando la sua situazione medica?
2. La sua fede (le sue convinzioni) la stanno aiutando a superarla?
3. Come può la sua fede (le sue convinzioni) fornire conforto alla luce della sua diagnosi?
4. Le sue convinzioni religiose o pratiche spirituali sono in conflitto con le cure mediche?
5. Ci sono particolari preoccupazioni che ha verso di noi come suo team medico?

T (Treatment):

1. Il paziente sta reagendo bene
  - a. Supporto e incoraggiamento.
  - b. ripetere ad una data successiva
2. Il paziente sta reagendo male
  - a. A seconda della relazione e degli aspetti in comune nella fede/credenze, fornire un intervento diretto: consiglio spirituale, preghiera, Sacra Scrittura, ecc.
  - b. Incoraggiare il paziente ad affrontare queste preoccupazioni con la propria guida di fede.
  - c. Fare un rinvio al cappellano dell'ospedale (non chiedere al paziente se vuole un rinvio ma lasciare che il cappellano faccia la propria valutazione.)



I richiami alla cura pastorale generati dalla valutazione FACT saranno evasi in 24 ore. Un cappellano valuterà ulteriormente i problemi in atto e le esigenze di assistenza pastorale. Bisogni urgenti di assistenza pastorale quali: sacramenti di emergenza, crisi familiari, problemi legati alla morte/morire, dovrebbero essere indirizzati al cappellano in servizio per una risposta immediata. (26)

## 7.8 AMEN:

Il protocollo AMEN è uno strumento di conversazione progettato da Cooper e colleghi che viene utilizzato dagli operatori di oncologia per sostenere le speranze di paziente/ famiglia verso una cura miracolosa contro il cancro, ma si applica anche ad altre conversazioni in cui esiste un conflitto legato alla spiritualità tra il paziente e la famiglia, e il team di cura.

Lo scopo di AMEN è di aiutare i fornitori di assistenza ad impegnarsi con le espressioni di speranza dei pazienti e delle famiglie piuttosto che concentrarsi sulle loro credenze religiose o spirituali.

I primi due step del protocollo consentono all'infermiere di fornire una risposta autentica e unirsi al sentimento universale di speranza del paziente e della sua famiglia.

Cooper considera la parola "e" cruciale nel trattamento del paziente e della famiglia perché essi vengono intesi come essere umani; nello stesso tempo consente ai fornitori di cura di portare la loro umanità e la loro competenza medica nel piano di cura. Infine, l'ultimo step del protocollo AMEN è quello di chiarire con il paziente e la famiglia che il professionista, in qualità di infermiere, sarà sempre al loro fianco. Quest'ultima affermazione evidenzia che nonostante l'esistenza di differenze (culturali-religiose-spirituali) tra clinico e paziente, la relazione e la continuità delle cure restano salde (27).

**AMEN Protocol**

---

- **Affirm the patient's belief. Validate his or her position:** "Ms. X, I am hopeful too."
- **Meet the patient or family member where they are:** "I join you in hoping (or praying) for a miracle."
- **Educate from your role as a medical provider:** "And I want to speak to you about some medical issues."
- **No matter what; assure the patient and family you are committed to them:** "No matter what happens, I will be with you every step of the way."

---

From: Cooper, RS, Ferguson, A, Bodurtha, JN, Smith, TJ: "AMEN in challenging conversations: bridging the gaps between faith, hope and medicine." *Journal of Oncology Practice* 2014;10:e191-195. With permission. © 2014 American Society of Clinical Oncology. All rights reserved.

Figura 3

### 7.9 PDQ (Patient Dignity Question):

E' una singola domanda che è stata elaborata da Chochinov e suoi colleghi. Lo scopo è quello di permettere agli operatori sanitari di ricavare informazioni per integrare i valori spirituali, psicologici e sociali nella cura del paziente, considerato nella sua completezza (persona).

Il PDQ funge da breve punto di partenza per l'integrazione di valori spirituali, psicologici e sociali nella cura del paziente. Il quesito "Che cosa devo sapere su di te come persona per offrirti le migliori cure possibili?" invita i pazienti con cancro a condividere in che modo la malattia sta influenzando la loro vita, e quali valori personali ritengono importanti per la gestione della patologia.

