



Università degli Studi di Padova

DIPARTIMENTO DI FILOSOFIA, SOCIOLOGIA, PEDAGOGIA

E PSICOLOGIA APPLICATA – FISSPA

Corso di Laurea Triennale in Scienze Sociologiche

TESI DI LAUREA

***“Umanizzazione della cura: la sensibilità spirituale del
personale sanitario.”***

Laureanda:
Giulia Guglielmi

Docente relatore:
Salvatore La Mendola

Matricola
2014037

A. Accademico 2022/2023

*“Il corpo nostro è sottoposto al cielo
e lo cielo è sottoposto allo spirito”.*
Leonardo Da Vinci

INDICE:

Introduzione..... pag.6

Parte I

Capitolo primo

Medicina e religione nella storia

- 1.1 Medicina e religione nelle civiltà greca e romana pag.7
1.2 Medicina e religione nell'epoca medievale e moderna pag.11
1.3 Medicina e religione nell'epoca contemporanea pag. 21

Capitolo secondo

“Spirito” di cura

- 2.1 I concetti di spirito e spiritualità nell'essere umano pag.22
2.2 La cura dello spirito nella tradizione orientale..... pag.25
2.3 Il “soccorso emotivo” e la professione sanitaria. La letteratura pag.27

Parte II

La sensibilità spirituale del personale sanitario: un'indagine.

- 1.1 Obiettivi e metodologia di ricerca..... pag.30
1.2 Racconti sulla realtà ospedaliera pag.33
1.3 Conclusioni pag.54

Riferimenti Bibliografici pag. 59

Ringraziamenti pag. 61

INTRODUZIONE

Il legame millenario che unisce la medicina e la religione è sempre stato fortemente complesso e ha coinvolto culturalmente la storia di popoli e di etnie sin dalle origini mutando profondamente nel corso dei secoli e rimandandoci consapevolezze diverse. In passato, la medicina e la religione procedevano di pari passo, legittimandosi e sostenendosi l'una con l'altra; allo stesso modo i malati riconoscevano a queste due dimensioni un'importanza tale da non poterle separare.

Oggi, il rapporto religioso-spirituale nell'ambito medico è stato motivo di interesse da parte di ricercatori e studiosi i quali hanno svolto indagini approfondite sul tema riscontrando una dimensione fortemente sentita e di importanza rilevante per il paziente bisognoso e anche per l'operatore sanitario.

L'aspetto spirituale risulta essere importante, infatti, l'attenzione del personale sanitario ospedaliero alla dimensione psico-emotivo-spirituale del paziente rientra in quella che viene considerata "*cura*" del bisognoso.

All'interno del mio lavoro di ricerca, ho voluto comprendere in prima persona, quanto, dal punto di vista del personale infermieristico, fosse rilevante la spiritualità e l'ascolto emotivo all'interno della relazione quotidiana con il paziente e in che modo venisse trattata, accolta e ascoltata questa dimensione "intima" e "personale".

Questo lavoro si articola in due parti principali. La prima di esse, è composta, a sua volta da due capitoli. In questa prima sezione ho voluto approfondire la storia del legame tra la medicina e la religione nei secoli e nelle diverse epoche. Successivamente, per quanto riguarda il secondo capitolo, mi sono concentrata sui concetti di spirito e spiritualità nell'essere umano, sulla dimensione della cura all'interno del sistema orientale, in particolare riferendomi alla medicina tradizionale cinese. Ho riportato, inoltre, una serie di studi prodotti negli ultimi anni all'interno dei quali viene evidenziata l'importanza della cura allo "spirito" del malato in ospedale.

La seconda sezione, quella dedicata alla ricerca sul campo vera e propria, si apre con una considerazione sugli obiettivi dell'indagine e sulla metodologia utilizzata per condurla. L'elaborazione del materiale e delle riflessioni raccolte rappresentano il corpus principale di questa seconda parte con la quale ho potuto comporre una trattazione "vera" perché basata sul punto di vista esperienziale di ciascun interlocutore. Per concludere, ho presentato alcune mie considerazioni finali confrontando le mie aspettative iniziali con quanto raccontato durante i momenti di condivisione. In questo modo, ho potuto ampliare la mia consapevolezza sulla quotidianità ospedaliera e sul rapporto che coinvolge l'infermiere e l'assistito.

PARTE I

CAPITOLO PRIMO - LA MEDICINA E LA RELIGIONE

Il legame millenario che unisce la medicina e la religione è sempre stato fortemente complesso e ha coinvolto culturalmente la storia di popoli e di etnie sin dalle origini. Per meglio comprendere questo rapporto, diventa essenziale ripercorrere la storia, convenzionalmente dal V secolo a.C., in modo tale da possedere un ampio spettro di informazioni per interpretare le dinamiche circa il legame medico-religioso odierno.

1.1 Medicina e religione nella civiltà greca e romana

La medicina, secondo le civiltà antiche del bacino mediterraneo e intesa specificatamente come attività umana, era intrisa di aspetti magico-religiosi intrecciati e fusi assieme ad espressioni più empiriche. La medicina greca, infatti, era fortemente influenzata da pratiche e credenze religiose e molti trattamenti e procedure erano legati al culto di alcune divinità. Allo stesso tempo, però, la medicina, è diventata una *tèchne*, un'arte, un mestiere che si legava al nome di Ippocrate, considerato il padre fondatore della medicina, il quale individuava, in questa pratica, una forma di conoscenza intellettuale ed elaborata collegata ad una abilità manuale posseduta del medico stesso.

Nel territorio greco, quindi, a fianco della *medicina tecnica*, coesisteva e prosperava anche la *medicina dei templi*. (G. Cosmacini, 1997).

La storia greca della medicina sacerdotale delle origini si lega al mito del dio Asclepio, figlio di Apollo, che, rappresentato assieme al suo bastone e al serpente sacro, è diventato simbolo della guarigione e dell'arte medica tanto che, arrivata sino ai giorni nostri, questa simbologia viene utilizzata ancor'oggi nel campo medico e farmaceutico. Proprio per venerare il dio, attorno il V-IV secolo a.C., iniziarono a sorgere templi e santuari in diversi e numerosi luoghi, quali Kos, Tricca, Epidauro, Pergamo e molti altri. Queste costruzioni sacre diventarono meta di pellegrini malati, che, accompagnati da familiari, sostavano nelle aree di ricovero, costruite dai sacerdoti, fino alla guarigione miracolosa dovuta alla potenza guaritrice divina. Infatti, gli antichi greci pensavano che un corpo sano riflettesse l'equilibrio degli umori interni, sostanze secondo la quale era composto l'organismo umano, e che

questi fossero sotto l'influenza degli dei. Di conseguenza, era consueto rivolgersi alle divinità con doni e offerte per chiedere il loro intervento nella guarigione (P. Manuli, 1980).

I sacerdoti venivano formati all'interno dei templi acquisendo tecniche e conoscenze utili alla guarigione del malato e venivano preparati a eseguire trattamenti sia di tipo fisico che spirituale. A questo proposito, divenne fondamentale la scoperta delle virtù terapeutiche di alcune piante, del calore, degli esercizi fisici, del digiuno, degli effetti dannosi e, talvolta, letali dei veleni naturali, ma allo stesso tempo divenne importante la pratica del "sonno incubatorio". Questo tipo di prassi era di tipo ipnotico-onirico; i malati venivano accompagnati nei portici antistanti il tempio dove aveva sede il luogo di degenza nel quale gli individui sostavano per qualche notte in attesa di un risveglio di miracolosa guarigione. Durante questi sonni incubatori, i pellegrini ricevevano visioni oniriche e taumaturgiche per avere responsi circa la loro salute e talvolta ricevevano in sogno istruzioni per permettere loro di guarire o alternativamente si risvegliavano miracolati.

Nel complesso del tempio si trovava anche un pozzo circolare che, dimora dei sacri serpenti, raccoglieva le tavolette votive dei malati le quali avevano incise le loro storie e i sintomi che accusavano dall'infermità. Nel tempo, dalle storie e dalle diverse sintomatologie descritte sulle tavolette venne a delinearsi un'ampia casistica che permise di comporre tipologie significative di disturbi con protocolli e terapie diversificati.