Inoltre Chochinov e i suoi colleghi hanno scoperto che, sottoponendo il PDQ, gli operatori sanitari hanno appreso nuove informazioni riguardo i loro pazienti, le relazioni sono state migliorate e la cura compassionevole\_è stata approfondita. La tabella di seguito allegata contiene lo strumento PDQ e potenziali domande o suggerimenti di follow-up per approfondire la conversazione, se necessario (27).

**The Patient Dignity Questionnaire with Follow-Up Questions**

---

What should your health care providers know about you (your family member) as a person to give you (them) the best care possible?

- What would you want any staff member walking in this room to know about you/them as a person?
- Are there special qualities you would want them to see?
- Are there key roles or relationships you would want them to know about?
- Are there specific concerns, or important beliefs, you would want them to be aware of?

---

Data from Chochinov et al.<sup>36</sup>

Figura 4

## **8. Ruolo dell'infermiere**

La cura spirituale dovrebbe essere basata su una comprensione condivisa della spiritualità e un approccio alla multidisciplinarietà, ed includere sia la valutazione che il trattamento dell'angoscia spirituale. Considerare l'aspetto della spiritualità nel processo infermieristico permette di effettuare una valutazione più olistica e completa, e un'accurata diagnosi su cui basare interventi adeguati ed efficaci: ciò consente all'infermiere di conoscere in modo più approfondito le esigenze dell'assistito, che quindi può ricevere cure spirituali personalizzate oppure un rinvio al cappellano, se necessario o pertinente. (11)

Da alcuni studi emerge che gli infermieri considerano importante la spiritualità nella cura delle persone; tra le loro competenze, infatti, rientra anche quella di cercare di aiutare il paziente e la famiglia a scoprire le proprie risorse spirituali e religiose, e vedere come queste possono essere d'aiuto nei momenti di crisi. Spesso, tuttavia, il professionista riscontra difficoltà nel formulare una definizione funzionale o "attuabile" di spiritualità, soprattutto perché riceve poca formazione. Inoltre è incerto su ciò che costituisce la cura spirituale e su come fronteggiarla. Una barriera è rappresentata anche dal fattore tempo, che vincola l'infermiere nel poter fornire cure spirituali.

Il paziente mentre si trova in un contesto di cura trascorre la maggior parte del suo tempo con gli infermieri, verso i quali aspira ad un rapporto interpersonale e fiducioso. Questa relazione è un prerequisito per rivelare i bisogni spirituali. Spetta quindi all'infermiere valutare il disagio spirituale: in quest'ottica i professionisti, dovrebbero essere sensibili all'impatto spirituale che un ricovero provoca sulla vita del paziente e della sua famiglia. Tra i principi primari nel fornire cure spirituali emerge l'etica dell'autonomia del paziente. La cura personalizzata, infatti, riflette le esigenze, i valori e le scelte dell'assistito, ed incoraggia la partecipazione e responsabilizzazione dello stesso. Inoltre risulta fondamentale la trasparenza tra pazienti e fornitori di assistenza, tra i quali sono inclusi anche le famiglie e gli amici.

L'assistenza spirituale proattiva permette all'infermiere di "viaggiare" insieme al paziente, attraverso le sue esperienze, in un contesto sanitario. Espressioni come l'amore, la speranza e la compassione costituiscono l'approccio più basilare e universale alla cura spirituale. Le modalità che vengono utilizzate risultano essere: l'ascolto attivo ed empatico, la comunicazione proattiva e in particolare la cura compassionevole, che diventa il mezzo attraverso il quale ci si rivolge alle necessità di tutta la persona (fisica, mentale e spirituale). Gli infermieri infatti, in uno studio, hanno riferito che nel fornire sostegno spirituale, gli interventi specifici più frequenti si basano su empatia, ascolto, e supporto psicologico. La spiritualità del paziente e della famiglia dovrebbe essere sempre primaria rispetto alla spiritualità o la religione dell'infermiere, del cappellano o di qualsiasi altro fornitore di assistenza sanitaria. (3).

È importante che gli infermieri siano consapevoli dei limiti delle loro competenze nell'effettuare valutazioni e nel fornire assistenza spirituale, e sappiano indirizzare i pazienti al cappellano sanitario o ad altro personale di supporto spirituale ove necessario (30).

Pertanto i professionisti risultano cruciali nei meccanismi di supporto spirituale (Pesut et al. 2012) (3) quando i bisogni della persona sono tali che offrire l'ascolto empatico, la gentilezza, e il supporto interpersonale di base risultano insufficienti, e se il professionista non si sente preparato per rispondere ai bisogni spirituali dell'assistito, perché riscontra differenze significative riguardo la spiritualità, la cultura o la religione. In queste circostanze tale esigenza va segnalata ad uno specialista, cioè un cappellano certificato.

I problemi, tuttavia, sorgono quando la mancata presa di coscienza degli infermieri impedisce questo rinvio: in alcuni casi, infatti, il cappellano viene contattato soltanto nelle ultime fasi della malattia, piuttosto che in precedenza, quando forse i suoi interventi risulterebbero maggiormente necessari. Ciò può scaturire a seguito dell'errata associazione che viene fatta tra i cappellani, la spiritualità e la religione. (11)

Le diagnosi infermieristiche risultano utili nella pratica per valutare le condizioni cliniche della persona, e pianificare gli interventi più appropriati per la risoluzione di problemi di salute, potenziali o reali.

La conoscenza delle credenze e dei comportamenti associati alle principali culture, consentono agli infermieri di identificare e affrontare con precisione i bisogni e i problemi spirituali significativi manifestati dai pazienti, includendoli all'interno di diagnosi. (28)

Sono state formulate numerose diagnosi relative alla cura spirituale; di seguito si riporta un elenco di quelle potenziali, presentate da Puchalski e dai suoi colleghi: (3)

1. Preoccupazioni esistenziali
2. Abbandono da parte di Dio o di altri
3. Rabbia verso Dio o altri
4. Preoccupazioni per la relazione con divinità
5. Sistema di credenze contrastato o contestato
6. Disperazione / mancanza di speranza
7. Lutto / Perdita
8. Colpa / vergogna
9. Riconciliazione
10. Isolamento
11. Lotta religiosa / spirituale

La tassonomia universale NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) comprende NIC (Nursing Intervention Classification) e NOC (Nursing Outcome Classification).

La classificazione NIC riporta un elenco costruttivo di interventi di cura per affrontare specificamente il disagio spirituale.(3) Ne vengono riportati alcuni:

1. Osservare il cliente riguardo autostima, sentimenti di futilità o disperazione.
2. Monitorare i sistemi di supporto. Essere consapevoli dei propri sistemi di credenze e accettare la spiritualità del cliente.
3. Essere fisicamente presenti e disponibili per aiutare il cliente a determinare esigenze religiose e spirituali
4. Salvaguardare momenti tranquilli per la meditazione, la preghiera e il rilassamento.
5. Aiutare il cliente a creare un elenco di problemi importanti e non importanti.
6. Chiedere come essere più utili, quindi ascoltare attivamente e cercare chiarimenti.
7. Se il cliente è a proprio agio con il tocco, stringere la mano dell'assistito o appoggiarla delicatamente sul suo braccio. Il tocco rende la comunicazione non verbale più personale.
8. Aiutare il cliente a sviluppare e realizzare obiettivi e attività a breve termine.
9. Aiutare il cliente a trovare un motivo per vivere ed essere disponibile per il supporto.
10. Ascoltare i sentimenti del cliente riguardo alla morte. Non giudicare e concedere del tempo alle lamentele.
11. Aiutare il cliente a sviluppare le capacità per affrontare la malattia o i cambiamenti dello stile di vita. Coinvolgere il cliente nella pianificazione delle cure.
12. Fornire materiale religioso, manufatti o musica adeguati come richiesto.
13. Fornire privacy affinché il cliente possa pregare con gli altri o essere esaminato dai membri della propria fede.
14. Consultare il piano di assistenza per migliorare prontamente il benessere spirituale.