Il greco Cavaddias, uno degli studiosi del secolo scorso più attenti a storicizzare il mito di Asclepio, ha suddiviso due periodi che hanno caratterizzato il culto Epiduraico riferendosi fino al II secolo d.C. :

“Nel primo avvennero guarigioni, provocate semplicemente dalla suggestione del culto dei fedeli. Nel secondo invece, fu introdotta la scienza medica, che però fu sempre subordinata al fattore religioso; in questo periodo il dio non cura più personalmente, ma indica nei sogni il regime igienico e terapeutico da seguire [...]. Le cure non sono più semplici e certe, ma è necessaria una preparazione, consistente in un lungo soggiorno al tempio, con bagni, esercizi ginnastici, diete speciali e medicine varie. Il compito dei sacerdoti diventa sempre più importante: essi divengono interpreti dei sogni e medici, agiscono sulla fantasia degli

infermi, in modo da provocare i sogni divini, e talvolta sognano essi stessi le cure da praticare agli ammalati.”

citazione tratta dal testo greco “Il tempio di Asclepio” 1900, è riportata da G.G Porro, Asclepio, ars regia, Milano 1911, pp. 118-119 . In Cosmacini (p.53)

Attorno al III-II secolo a.C., il culto di Asclepio, latinizzato in Esculapio, divenne noto anche sulla penisola italiana. Secondo la leggenda, infatti, Enea, approdato sulle coste italiane da Epidauro, nel 292 a.C., avrebbe trasportato sulla nave una serpe del tempio di Asclepio in onore del quale venne costruito un santuario sul nascondiglio dell'animale sacro. A seguito dell'approdo leggendario della medicina dei templi, iniziava a Roma l'immigrazione dalla Grecia dei medici tecnici, tuttavia la figura del medico “dotto” greco, destava timore e sospetto in quanto, nel territorio italiano, erano già presenti dei “modelli” di cura medica. Nella Roma del III-II secolo a. C., coesisteva la “medicina domestica”, autoctona, con la “medicina magico-popolare” di origine etrusco-latina. La prima, prevedeva che la funzione del medico venisse assunta dal *pater familias* il quale aveva il compito di guaritore polifunzionale perché aveva cura della sua famiglia, ma anche dei servi, del bestiame, dell'orto dal quale ricavava i prodotti naturali da utilizzare come rimedi.

La seconda, attingeva ai saperi dei popoli dell'Etruria. Teofasto (372-287 a.C.), filosofo e naturalista greco, identificava questa regione come un paese ricco di vegetazione e di farmaci e parlava degli etruschi come di un “popolo preparatore di medicinali”. Inoltre, come scriveva Cicerone nel *De divinatione* (I,42): “*gli Etruschi, siccome pieni di religiosità più accuratamente e più spesso facevano sacrifici (animali), si diedero anzitutto alla conoscenza delle viscere*” per interrogarle circa gli avvenimenti futuri, si impegnavano nella lettura degli astri e nell'interpretazione dei fenomeni naturali come tuoni, fulmini e comete.

L'influenza della medicina greca fu inevitabile dal momento che l'*Urbe* aveva esteso il suo dominio alla Magna Grecia permettendo, per l'appunto, la possibilità di spostamenti di individui, idee e costumi all'interno dell'impero.

Con il processo di influenza greca, il culto del dio Esculapio si affermò, tant'è che vennero ritrovate, come per il pozzo del tempio greco, tavolette votive sul letto del Tevere che testimoniavano un assiduo pellegrinaggio. Il tempio fungeva come una

sorta di lazzaretto per gli schiavi che non potevano curarsi e per coloro che venivano lasciati soli a causa dell'infermità.

Allo stesso tempo, però, prosperavano le sperimentazioni e gli studi di malattie e di rimedi attraverso pratiche di chirurgia e di fitoterapia. Questa differenziazione, creò scuole mediche, con metodi e principi diversificati, le quali affermarono la loro rilevanza in età imperiale completando, definitivamente il processo di grecizzazione.

Nella Roma di Marco Aurelio (161-180 d.C.), acquistò grande prestigio Galeno, medico di origine greca trasferitosi nella penisola italiana, diventò un esponente celebre dell'arte medica tanto che le sue intuizioni dominarono la medicina occidentale fino al Rinascimento. Egli incarnava il modello di medico colto, che conosceva la matematica, la fisica, la logica e la filosofia venendo apprezzato nel mondo dell'epoca per le sue abilità medico-tecniche quanto per la capacità di farsi ben volere dalle figure altolocate.

Galeno aveva individuato, nel rapporto medico-malato, una correlazione con il legame che univa il dio Asclepio e i suoi miracolati. Secondo questa intuizione, il medico galenico si aspettava dal malato una totale fiducia e obbedienza, la stessa che veniva rivolta, dallo stesso, al dio guaritore (P. Manuli, 1980). Egli comprese le necessità sociali e culturali dell'impero il quale non poteva dirsi stabile a causa delle lotte religiose interne. Comprese l'importanza di adattare la dottrina dominante sulla tradizione medica ellenistica pagana dentro una visione del mondo che contemplasse la natura e la società in un diverso ordine comprendente quello provvidenziale cristiano.

L'eredità di Galeno fu considerevole perché lasciò nell'opera *De simplicium medicamentis temperamentis et facultatibus*, un elenco di ben 473 farmaci a base di erbe naturali destinati, nel corso dei secoli, a proporsi come presidi indiscussi dell'arte medica occidentale. Sebbene nel II secolo d.C. la cura dei malati avesse un carattere sempre più tecnico, dovuto anche all'influenza di Galeno e delle scuole greche, non si cessava di sperare nel miracolo divino.

1.2 Medicina e religione nell'epoca medievale e moderna

L'anno 474 d.C. ripartisce formalmente la storia sancendo la fine del mondo antico con la caduta dell'Impero romano d'Occidente e l'inizio del Medioevo, tuttavia le

dinamiche relative all'ambito medico non possono essere così nettamente divise. Infatti, nel corso di questi secoli, erano comuni e frequenti le epidemie di peste e le malattie contagiose, come la lebbra, che decimavano le popolazioni.

Già nel 430 a.C. si documentò una forte pestilenza ad Atene seguita, nel corso dei secoli, da episodi simili nella penisola italiana. Una di queste, conosciuta come "peste antoniana" (167-170 d.C.) venne descritta dallo stesso Galeno come "grande peste" la quale si narra sarebbe stata la causa della fuga immediata del medico verso la natia Pergamo. Sarebbe stato proprio Galeno uno dei primi a mettere in pratica il precetto medico, a scopo preventivo, per evitare le epidemie: "fuggi presto, va' lontano, torna più tardi che puoi".

Nel 258 d.C., durante un'epidemia di peste, il Vescovo Cipriano scrisse "la pestilenza è un flagello per i giudei, per i gentili, per i nemici di Cristo, ma per i servi di Dio è una cosa vantaggiosa" (Cosmacini, G., 1997). Da queste parole, il vescovo, intravedeva il motivo per cui la nuova religione cristiana sarebbe diventata promotrice dell'assistenza degli appestati e degli infermi in generale.

Il cristianesimo delle origini, infatti, aveva dato rilevanza alla dimensione della cura e di aiuto verso il prossimo tanto che, nel vangelo di Luca, possiamo leggere di Gesù Cristo come guaritore (8, 43-44) del corpo e dello spirito e viene enfatizzata la necessità di assistere i feriti e i malati (10, 30-44).

Sebbene le ultime ondate epidemiche si siano verificate attorno VII-VIII secolo d.C., una malattia contagiosa che persisteva, sin dal VI secolo d.C. nella penisola, era la lebbra che comprendeva tutte le maggiori malattie epidermiche. Nell'Alto Medioevo, il contagio, si espandeva a focolai che si ingrandirono a causa della formazione di aggregazioni di lebbrosi nate dall'allontanamento del malato dalla propria comunità. A cavallo del XII e XIII secolo, nell'Occidente cristiano vennero costruite delle strutture istituzionalizzate destinate alla separazione-segregazione dei lebbrosi in zone campestri e isolate: i lebbrosari. Il passaggio da un'aggregazione di malati ad un'istituzione come il lebbrosario divenne tale grazie all'associazione dei lebbrosi all'interno della quale alcuni monaci si prodigavano ad assistere gli infermi e a sostenerli con le cure spirituali necessarie.

Da un lato, infatti, il cristianesimo, affermava l'unione di anima e corpo del malato, dall'altro sottolineava il valore dell'accoglienza, dell'ospitalità e dell'assistenza del prossimo.

La fede e la devozione nell'ambito della guarigione, proprio come descritto nel capitolo precedente, era fondamentale. I santi avevano una funzione rilevante in quanto ogni malattia aveva un santo guaritore e protettore in grado di infondere coraggio al malato e forza necessaria per curare e lenire i mali. Venerati in questo senso erano i santi gemelli Cosma e Damiano (III-IV secolo d.C.) che, conosciuti anche come "santi medici", mettevano in pratica, senza retribuzione, la loro vocazione curativa, nella Roma di Diocleziano dove vennero martirizzati.

Assieme alla fede, tuttavia, ci si affidava anche ai rimedi terapeutici. Le cure più affermate, sebbene la scienza medica accumulasse saperi sempre più raffinati, erano quelle semplici, soprattutto se usufruite da coloro che non potevano permettersi farmaci costosi. La stessa cultura "medica dotta" si "semplificava" in quanto, a seguito delle epidemie, cominciava a rarefarsi per lo spopolamento delle città. Venivano, perciò, utilizzati rimedi provenienti dalla coltura di particolari erbe, "semplici" o provenienti dalle aree rurali e floride.