Parallelamente agli interventi infermieristici esiste una classificazione dei risultati dell'assistenza infermieristica (NOC ) grazie a cui possibile valutare la risposta agli interventi. (3) Si riportano di seguito alcuni esempi:

1. Morire dignitosamente
2. Speranza
3. Benessere Spirituale
4. Afferma sentimenti di fiducia in se stesso, in Dio o in altri sistemi di credenza
5. Continua le pratiche spirituali non dannose per la salute
6. Discute i sentimenti per la morte
7. Mostra un umore appropriato per la situazione

## 9. Conclusioni

La spiritualità è una dimensione intrinseca dell'uomo e ricopre un ruolo importante in ogni evento che lo coinvolge; per questo l'infermiere, figura a stretto contatto con il paziente, dovrebbe avere una presa di conoscenza maggiore riguardo l'importanza della risposta al bisogno spirituale, sebbene questa dimensione non sia immediatamente tangibile come potrebbe esserlo un disturbo fisico. La scarsa conoscenza dell'argomento, e la possibile diffidenza che ne deriva, potrebbero allontanare l'infermiere dall'opportunità di integrare una dimensione così importante dell'essere umano nella pianificazione assistenziale.

Emerge pertanto la necessità di fare chiarezza su cosa si intende per spiritualità e quali siano le implicazioni che essa può avere nel progetto di cura, in termini di outcome per il paziente e la sua famiglia nonché nella relazione tra assistito e professionista. A seguito delle incertezze riscontrate dai curanti nell'approccio alla spiritualità, come emerge da vari studi pubblicati, risulterebbe opportuno che fin dall'inizio del percorso di apprendimento di un professionista sanitario, sia prevista un'adeguata formazione per meglio comprendere la tematica.

Effettuare un adeguato assessment spirituale richiede tempi sufficienti e gli strumenti che permettano di indagare i vari aspetti della spiritualità.

L'infermiere necessita di disporre di un setting e di una tempistica adeguata affinché il paziente possa esprimersi liberamente e fornire tutte quelle informazioni che ritiene importanti. Le domande da porre, perciò, dovranno essere mirate, rendendo quindi più agevole il colloquio. Lo screening prevede semplici domande attraverso le quali l'operatore può determinare se, nell'affrontare un evento stressante, la spiritualità/religiosità possa risultare importante per il benessere interiore del paziente.

Nell'anamnesi spirituale il modello F.I.C.A. è il più utilizzato.

E' uno strumento validato e numerosi studi ne hanno dimostrato la validità. Dalla letteratura si evince come questo strumento possa essere applicabile in vari setting assistenziali, ognuno con il proprio target, in particolare nelle cure palliative. Alcuni studi hanno riscontrato come l'impiego del F.I.C.A. può essere utilizzato in una popolazione piuttosto ampia per etnia, religiosità, spiritualità, patologia, età, altri ne hanno dimostrato la sensibilità, l'affidabilità e l'efficacia (20)(21)(22).

Un altro strumento è il protocollo Rush utilizzato esclusivamente per lo screening spirituale in soggetti di fede religiosa.

Ulteriori modelli di accertamento impiegati sono: lo SPIRIT, lo SNAP e l'AMEN; a differenza dei primi questi sono stati utilizzati solo per la valutazione dei bisogni spirituali di pazienti oncologici. Gli studi a riguardo non sono sufficienti a sostenerne la validità e l'affidabilità.

Tutti questi strumenti potrebbero essere impiegati nella pratica assistenziale per individuare e trattare il bisogno spirituale. Il professionista potrà includere nell'accertamento iniziale l'anamnesi spirituale anche sulla base della propria formazione, attitudine, responsabilità, utilizzando la cura compassionevole e l'ascolto attivo come modalità principali.

L'importanza della dimensione spirituale andrebbe compresa, e ai professionisti dovrebbe essere data l'opportunità di partecipare a momenti formativi a riguardo.

Quando la cura spirituale verrà integrata nei percorsi di studio degli operatori sanitari, e ne verranno contemplate l'efficacia e l'indispensabilità si assisterà ad un cambiamento significativo e concreto.

## 10. Bibliografia

1. Il core competence italiano dell'infermiere in cure palliative. Una guida per gli infermieri Italiani (2018) - Italian Palliative Nursing Core Competence (IPNCC)
2. Assessing a Patient's Spiritual Needs. A Comprehensive Instrument. Kathleen Galek, PhD Kevin J. Flannelly, PhD, Adam Vane, MA, Rose M. Galek, MS, RN Holist Nurs Pract 2005;19(2):62–69
3. Spiritual Care and Nursing: a Nurse's Contribution and Practice – HealthCare Chaplaincy Network, Spiritual care association ( March 2017)
4. [Louredes, tra fede e scienza. Episodio 10/01/2020. filmato accessibile all'indirizzo: http://www.televideoteca.it/lourdes-tra-fede-e-scienza](http://www.televideoteca.it/lourdes-tra-fede-e-scienza)
5. <https://francescomacri.wordpress.com/2019/04/08/medicina-etica-e-spiritualita-linee-per-una-deontologia-delloperatore-sanitario/>
6. Improving the Quality of Spiritual Care as a Dimension of Palliative Care: The Report of the Consensus Conference ( Christina Puchalski, M.D., M.S., F.A.P.C.,<sup>1</sup> Betty Ferrell, Ph.D., M.A., F.A.A.N., F.P.C.N.,<sup>2</sup> Rose Virani, R.N.C., M.H.A., O.C.N.,<sup>3</sup> F.P.C.N.,<sup>2</sup> Shirley Otis-Green, M.S.W., L.C.S.W., A.C.S.W., O.S.W.-C.,<sup>2</sup> Pamela Baird, A.A.,<sup>2</sup> Janet Bull, M.A.,<sup>1</sup> Harvey Chochinov, M.D., Ph.D., F.R.C.P.C.,<sup>3</sup> George Handzo, M.Div., B.C.C., M.A.,<sup>4</sup> Holly Nelson-Becker, M.S.W., Ph.D.,<sup>5</sup> Maryjo Prince-Paul, Ph.D., A.P.R.N., A.C.H.P.N.,<sup>6</sup> Karen Pugliese, M.A., B.C.C.,<sup>7</sup> and Daniel Sulmasy, O.F.M., M.D., Ph.D.<sup>8</sup>) Journal of palliative medicine. Volume 12, Number 10, 2009
7. Life satisfaction, spirituality well-being and hope in cancer patient (Esa Jafaria, Mahmoud Najafib, Faramarz Sohrabic, Gholam Reza Dehshiric, Esmail Soleymanid, Rasoul Heshmatie) Procedia Social and Behavioral Sciences 5 (2010) 1362–1366
8. [https://www.adnkronos.com/salute/sanita/2019/04/11/cure-spirituali-per-ogni-religione-ospedale-target-therapy-dell-anima\\_A2KNxh216wKOoDDJKw1dpL.html](https://www.adnkronos.com/salute/sanita/2019/04/11/cure-spirituali-per-ogni-religione-ospedale-target-therapy-dell-anima_A2KNxh216wKOoDDJKw1dpL.html)
9. La relazione spirituale con la persona malata Nardin :Suor Adriana-Suore di carità delle Sante Capitanio e Gerosa-Assistente spirituale/religiosa-Fondazione IRCCS Istituto Neurologico “C. Besta”)
10. The Spiritual Needs Assessment for Patients (SNAP): Development and Validation of a Comprehensive Instrument to Assess Unmet Spiritual Needs Rashmi K. Sharma, MD, MHS, Alan B. Astrow, MD, Kenneth Texeira, PhD, and Daniel P. Sulmasy, MD, PhD Journal of Pain and Symptom Management Vol. 44 No. 1 July 2012 Assessing the