Proprio per la favorevole collocazione geografica in aree campestri e verdi, i monasteri divennero punti di riferimento per la cura e l'assistenza degli indigenti, nonché luoghi di ospitalità e laboratori fitoterapici. La loro etica religiosa e morale permise ai monaci di coniugare il sostegno spirituale al sofferente, volto alla salvezza dell'anima, con la creazione di rimedi naturali ai malesseri fisici e corporei.

Uno degli ordini più ampi era quello benedettino creato da Benedetto da Norcia (480-564) nel VI secolo. La regola dell'ordine diventata più nota è *Ora et labora*, ovvero "prega e lavora" la quale, però, si modellò in parte dalla sua preesistente *regula magistri* che, al capitolo XXXVI recitava: "L'assistenza agli infermi deve avere la precedenza e la superiorità su tutto". La *regula Benedicti* ebbe grande impulso nei secoli successivi tanto che, sotto il pontificato di Gregorio Magno (540-604), papa benedettino, questo ordine si espanse a macchia d'olio sia sul territorio italico che altrove, dando vita nel VIII secolo alla fondazione di grandi abbazie.

Nel IX secolo, grazie ad una progressiva strutturazione, l'organizzazione sanitaria di ogni grande monastero comprendeva un'infermeria con annessa una sala di degenza

per malati gravi, un giardino di piante medicinali da poter utilizzare per la preparazione di unguenti e medicinali, un locale per clisteri e salassi e un altro dotato di *armarium*. Quest'ultimo poteva contenere libri oppure medicinali prodotti dall'attività amanuense dei monaci stessi secondo i quali: *claustrum sine armario est quasi castrum sine armamentario* ovvero "un convento senza farmaci (o libri) è come un castello senza armi" (Cosmacini, 1997).

La medicina monastica, sotto la grande protezione ecclesiastica, era inscritta nelle coordinate dell'ospitalità, intesa come assistenza agli infermi, e della cura dottrinale, ovvero la conservazione del patrimonio medico classico. Essa era tanto supportata dalla *scientia* quanto era praticata nell'accoglienza, nel conforto spirituale e materiale degli infermi afferendo anche alla medicina popolare.

Un comune stato monacale facilitava il fatto che le due medicine potessero essere compenetrative, completandosi l'una con l'altra. I curanti dei conventi mediavano tra le due forme curative integrandole, teorizzando e praticando la cura di tutto l'essere umano sia dal punto di vista fisico che spirituale. Infatti, oltre a somministrare farmaci e impomatate, i monaci, imponevano le mani e lenivano con gesti rituali.

I pellegrinaggi verso le mete sante contribuirono alla strutturazione, all'interno delle grandi abbazie, e alla creazione di un *hospitale* dei poveri e uno dei pellegrini operando una distinzione interna per ceto e prestigio sociale; questo si rivelò uno dei motivi del declino dell'ideale monastico dell'ospitalità e dell'assistenza indistintamente dalla categoria sociale. Oltre alle strutture monacali, sulla base degli antichi *xenodochia*, case ospitali rivolte a viandanti malati, bambini soli, anziani e agli infermi, sorsero nuovi *hospitalia* all'interno dei quali presenziavano individui di diversa classe sociale, laici e religiosi.

Dall'anno Mille, a seguito di riforme e mutamenti interni alla struttura ecclesiastica, i religiosi, i quali si erano dedicati all'arte della guarigione per secoli, vennero inibiti dal professare la medicina in quanto attività che comprendeva pratiche cruente e in contrasto con il dettato conciliare secondo cui la chiesa vieta il sangue. A sostegno di questo, si avanzò, inoltre, l'ulteriore supposizione secondo cui quest'arte veniva esercitata non più come mezzo di guarigione, ma con uno scopo di curiosità o di lucro.

A partire dal XII secolo, grazie alla consapevolezza diffusasi circa il problema della povertà, laici caritatevoli strutturano alcune organizzazioni ospitaliere affidandole, successivamente, alla direzione di ordini religioso-cavallereschi, di canonici agostiniani e di confraternite pie. L'intervento da parte dei laici nell'ambito assistenziale comportò delle complicazioni nello status giuridico delle strutture volte al sostegno degli infermi accentuando, inoltre, la conflittualità tra i poteri della Chiesa e quelli laici per il controllo di queste istituzioni.

Da questo secolo, infatti, la struttura ospitaliera iniziava ad allontanarsi dall'esclusività ecclesiastica tanto che la sistemazione dei ricoverati in diretta connessione con la chiesa venne abbandonata attorno il XV secolo adottando progressivamente il modello dell'ospedale civile.

L'evoluzione medievale del modello di "perfezione spirituale" aveva portato dalla stabilità di monaci, isolati dal mondo e assorti nella preghiera e nel lavoro manuale, allo spostamento continuo dei frati impegnati all'evangelizzazione, compresa quella esercitata negli ospedali. Allo stesso modo, l'evoluzione medievale del "modello di misericordia corporale" aveva portato dall'ospitalità e soccorso monastici, all'assistenza e al sostegno negli ospedali. La pietà e la carità venivano intese come una abilità di cura verso malati; tuttavia, questa "cura" era rimasta una pratica misericordiosa e caritatevole capace di consolare e sollevare l'animo e non era considerata una terapia capace di portare alla guarigione.

Attorno al XII e XIII secolo, in tutta Europa, cominciarono a costituirsi università e scuole monastico-laiche. Le facoltà di medicina si erano, nel corso degli anni, moltiplicate, ma la loro presenza, all'interno delle istituzioni universitarie, era alquanto inusuale; alcune università potevano, infatti, esserne prive. Nonostante ciò, nel corso del Basso Medioevo, la figura del medico, che iniziava a identificarsi grazie alle neonate università, cominciava a definire la propria fisionomia scientifico-professionale. Assieme a questa nuova professione però, non vennero perse le figure guaritrici che avevano caratterizzato l'Alto Medioevo ovvero i vescovi e gli abati, monaci e frati infermieri, chirurghi di campagna, donne "delle erbe e dei prati", e anche i "ciarlatani¹".

¹ Ciarlatani: coloro che con le "ciarle" vendevano e dispensavano unguenti e medicinali.

Ai religiosi, che esercitavano l'arte curativa in modo subordinato alla preghiera e marginale rispetto alle pratiche di misericordia, e ai laici che praticavano anch'essi la medicina senza utilizzare dei veri metodi empirici, si aggiungevano medici che si prestavano a curare non tanto il corpo e l'anima quanto, piuttosto, gli umori e i temperamenti della "Scuola di Ippocrate".

Le università e gli ospedali procedevano, però, su binari differenti, senza mai incontrarsi; le università erano luoghi di sola dottrina e gli ospedali aree di degenza e di assistenza in quanto non potevano ancora definirsi centri produttivi di salute con lo scopo della guarigione perché privi di personale medico specializzato. L'incontro dei malati con i loro curanti, avveniva altrove; la visita medica, infatti, era una pratica che si svolgeva nella residenza degli infermi, i quali erano, per la maggior parte, abbienti, in alternativa, avvenivano nella dimora dei medici stessi.

La chiesa, tuttavia aveva ancora una forte rilevanza nell'ambito della medicina; erano gli stessi papa a legittimare la costruzione di nuove università e a concedere licenze professionalizzanti. Tra la fine del XII e l'inizio del XIII secolo, i medici-chierici, essendo inibiti dalle pratiche più cruente, le delegavano ai chirurghi i quali, nel corso dei decenni, diventarono istruiti e abili conoscitori del corpo umano. Questo permise una separazione graduale delle due figure a partire dal XIII secolo, non solo dal punto di vista fisico, ma inizialmente anche "morale" in quanto, per molti secoli, la chiesa e alcune scuole mediche condannarono la chirurgia, e in particolare l'anatomia con scopi conoscitivi e esplorativi. Tuttavia, gli ospedali vennero dotati lentamente di personale medico specializzato realizzando progressivamente il passaggio dall'ospedale "religioso" a "profano".

Chiaramente questo cambiamento duecentesco non fu uniforme, ma, al contrario, avvenne in modi e contesti differenti:

"Gli spedali milanesi perdono il loro carattere d'istituti intieramente religiosi, per assumere un misto, religioso-civile. È civile l'amministrazione, retta da laici; è religiosa la direzione dell'assistenza: presiede all'una un collegio di cittadini, all'altra un monaco, chiamato prelato o ministro o maestro, aiutato da persone pie dell'uno e dell'altro sesso, formanti due altri collegi o capitoli distinti, che non sono propriamente frati e monache, ma pur assumono un carattere religioso col titolo di conversi e converse". (P. Pecchiai, 1927, pp.12-13)

A cavallo tra il Duecento e il Trecento, la medicina stava caratterizzandosi per la ricerca di una maggiore autonomia dalla teologia volgendo lo sguardo verso la progressiva legittimazione della *scientia*. Inoltre, si basava sempre più sulla speculazione e sul metodo dialettico-disputatorio e veniva assimilata ad una vera e propria arte, in quanto florida di nuovi comportamenti originati dall'esperienza diretta. Si intrecciava, poi, in una combinazione tra la *theorica* e la *pratica* in modo tale da non sopraffare l'una rispetto l'altra mettendo in atto il nuovo processo di ricerca volto ad un nuovo sapere.

Scienza, teorica, pratica e arte avevano tutte le radici immerse nelle nuove concezioni socioculturali, dell'uomo e del mondo che si svilupparono largamente tra la seconda metà del Quattrocento e il Cinquecento.

Dalla seconda metà del XV e l'avvento del XVI secolo, la medicina cominciò ad assumere un nuovo volto. Le malattie e i morbi provenienti dal Nuovo continente divennero numerosi e si aggiunsero ad alcuni mali più noti, come la peste.

L'Italia può definirsi come un "osservatorio privilegiato all'incrocio delle conoscenze mediche e delle epidemie" che, tra la fine del Medioevo e l'inizio del Rinascimento, aveva visto la sua potenza epidemica nel Mare Mediterraneo (P. Darmon, 1986). La mercantilizzazione dell'economia, i traffici commerciali con i Paesi lontani e epidemiologicamente diversi avevano facilitato la circolazione di malattie infettive nel mondo. I viaggiatori italiani, nel corso del XIV e il XV secolo, importarono, infatti, il topo nero, la pulce indiana, e bacillo della peste dall'Asia e il *Treponema pallidum* della sifilide dalla Spagna e dalle Indie Occidentali dando origine a mali infetti e a cure palliative e mutevoli volte a fermarli.

Il Cinquecento, inoltre, vide uno sviluppo dell'anatomia, prosperata anche grazie alla disponibilità di salme da esaminare, la quale venne intesa come un accordo ambiguo di ritualità scientifica e di conoscenze della devozione. In questa pratica erano coinvolti medici, chirurghi, ma anche giudici, giustizieri, becchini e ancora una volta vescovi e preti. Gli studi e le analisi sui corpi venivano svolte durante l'inverno il quale, grazie alle rigide temperature, favoriva una migliore conservazione biologica, ma si svolgevano anche durante il periodo penitenziale della liturgia cattolica che permetteva la mortificazione del corpo e le meditazioni sulla morte, comprese quelle anatomiche. In ogni caso "L'anatomia patologica non

ha vissuto che d'una vita in penombra, alle frontiere dell'interdetto, e" ha operato "grazie al coraggio dei saperi clandestini che sopportano la maledizione" (M. Foucault, 1998, p.136).

Essendo stata, quindi, una pratica condannata dalla chiesa per secoli, inizialmente venne vietata anche con provvedimenti papali; tuttavia, Papa Sisto IV (1414-1484) e Clemente VII (1478-1534) con l'emanazione delle bolle papali *de cadaverum sectione* avevano rimosso gli impedimenti precedenti permettendo alla scienza anatomica di progredire.

"L'anatomia patologica non ha vissuto che d'una vita in penombra, alle frontiere dell'interdetto, e grazie al coraggio dei saperi clandestini che sopportano la maledizione" (M. Foucault, 1998, p.136).

A Padova, nell'università più illustre di tutto il mondo dell'epoca, Vesalio (1514-1564), medico-chirurgo fiammingo, confutò, in oltre duecento punti, l'anatomia individuata da Galeno dando vita, grazie alle sue osservazioni-descrizioni, alla "scoperta" di un *corpo nuovo*. L'opera di Vesalio si completava con la visione rivoluzionaria dell'ex studente polacco di Padova, Niccolò Copernico (1473-1543), il quale, nel *De revolutionibus orbium coelestium*, ha individuato che la posizione centrale dell'universo, non era più della Terra, bensì del sole. La rivoluzione macrocosmica dell'universo coincideva con quella microcosmica del corpo umano. Macrocosmo e microcosmo, natura e essere umano, elementi centrali nell'umanesimo e nel naturalismo rinascimentali, si completavano a vicenda in quando l'universo era un macrocosmo e l'uomo un cosmo in miniatura.

Assieme alla nuova concezione del mondo e del corpo, mutava anche quella del medico. In questa nuova rivoluzione primeggiò Aureolo Paracelso (1493-1541), medico, alchimista e astrologo svizzero, secondo il quale la figura del medico aveva il suo vero magistero nell'esperienza diretta delle malattie e nella sperimentazione dei rimedi provenienti dalla terra e dalle sue viscere. Le sue sperimentazioni potevano coinvolgere le acque minerali e termali ed elaborati provenienti dai metalli. Il *medico nuovo* paracelsiano faceva della filosofia delle universali analogiche, uno dei quattro pilastri della vera medicina. La vastità delle simpatie-antipatie tra macro e microcosmo era uno spazio continuo nel quale si legavano tutti i fenomeni medico-naturali. *Similia similibus*, "il simile si cura col simile", principio secondo il quale,

prima che nel campo farmacologico-terapeutico, poteva essere implicato nell'ambito curativo definendo che i contadini dovessero essere curati dai medici di campagna, i lavoratori ammalati dai medici dei lavoratori e via dicendo, in quanto si richiamava al concetto dell'esperienza diretta dei guaritori nel campo lavorativo quotidiano. Il secondo pilastro individuava la "virtù" intesa come un buon comportamento nell'esercizio professionale, come aderenza alle norme e regolamenti delle corporazioni e dei collegi che spesso non erano rispettate. Nelle officine della salute, inoltre, erano presenti i laboratori della nascente "alchimia", un'attività di estrazione minerale e di raccolta di erbe, considerata il terzo pilastro della medicina di Paracelso. La medicina, infatti, doveva essere chirurgia e doveva possedere manualità meccanica, allo stesso tempo doveva essere un'attività chimico-farmaceutica implicata nella ricerca di laboratorio.

L'"astronomia" è l'ultimo dei pilastri della medicina e viene intesa da Paracelso come scienza speculativa degli astri, come argomentazione delle influenze di quest'ultimi sull'essere umano. L'astronomia era una metodologia in forma ermetica che coinvolgeva il medico e gli astri.

L'astronomia era, a livello speculativo, il corrispettivo dell'alchimia, a livello operativo. La prima, infatti non era fine a se stessa e non si esauriva nella conoscenza, tuttavia continuava nel versante terapeutico, riallacciandosi nell'alchimia la quale identificava rimedi separando i veleni dai farmaci. I primi sedimentavano, i secondi evaporavano cristallizzandosi in forma pura. Nella sua vasta strategia, la visione metodologico-tecnica e chimico-medica di Paracelso non può essere separata dalla visione metafisico-mistica.

Dal fermento nato con la generazione di medici eterodossi, dediti alla *experientia* conoscitiva, si opposero alcune scuole mediche, come quella di Parigi, con una forte ortodossia cattolica e galenica perché guardavano al passato.

In questo secolo, la specializzazione di medicina e di chirurgia accrebbe notevolmente di importanza. La riforma ospedaliera del Quattrocento-Cinquecento, che modificò il panorama istituzionale medico, si irradiò in tutt'Europa partendo dall'area padana. Nelle strutture mediche, si rafforzò l'apparato giuridico-amministrativo, da una parte, per una migliore gestione generale e, dall'altra, quello etico-pratico. Quest'ultimo era volto a realizzare un'assistenza meno formale nella

quale venne diminuito l'aspetto caritativo religioso in favore di una pratica produttiva di salute fisica. La carità assistenziale degli ospedali medievali venne sostituita con l'azione curativa intesa non solo come cura, vera e propria, ma anche come terapia. Infatti, negli ospedali rinascimentali, era diminuito il numero di monaci e monache, di conversi e converse che accompagnavano il malato nella sofferenza o alla morte, quanto piuttosto era aumentata la quantità di medici e chirurghi istruiti nelle università e di fisici-chirurghi formati negli ospedali stessi. Questa progressiva assunzione di requisiti tecnici e specialistici fece sì che le cure si spostassero dal malato alle malattie rischiando di essere sbilanciata rispetto all'antropologia curativa basata sul rapporto interumano. In questo modo, perciò l'assistenza "umana" e spirituale ai malati rimase oggetto delle cure dell'esiguo personale religioso o laico devoto che si fece, così, interprete della "riforma cattolica" nell'ambito ospedaliero.

Con il secolo successivo, in particolare nel primo trentennio del Seicento, la medicina acquistò una nuova fisiologia. La rivoluzione scientifica, legata al nome di Galileo Galilei (1564-1642), aveva portato una radicale trasformazione, metodologica ed epistemologica, della conoscenza. Il metodo galileiano si componeva di una parte analitica-induttiva e una seconda sintetica-deduttiva che corrispondevano rispettivamente ad una scomposizione dei fatti naturali in elementi concettuali semplici, in un primo momento, e alla ricomposizione degli stessi avanzando ipotesi da dimostrare con la sperimentazione e l'esperienza. Questo metodo sperimentale caratterizzò la scienza dell'epoca moderna europea dando vita a nuove dimostrazioni e teorie applicate alle scienze. Le scienze naturali riuscirono a progredire anche grazie ai viaggi di commercio e di colonizzazione. Si intensificarono, infatti, i traffici e i commerci verso le Americhe e l'Asia che permisero di importare, nel Vecchio continente, vegetali e tecniche sperimentabili per nuovi rimedi medici.