- spiritual needs of patients -Timmins F, Caldeira S - Nursing standard 2017 15 marzo; 31 (29): 47-53.
11. Spiritual Well-Being and Spiritual Distress in Cancer Patients Undergoing Chemotherapy: Utilizing the SWBQ as Component of Holistic Nursing Diagnosis.
  12. Instruments Measuring Spirituality in Clinical Research:A Systematic Review  
Stéfanie Monod, MD, Mark Brennan, PhD, Etienne Rochat, Theologian, Estelle Martin, PhD, Stéphane Rochat, MD MM(ClinEpi), and Christophe J. Büla, MD - J Gen Intern Med 26(11):1345–57
  13. TRADITION, HERITAGE AND SPIRITUALITY. Formal and Informal Spiritual Maria Puchalski - Asian Pacific Journal of Cancer Prevention, Vol 11, 2010: MECC Supplement
  14. Infermieristica in cure palliative- Cesarina Prandi capitolo 17 pag.213-217
  15. State of the Science of Spirituality and Palliative Care Research Part II: Screening, Assessment, and Interventions Tracy A. Balboni, MD, MPH, George Fitchett, BCC, DMin, PhD, George F. Handzo, BCC, Kimberly S. Johnson, MD, Harold G. Koenig, MD, Kenneth I. Pargament, PhD, Christina M. Puchalski, MD, Shane Sinclair, PhD, Elizabeth J. Taylor, RN, PhD, and Karen E. Steinhauser, PhD Vol. 54 No. 3 September 2017 Journal of Pain and Symptom Management 441
  16. Initial Nursing Assessment for Spiritual / Religious Needs - Tedford J. Taylor, MDiv, BCCC © 2012
  17. Measuring spiritual well-being in people with cancer: The functional assessment of chronic illness therapy—spiritual well-being scale (FACIT-Sp) Amy H. Peterman, Ph.D. Northwestern University George Fitchett, D. Min.Rush-Presbyterian-St. Luke’s Medical Center Marianne J. Brady, Ph.D. Northwestern University Lesbia Hernandez, Pharm.D., M.P.H. University of Puerto Rico David Cella, Ph.D.Northwestern University Annals of Behavioral Medicine, 2002
  18. Supporting the patient’s spiritual needs at the end of life Spirituality and Medical Practice: Using the HOPE Questions as a Practical Tool for Spiritual Assessment -Gowri Anandarajah, and Ellen Hight, M.D., M.P.H.
  19. Questionnaire measuring patient’s spiritual needs: a narrative literature review.
  20. Evaluation of theF.I.C.A.Tool for Spiritual - Assessment Tami Borneman, RN, MSN, CNS, FPCN, Betty Ferrell, RN, PhD, MA, FAAN, FPCN, and Christina M. Puchalski, MD, MS, FACP) Vol. 40 No. 2 August 2010 Journal of Pain and Symptom Management

21. The Spiritual Assessment -AARON SAGUIL, MD, MPH, Fort Belvoir Community Hospital, Fort Belvoir, Virginia KAREN PHELPS, MD, Eisenhower Army Medical Center, Fort Gordon, Georgia.
22. Clinical nursing education: using the F.I.C.A. Spiritual History Tool to assess patient's spirituality.
23. Understanding and addressing the religious and spiritual needs of advanced cancer patients- Mark Lazenby / Seminars in Oncology Nursing, Vol 34, No 3 (August), 2018: pp 274-283.
24. Spiritual Needs and Perception of Quality of Care and Satisfaction With Care in Hematology/Medical Oncology Patients: A Multicultural Assessment. Alan B. Astrow, MD, Gary Kwok, MA, Rashmi K. Sharma, MD, MHS, Nelli Fromer, MD, and Daniel P. Sulmasy, MD, PhD - Journal of Pain and Symptom Management Vol. 55 No. 1 January 2018).
25. Taking spiritual history in clinical practice – a systematic review of instruments - Giancarlo Lucchetti, Rodrigo M. Bassi, and Alessandra L. Granero Lucchetti Explore 2013; 9:159-170.
26. [https://www.professionalchaplains.org/files/resources/reading\\_room/spiritual\\_history\\_to\\_ol\\_fact\\_larocca\\_pitts.pdf](https://www.professionalchaplains.org/files/resources/reading_room/spiritual_history_to_ol_fact_larocca_pitts.pdf)
27. Spiritual care communication in cancer patients – Lee Ellington, Jacob Billitteri, Maija Reblin, and Margaret F. Clayton - Seminars in Oncology Nursing, Vol 33, No 5 (December), 2017: pp 517-525
28. Nursing Assessment of Spiritual Needs – chapter 3 pag.54 - Jones e Bartlett Learning, LCC.
29. Supporting the patient's spiritual needs at the end of life – nursing USA -2016 – Darlene N. Finocchiaro.
30. Assessing the spiritual needs of patients -Timmins F Caldeira S- Nursing standard 2017 15 marzo; 31 (29): 47-53.
31. Testing the Validity of a Protocol to Screen for Spiritual Struggle among Parents of Children with Cystic Fibrosis. - HHS Public Access Author manuscript- Res Soc Sci Study Relig. 2013.

## 11. Allegati

*Ringraziamenti sentiti alla mia Famiglia, alla Relatrice e a tutti coloro che mi hanno aiutato e incoraggiato negli anni di questo percorso.*

*“ Chi nel cammino della vita ha acceso anche soltanto una fiaccola nell'ora buia di qualcuno non è vissuto invano (Madre Teresa di Calcutta) ”*