Si può riscontrare un esempio con la comparsa sul mercato della "corteccia peruviana" o china-china, farmaco antifebbrile di provenienza amerindia che generò discussioni non tanto per la sua efficacia quanto piuttosto per il fatto che era considerata inconciliabile con la dottrina galenica secondo cui un farmaco efficace doveva far evacuare gli umori ritenuti responsabili dello stato febbrile, cosa che il

nuovo rimedio non faceva. A ciò si aggiungeva il fatto che la china veniva commercializzata dalla Compagnia di Gesù, fondata da Ignazio de Loyola (1491-1556) nel 1539.

Il Settecento, il cosiddetto secolo dei lumi, aveva registrato un'accelerazione della ragione scientifica assieme ad un incremento demografico. Questo secondo fenomeno non fu solo la conseguenza delle sole applicazioni mediche, nate grazie alla Rivoluzione scientifica, ma anche del miglioramento della nutrizione degli individui che permise una riduzione della mortalità e una crescita demografica.

Per millenni, l'uomo si è interrogato sull'esistenza e sulla collocazione dell'aspetto umano più intangibile: l'anima. Gli antichi avevano individuato organi sedi dello "spirito vitale" nel fegato, nel cervello o nel cuore, studi che poi vennero ripresi nell'umanesimo e nel rinascimento. Grazie all'avvento dei Lumi, infatti, *"quando la filosofia introdusse la sua fiaccola tra i popoli civilizzati, fu infine consentito di portare uno sguardo scrutatore sui resti inanimati del corpo umano, e queste spoglie, [...] divennero la fonte feconda delle più utili verità"* (J.L. Alibert, 1817, p.51).

Anche nel Settecento, grazie alla spinta scientifico-filosofica di alcuni pensatori tra i quali Gottfried Wilhelm Leibniz (1646-1716) e Isaac Newton (1642-1727) e molti altri, il tema dello spirito e dell'anima aveva interessato gli studiosi, nonché il motivato interesse nei confronti dell'anatomia patologica.

Il meccanicismo medico-biologico settecentesco aveva sviluppato una visione "dinamica" in grado di caricare la materia corporea di un *quid* aggiuntivo alla sola esistenza. Questo sistema era considerato "animistico" in quanto contemplava i movimenti della materia esistente come prodotti da un'anima intangibile. Al contrario, Friedrich Hoffman (1660-1742) medico tedesco, concepiva un sistema medico-biologico diverso che contemplava "l'anima" come elemento materiale, sottile ed elastico, fatto di etere, inteso come "etere cosmico" imponderabile e presente in ogni parte dell'universo, mezzo tramite il quale si propagandava la luce. All'interno del corpo umano, secondo Hoffman, questa sostanza era presente in microcentri costitutivi e rappresentativi della macchina complessa che cominciava ad essere chiamata "organismo".

Oltre alle discussioni filosofiche, però, il sapere e l'arte medica si specializzarono sempre più. Possiamo affermare, infatti, che dal XVII secolo, precisamente con la

Rivoluzione scientifica, e con l'avvento dell'illuminismo del XVIII secolo, la medicina acquistò una maggiore laicità, che implicava una tecnica formale, separandosi della visione religiosa che aveva permeato nei secoli precedenti.

1.3 Medicina e religione nell'epoca contemporanea

Verso la fine del Settecento e l'inizio del secolo successivo si è rivelata importante la scoperta del vaccino contro il vaiolo che è stato non solo un evento medico-scientifico, ma anche medico-sociale. Da un lato, infatti, quest' "innesto" era la dimostrazione che la medicina scientifica era fitta di ispirazioni fornite dalla medicina popolare. Tant'è vero che *“se nel Seicento i medici avevano imparato a curare le febbri [...], come la malaria, con la china-china, appartenente da lungo tempo alla farmacopea popolare degli Indios, nel Settecento i medici avevano imparato a prevenire il vaiolo con la tecnica dell'innesto, originariamente ricavata dalla pratica con cui le donne cinesi e caucasiche, esperte della malattia e consapevoli del suo ‘non ritorno’ in soggetti che già l'avevano avuta, deponevano sopra un graffio della pelle [...] una goccia di vaiolo materia”* (G. Cosmacini, 1997, p.296).

Dall'altro lato, la pratica non diventò solo una conquista della medicina, ma anche un reagente in grado di creare due schieramenti ideologici contrapposti: coloro che si opponevano alla pratica, considerata materiale che impediva il corpo di purgarsi come l'anima dal peccato, e quello a favore.

L' "arte di difesa" anti epidemica si allineava nel solco creato dalla medicina dei lavoratori e dalla medicina dei poveri; il fatto che quest'arte si sia formata dalle cure popolari permetteva idealmente di allacciarsi all'esercizio delle medicine per "la minuta gente" ovvero possedeva figure come i dottori marginali o chirurghi rurali "assoldati" per curare nei villaggi e nelle città coloro che non avevano la possibilità di retribuirli per il servizio reso. In Europa, infatti, il sapere medico era diventato anche politico.

Il Positivismo, dalla seconda metà dell'Ottocento si esprimeva nell'ideologia autonoma, consistente nella generalizzazione di un insieme concatenato di ipotesi, prove, esperienze e leggi assunte dalla fisica, chimica, biologia e fisiologia.

“Con radici nelle scienze naturali e nelle scienze dell'uomo, la medicina era, o appariva, il frutto più maturo dell'albero e del sapere scientifico” (G. Cosmacini, 1997).

La forte spinta razionalistica dettata dalla corrente positivista ha permesso alla scienza medica dell' Ottocento e del Novecento di prosperare ulteriormente sviluppando nuove vie di guarigione e di cura. L'aspetto religioso, in questo periodo, rimase, quindi, marginale e circoscritto alle realtà rurali dove la medicina popolare rimaneva salda nei suoi principi e nelle sue pratiche.

CAPITOLO SECONDO – “SPIRITO” DI CURA

2.1 I concetti di spirito e spiritualità nell'essere umano

In quanto scienza sociale, la sociologia si impegna, sulla base di evidenze empiriche, a comprendere il mondo sociale all'interno del quale viene inclusa anche la religione. Tuttavia, gli individui vivono la religione per mezzo della fede, nata da una convinzione personale o dalla “rivelazione divina”, anziché dall'evidenza empirica. Per i sociologi, l'impatto che possiede la religione nella vita sociale deriva dal fatto che alcuni soggetti credono nella verità della propria fede e, in questo modo, adeguano il loro comportamento facendolo collimare con quanto appreso dalla religione di riferimento.

La religione ha avuto un ruolo di primaria importanza nella storia dell'umanità; molti, sono stati i sociologi che hanno voluto contribuire allo studio di questo fenomeno. Uno degli studiosi che ha indagato il tema della religione è stato Émile Durkheim. Nella sua visione, la credenza più importante e comune a qualunque culto è la suddivisione del mondo in ciò che può essere considerato “sacro” e ciò che, invece, è “profano”. Il *sacro* rimanda a qualcosa che viene percepito attraverso i tratti della straordinarietà, da trattare con il massimo rispetto e timore reverenziale, o come amava definirlo Rudolf Otto (1926, p.21), il sacro appartiene al “radicalmente altro”. Ogni oggetto, luogo, azione o parola può diventare potenzialmente sacro se veicola

la giusta energia, il giusto *mana*², la giusta carica percepita di fronte ad uno specifico simbolo. Dall'etimologia del termine "sacro" si intuisce la sua più immediata derivazione linguistica dalla parola latina *sacer* che possiede un significato ambivalente; vuol dire "ciò che è consacrato agli dei" e contemporaneamente "ciò che suscita orrore". Quest'ambivalenza di significato rimanda, quindi, ad un'esperienza che non può essere comunicata razionalmente avvalendosi, al contrario, di una sua caratteristica ineffabilità. Il sacro racchiude quindi una realtà misteriosa che sottostà ad ogni costruzione religiosa. Tant'è vero che per secoli le religioni hanno fatto credere ai loro adepti di avere il monopolio del sacro in tutte le sfere sociali, e, per un periodo quella cristiana, anche nell'ambito medico. Ciò che rende speciale il sacro è la sua netta distinzione dal profano, che, invece, rimanda al mondo comune e ordinario della vita quotidiana.

Il fenomeno religioso, quindi, può essere definito come un sistema unificato di credenze e pratiche rituali relative a ciò che è sacro e che associa le persone in una comunità morale.

Fin dalle origini dell'umanità, l'essere umano ha percepito il bisogno di rivolgere il proprio sguardo a ciò che va oltre il mondo fisico e materiale, affidando la propria esistenza, la propria salute e le preghiere ad entità soprannaturali che potessero rispondergli positivamente. Il culto del divino si richiama, in questo caso, ad un bisogno personale di natura sociale e psicologica. Esso, infatti, può attenuare le paure, le ansie e le preoccupazioni su ciò che risulta ignoto e angoscioso, come i temi riguardanti la morte, la sofferenza fisica e morale, la malattia, l'impotenza verso alcuni eventi, e l'incertezza conoscitiva circa i grandi interrogativi, ma allo stesso tempo può dare la forza a chi si trova in un momento di difficoltà. La fiducia rivolta al divino può essere una fonte di speranza e conforto, e questo lo abbiamo constatato anche percorrendo la storia della medicina "dei templi" ed "ecclesiastica".

La religione, tuttavia, risponde ad un'ulteriore serie di funzioni. La prima di queste riguarda il fatto che il fenomeno religioso promuove una solidarietà sociale interna alla propria comunità, sviluppatasi dalla compartecipazione ad attività, pratiche e

² Mana: Durkheim (1907) parla del concetto di *Mana* in riferimento alla carica di energia percepita di fronte ad un simbolo. Ogni forma culturale ha dato un nome a questa carica energetica e vitale veicolata da un oggetto, un simbolo, ma anche un essere vivente. Ad esempio "Chi" nella tradizione cinese, "Kit" in quella giapponese, "Wakan" nella cultura dei nativi americani, "Pneuma", "Prana" rispettivamente nella tradizione ortodossa e ayurvedica.

credenze che saldano i legami sociali. La religione, inoltre, può motivare l'azione sociale dei suoi membri facilitandoli ad agire in campo sociale puntando sulle convinzioni morali dei credenti. Infine, essa può diventare una forma di controllo sociale promuovendo norme e valori e assumendo un ruolo primario nella socializzazione.

Il concetto di "spiritualità", invece, in sociologia, pur essendo ripreso sempre più spesso, non gode ancora di una definizione condivisa. Essendoci diversi significati e definizioni di "spiritualità", il termine che più rappresenta, a mio avviso, la sua essenza deriva dalla parola latina "spiritus" che significa soffio vitale, respiro. Con questa accezione, "spirito" indicherebbe ciò che dà vita e anima qualcuno. A differenza della religiosità, che implica un insieme di norme religiose da seguire, la spiritualità riguarda la crescita personale e l'evoluzione interiore di ogni singolo individuo; il che comporta lo sforzo di "vedere" in profondità sia se stessi che il mondo circostante. Negli ultimi anni, i risultati delle ricerche nel campo della salute hanno scoperto che la religione e la spiritualità possono, lavorando a livello psico-sociale, influenzare notevolmente la salute delle persone (Koenig, 2012).

Maslow (1962), considera la spiritualità uno dei bisogni fondamentali umani sottolineandone il suo carattere assolutamente naturalistico e spontaneo in qualsiasi tipologia di persona. Infatti, la spiritualità si può intendere come un bisogno intimo, istintivo e innato legato alla necessità di trovare un senso più profondo all'esistenza di ognuno.

Secondo Fran O'Rourke (2018), docente presso l'università di Cambridge, *"oltre il corpo fisico, c'è nella persona umana un elemento spirituale in virtù del quale noi compiamo quelle attività che sono propriamente umane"*. (p.40)

Già nei tempi antichi, la parte spirituale dell'essere umano creava domande e dubbi. Aristotele è tra quegli studiosi che si occupa di due temi tra loro connessi: l'unità del corpo e dell'anima e della possibile indipendenza della seconda dal mondo fisico. Egli conclude, nel *De Anima*, avanzando che l'individuo è una commistione, un'unità di corpo e anima; è unione tra ciò che rimanda al materiale, al fisico e ciò che coinvolge la sfera immateriale riguardante lo spirito. Inoltre, l'anima, sempre secondo il filosofo greco, ha facoltà proprie che coinvolgono le attività della mente

(*psychè*), che, come l'intelletto, non possono essere osservabili nello stesso modo degli organi.

A questo proposito Tommaso D'Aquino, riprendendo lo scritto del filosofo, scrive: *“La nobiltà dell'anima umana trascende l'estensione e i limiti della materia corporea; di conseguenza, essa compie attività nelle quali la materia corporea non rientra e le cui potenzialità non hanno a che fare con l'organo corporeo; è in questo senso che si parla di intelletto separato”* (Tommaso D'Aquino, 7,699).

Pascal, citando un passo del *De civitate Dei* di Sant'Agostino, riprende il tema scrivendo: *“La maniera con cui lo spirito si congiunge al corpo non si può comprendere dall'uomo, eppure proprio questo è l'uomo”*. In questi passaggi, gli autori si sono soffermati sul fatto che è difficile comprendere come la sfera spirituale e quella fisica si intreccino, tuttavia la loro unità è un innegabile punto di partenza dal quale investigare la natura umana. Infatti, sia la materia che lo spirito sono fondamentali all'esperienza vissuta e nessuna di queste due dimensioni potrebbe essere abbandonata o esistere a sé.

Se il corpo soffre di qualche disturbo o patologia anche lo spirito non potrà dirsi completamente in buona salute ; allo stesso modo, quando lo spirito percepisce disagio e malessere, il suo stato si rifletterà sul comportamento fisico e sulla salute corporea manifestandosi in svariate cause di sofferenza e problematicità.

L'equilibrio di questa dualità “umana” è, ed è stato, il campo privilegiato della medicina tradizionale cinese di qui accenneremo nel prossimo capitolo.

2.2 La cura dello spirito nella tradizione orientale

La Medicina Tradizionale Cinese (MTC) si contraddistingue dalle pratiche terapeutiche e popolari affermate nel resto del mondo per il suo corpus medico completo, con un proprio fondamento teorico, una sua impostazione diagnostica e propri principi terapeutici associati ad un vasto e originale strumentario (T. Brescia, 2000).

La cultura medica cinese deve il proprio consolidamento allo sviluppo dell'apparato sociale, politico e culturale del Paese il quale, attraverso i secoli, ha rappresentato, per tutto il primo millennio, il livello di cultura medica più elevato in rapporto alle

altre civiltà venendo, tuttavia, superato nel secondo millennio dalle conoscenze europee.

La Medicina Tradizionale Cinese si diversifica da quella occidentale per l'osservazione dell'essere umano e del suo stato di malessere. La prima, infatti, osservando l'*essere umano*, coglie simmetrie e relazioni in un sistema che lo ritiene unico ed integrato analizzandolo nel suo insieme. Un insieme composto da aspetti fisici (organi, visceri, liquidi organici, tessuti, organi di senso) e non fisici ovvero ciò che riguarda la psiche e le emozioni (L.Vanni, 2022). Il corpo e la mente, quindi, sono presi in considerazione e trattati allo stesso modo in quanto principi complementari nella natura umana. L'approccio olistico, il quale contempla la persona nella sua unità corpo-mente-spirito, permea il pensiero cinese caratterizzandone profondamente anche la relativa arte medica.

La medicina occidentale si "avvicina" sempre di più al particolare, "entra" all'interno del corpo umano utilizzando apparecchiature e strumentazioni specializzate e tecniche, che gli permettono di focalizzarsi sul batterio, sulla molecola, sulla malattia in sé, in questo modo, però, si distacca dalle persone che in quel momento soffrono o vivono un momento di difficoltà. Per contro, per la Medicina Tradizionale Cinese (MTC) è essenziale il contatto con la Persona considerata nel suo insieme psico-fisico-emotivo e, prendendo in considerazione questa unione, osserva la sinergia tra il funzionamento delle singole parti.

Questa triade, corpo-mente-spirito, difficilmente può essere definita "visibile agli occhi" perché non sempre possiede quei collegamenti visibili e tangibili che siamo abituati ad aspettarci dalla medicina occidentale. Infatti, non è così immediata l'idea che all'interno del nostro organismo ci siano componenti con una funzione non anatomicamente definita. La medicina cinese parla, a questo proposito, di canali energetici, i meridiani, che attraversando il corpo lo irradiano di energia vitale (Qi) responsabile dell'equilibrio corpo-mente-spirito senza il quale si verificano disagi, malesseri, malattie.

"Possiamo dire che la medicina cinese e la medicina occidentale guardano lo stesso paesaggio con occhi diversi e di fatto vedono scenari diversi. Entrambi i punti di vista sono validi e possono portare cose buone: la medicina cinese è ricca dell'approccio olistico che manca a quella occidentale; la medicina occidentale è

ricca dell'approccio specialistico che manca a quella cinese. Entrambe le discipline hanno come obiettivo comune il benessere e la salute dell'uomo". (L.Vanni, 2022, p.11)

Nel trattamento medico, quando un individuo soffre di un particolare disturbo o malessere, in occidente solitamente ci si muove per sopprimere il sintomo grazie all'utilizzo di medicinali e farmaci con la funzione di inibire il dolore. La cura, quindi, è sommariamente diretta al corpo fisico per l'impostazione scientifica rigorosa al sintomo. Prendendo in esame lo stesso esempio, nella medicina cinese, il medico andrà a monte del disturbo. Egli cercherà di comprendere le ragioni emotive, energetiche e personali che hanno portato quell'individuo a soffrire di un determinato malessere. Questo ascolto e questa attenzione verso la parte emotiva, "spirituale" e profonda, diretta alla causa e non al sintomo, permette di estinguere il disturbo nella maggior parte dei casi. La malattia nasce, infatti, quando non c'è equilibrio perfetto tra la mente, lo spirito e il corpo e il medico che segue la medicina tradizionale cinese si propone di riportare in armonia l'organismo nel suo insieme. La medicina tradizionale cinese con questi principi, lavora spesso sulla prevenzione del singolo e sul mantenimento psico-fisico-emotivo del soggetto.

2.3 Il "soccorso emotivo" e la professione sanitaria. La letteratura.

In questi ultimi anni, il tema della spiritualità legato all'ambito della salute e delle cure mediche è stato e continua ad essere seguito, studiato e approfondito non solo dall'opinione pubblica, ma anche dal settore accademico e da quello dei mass-media. Come detto precedentemente, la spiritualità è un bisogno innato e imprescindibile nell'essere umano in quanto è assimilabile ad un viaggio interiore e personale che permette di riscoprire l'esistenza nella sua forma più autentica accettandone i tratti tragici e godendo delle gioie. Un ambito in cui la spiritualità si carica di un valore decisivo è sicuramente quello legato al tema del dolore, della malattia e della morte. Infatti, sono proprio i momenti in cui la nostra sopravvivenza viene posta a rischio o in cui si è toccati dalla morte di una persona cara a sottoporci i più significativi interrogativi sul senso della vita.

L'interesse per questa dimensione spirituale legata all'ambito sanitario ha mosso la curiosità di molti ricercatori che hanno svolto indagini accurate sia evidenziando il punto di vista dei pazienti che quello del personale sanitario.

Ripercorrendo la letteratura nei tratti che interessano i contributi dei professionisti sanitari, possiamo citare il lavoro impiegato da Lucas Guilherme Teztlaff de Gerone e Paulo Sergio Macuchen Nogas (2015) i quali hanno condotto un'analisi statistica della spiritualità tra i professionisti della salute di un ospedale di Curitiba-PR in Brasile.

Questa ricerca è stata svolta su 89 operatori sanitari, dell'Ospedale Universitario Evangelico di Curitiba/PR i quali si sono offerti di rispondere ad un questionario composto di 35 domande. Del campione si potevano contare 63 infermieri, 2 psicologi, 4 assistenti sociali, 3 fisioterapisti, 3 logopedisti, 5 farmacisti, 2 nutrizionisti clinici, 3 cappellani e 5 medici assunti; le risposte ritenute valide per l'analisi sono state 89.

Ciò che può risultare interessante dai dati raccolti è che, per quanto riguarda il nucleo tematico circa il rapporto tra la spiritualità/religiosità e salute, il 95% dei professionisti ha concordato che i problemi di salute facilitano le persone a rivolgersi alla religione. Quasi tutti i professionisti, infatti, hanno potuto sperimentare almeno una situazione in cui era evidente un rapporto tra religiosità/spiritualità e salute. Questo tipo di legame, quando ben applicato nel trattamento medico, influisce positivamente nel percorso clinico del paziente. Infatti, il 94% dei professionisti ha concordato che la religiosità e/o la spiritualità hanno facilitato la ripresa e influenzato i trattamenti medici. Anche se queste figure hanno riconosciuto la veridicità e la positività delle pratiche religiose e spirituali per il trattamento, quando viene domandato loro di essere o meno favorevoli a entrare nel merito di tali questioni con i malati le percentuali cambiano. Il 48% delle risposte infatti, sono state negative, mentre il 37% delle stesse hanno avuto un esito positivo. Quando viene chiesto ai professionisti se si sentano a loro agio nell'affrontare questioni religiose o spirituali durante il trattamento clinico, la percentuale di assenso era predominante (54%), tuttavia quella di diniego e neutra hanno avuto un peso consistente perché contavano rispettivamente il 25% e il 21%. La mancanza di formazione degli operatori sanitari, secondo gli autori, è stata uno dei motivi per cui le percentuali di accordo in queste

ultime domande non sono sempre state favorevoli. Tant'è vero che il 58% del totale concorda che avrebbero voluto ricevere una formazione specifica su come poter affrontare la questione religiosa/spirituale del paziente.

Proprio in riferimento a ciò, una ricerca effettuata da Narayanasamy (1993) aveva dimostrato come, nonostante il personale infermieristico preso in esame riconoscesse come di fondamentale importanza il ruolo della spiritualità all'interno della cura dei pazienti terminali, la maggior parte ammetteva anche di non essere in grado di rispondere alle necessità emotive dei pazienti a causa di una formazione non adeguata in questo ambito.

Negli studi postumi di Narayanasamy e Owens (2001), è stato sottolineato come sia ancora presente un notevole stato di confusione nel personale sanitario, in particolar modo quello infermieristico, circa il concetto di spiritualità con i relativi bisogni emotivi del paziente in tal senso. Per di più all'interno della loro ricerca, la quale si è svolta coinvolgendo 115 infermieri, è emerso che coloro che effettivamente supportavano la spiritualità dei pazienti, ascoltandoli e accogliendo la loro emotività, agivano in modo non sistematico, istintivo e personale, senza fare riferimento ad una adeguata preparazione.

In uno studio condotto da Balboni e allievi (2013), la maggior parte dei partecipanti (74% degli infermieri e il 60% dei medici) si definì favorevole a prestare il proprio supporto spirituale ai pazienti, tuttavia, gli stessi professionisti descrivono anche significativi ostacoli a questo tipo di cura. La mancanza di uno spazio adeguato sufficientemente raccolto e intimo all'interno del quale sentirsi liberi di affrontare questo tipo di argomenti con il paziente limita la possibilità di instaurare un rapporto che conceda l'esplorazione e il sostegno di questa dimensione delicata, intima e personale. Questo può essere sommato e rafforzato dalla mancanza di tempo sufficiente da dedicare alle necessità emotive dei singoli e dalla percezione di una formazione inadeguata con la conseguente sensazione che tale ruolo non spetti all'operatore.

Anche la situazione italiana appare similmente complessa. Un'indagine svolta da Proserpio e allievi (2014) ha evidenziato come nel nostro paese, nonostante si dia una sempre maggior importanza al ruolo della spiritualità nel fine-vita e nei percorsi

terapeutici, si è ancora lontani, all'interno dell'ambito sanitario, a soluzioni concrete, sistematiche e pratiche.

Dalle ricerche e indagini analizzate fino ad ora, possiamo quindi dedurre che la centralità della dimensione religiosa/spirituale viene riconosciuta e affermata come fondamentale all'interno dell'ambiente sanitario. Sebbene essa sia considerata così utile e vantaggiosa per il paziente, non gode di una preparazione specialistica da parte del personale sanitario risultando, quindi, una pratica svolta da coloro che, per indole personale, si sentono a loro agio a comunicare e ascoltare il paziente bisognoso. Inoltre, tale pratica risulta essere ancor più ostacolata dalla mancanza di ambienti e spazi consoni all'ascolto e al colloquio soprattutto per quando riguarda il rapporto assistito/infermiere che coinvolge quotidianamente le due figure.

Le attenzioni e l'interesse rivolti all'umanizzazione della cura sono però in crescita e questo fa sperare che le mancanze sopracitate diventino, progressivamente, sempre più visibili e, in tal modo, motivo di cambiamento e crescita collettiva.

PARTE II

LA SENSIBILITÀ SPIRITUALE DEL PERSONALE SANITARIO: UN'INDAGINE

1.1 Obiettivi e metodologia di ricerca

L'elaborazione di questo lavoro nasce da un mio personale interesse circa il vasto mondo della cura dello spirito. Negli ultimi anni, la dimensione personale della spiritualità è stata spesso un tema di studio, di dibattito e di consapevolezza che ha coinvolto il settore dei ricercatori e delle comunicazioni di massa, ma anche la collettività. Infatti, la dimensione spirituale per alcuni è stata una nuova "scoperta", per altri una "compagna" di vita con cui sentirsi a proprio agio; può essere un motivo di consapevolezza e ricerca e ancora può essere una via che alcuni non hanno ancora pensato di accogliere completamente.

Quando, però, ci troviamo ad affrontare situazioni difficili, malattie, sofferenza e morte, trovare un punto di forza e un conforto nella fede, nella spiritualità o in quella che può essere la dimensione più intima di una persona, non è così difficile.

Nell'ambito ospedaliero-sanitario questo tipo di situazioni problematiche sono abbastanza ricorrenti ed è facile, quindi, che interpellino e richiedano una sensibilità profonda nella relazione paziente-personale sanitario.

Questo tipo di sensibilità nel settore ospedaliero passa attraverso un'attenzione dell'operatore alla cura emotiva, psicologia e spirituale del paziente che, non essendo nel proprio ambiente domestico, con la propria famiglia, trovatosi in una fase di dolore e/o di disorientamento, ha spesso bisogno di conforto.

La mia ricerca si svolge, quindi, proprio all'interno di questa sfera professionale. Infatti, indagando la prospettiva del personale sanitario e approfondendo la tematica dell'umanizzazione della cura legata alla figura del paziente, ho voluto conoscere le dinamiche odierne circa l'attenzione alla sfera psico-emotivo-spirituale del malato. È stato importante per me quindi, esaminare, innanzitutto, la sensibilità dell'organico lavorativo al tema della cura "umana" nei confronti del bisognoso. Questo, mi ha aiutata a guidare la mia ricerca verso coloro a cui avrei potuto rivolgermi per analizzare l'argomento. Successivamente, addentrandomi nello studio delle indagini svolte a livello internazionale, leggendo testi e articoli inerenti la spiritualità nel suo complesso, mi sono chiesta, partendo dal punto di vista degli operatori, come e quanto venisse considerata questo tipo di dimensione all'interno dei reparti ospedalieri e come potesse essere vissuta dal paziente. Non solo, mi sono chiesta se il contatto con la sofferenza altrui portasse gli operatori a rivolgersi ad una dimensione spirituale propria.

Dopo un'attenta analisi dei materiali teorici, per completare la mia ricerca ho deciso di svolgere un'indagine qualitativa rivolta al personale infermieristico e realizzata tramite sei interviste di tipo dialogico di un gruppo di infermieri con un'età compresa tra i 23 e i 55 anni.

L'intervista dialogica è un genere di intervista che mira a generare una relazione attiva e un'interazione basata sul "con-tatto" con l'Alter permettendo una comunicazione aperta e volta alla comprensione. Per quanto riguarda questo tipo di indagine è importante che il comportamento dell'intervistatore si mostri radicato e concentrato nello scambio relazionale; allo stesso tempo, è essenziale l'apertura e la disponibilità all'ascolto dell'altro rispettandone le pause, i silenzi e lasciando fluire i racconti delle esperienze non interferendo. In questo modo l'interlocutore si sentirà

a proprio agio e percepirà come rispettati i propri momenti di narrazione e riflessione. La modalità di interazione del ricercatore passa attraverso la traccia d'intervista che, in questo caso, pone molta attenzione a generare valutatività nei confronti delle risposte e nei racconti dell'altro. Infatti, il lavoro di stesura della traccia d'intervista è stato piuttosto lungo e attento in quanto, trovare termini e modalità che non implicassero direttività da parte del ricercatore, non è sempre stato semplice.

Questa modalità, tuttavia, mi ha permesso di lavorare molto sul mio modo di pormi all'interno di una relazione d'intervista, di ascoltare e lasciare spazio all'interlocutore, di pesare e scegliere le giuste parole. In questo modo ho potuto conoscere e apprendere qualche elemento in più in ogni storia di vita ascoltata. Grazie a questo tipo di metodologia, mi sono soffermata sulla percezione e sull'impatto, diretto e indiretto, che alcuni termini possono suscitare nell'altro. È stato un percorso che mi ha resa consapevole, a livello comunicativo e relazionale, di quanto le parole e il loro modo di essere espresse riescano a influenzare le risposte delle persone.

Per questo forse il termine "intervista" non è propriamente adatto per identificare questo scambio relazionale. Questo perché non è un metodo qualitativo che ha come scopo principale quello di ottenere le risposte sommergendo l'interlocutore di domande; piuttosto, è un lavoro che viene fatto su se stessi, sia sul ricercatore che sull'interlocutore, e che ha come obiettivo quello di trascorrere del tempo assieme lasciando lo spazio all'altro di raccontare e raccontarsi, comprendere assieme, tramite la narrazione, ciò su cui l'altro forse, non aveva riflettuto prima.

Come accennato precedentemente, la mia ricerca volge attorno a sei interviste dialogiche svolte grazie alla disponibilità di infermieri di età compresa tra i 23 e i 55 anni e lavoratori presso gli ospedali veneti di Santorso, Vicenza e Bassano del Grappa. I momenti di confronto sono stati realizzati in un periodo di tempo che va da luglio 2023 a ottobre 2023.

Le persone a cui ho fatto riferimento per il mio lavoro, sono state scelte tenendo conto di una certa loro sensibilità emotiva-spirituale che fossero, quindi, inclini e predisposti al bisogno e alla cura emotiva. In particolare, ho potuto avvalermi, in un paio di casi, della cosiddetta tecnica "a palla di neve", ovvero una modalità che

consiste nel passaggio di alcuni contatti da parte di un individuo creando, così, un effetto in grado di espandere la mia possibilità di raggiungere nuovi nominativi.

Un'interlocutrice, infatti, mi ha fornito i contatti di tre colleghi che avrebbero potuto mostrarsi interessati alla tematica della mia ricerca. Per quanto riguarda i restanti casi sono riuscita a contattare gli intervistati tramite conoscenza diretta.

1.2 Racconti dalla realtà ospedaliera

“La medicina più che una scienza è un'arte. Una volta pensavo fosse una scienza poi con gli anni ho detto: «No, è un'arte!»”

Chiara, coordinatrice, 50 anni.

La medicina, per millenni è stata una vocazione per tutti coloro che decisero di abbracciare lo spirito altruistico della cura del prossimo. Con la nascita del metodo scientifico e con la progressiva tecnicità delle attività degli operatori sanitari e, successivamente, anche dei macchinari ospedalieri, si dice che la medicina si sia tramutata in scienza. Tutt'oggi però, la vocazione alla cura legata ad un'indole sensibile, volenterosa di aiutare e supportare il prossimo, può essere il punto di partenza per intraprendere una professione sanitaria ospedaliera.

Le professioni sanitarie, in particolar modo quelle ospedaliere le quali vivono in prima linea la sofferenza, il dolore e la malattia, non sono attività scelte da molti proprio perché richiedono, oltre a conoscenze tecniche precise, anche abilità e predisposizioni personali, che non sono così semplici da avere.

Su questa linea, ho deciso di iniziare cercando di comprendere come gli operatori fossero arrivati a prestarsi a questo tipo di impiego; successivamente ho voluto approfondire il tema del dolore e la cura del paziente oltre al corpo fisico.

Partendo dagli operatori e dalle loro storie, ho potuto constatare che essi si sono sempre sentiti propensi verso l'altro e intenzionati ad aiutare, cercando di fare qualcosa di positivo verso il prossimo, allo stesso tempo, spesso, ci sono stati degli eventi e delle situazioni che hanno permesso loro di diventare consapevoli di ciò che avrebbero voluto essere in futuro.

«La mia scelta è stata un po' determinata dagli eventi che ho avuto... diciamo un po'... la mia infanzia insomma... traumi che ho avuto nell'infanzia e quindi probabilmente spinta anche da un bisogno di aiutare gli altri, di fare qualcosa per gli altri. Nello stesso tempo, mi sono resa conto che ero anche portata a farlo... [...]. Il focus era "fare qualcosa per gli altri" questo mi ha aiutata tanto nelle difficoltà. Perché quando ho qualche difficoltà relativa a me stessa quindi alle mie... chiamale prestazioni [...] lavorative... mi aiutava molto focalizzarmi sullo scopo finale. Lo scopo finale era "fare qualcosa per gli altri, per il paziente" [...]. Quindi, la spinta iniziale è stata "far qualcosa di più nella vita", "darle una qualità in più" e farlo per gli altri, per me, era una qualità maggiore che spenderla solamente per fare un lavoro per guadagnare dei soldi.»

Alessia, infermiera, 55 anni.

«A 15 anni sono stata operata. Volendomi iscrivere oltretutto a scuola infermieri... mi hanno trovato un tumore benigno, per fortuna, però ho dovuto operarmi ed è stato un intervento pesante anche mentalmente. Sono stata ricoverata un mese e quindi sono stata proprio paziente. Quindi osservavo, vedevo, percepivo alcune modalità, alcune mancanze di attenzioni. [...] Quindi un po' perché mi è toccato sulla pelle, un po' per il mio carattere... che è sempre stato sensibile e attento a ciò che succedeva fuori, agli altri... ho deciso di fare qualcosa di più.»

Chiara, coordinatrice, 50 anni.

Il modo di essere e l'indole personale assieme all'ambiente in cui gli intervistati sono cresciuti, agli stimoli ricevuti e agli eventi successi nella prima fase della loro vita, si sono dimostrati tasselli importanti per l'avvicinamento a questo tipo di professione.

Volendomi addentrare nelle storie di vita degli operatori, ho pensato di affacciarmi al tema del dolore, della sofferenza, dell'inquietudine e della disperazione che sono tematiche abbastanza ricorrenti nella vita di ciascuno e possono essere vissute in modo diverso in base al proprio "carattere" e all'età nelle quali si sperimentano. Gli avvenimenti dolorosi che toccano la nostra sensibilità rimangono impressi nella nostra memoria e, spesso, sono difficili da dimenticare.

Ho voluto infatti, riflettere, all'interno della relazione con gli operatori, sul primo loro contatto con situazioni dolorose lasciandoli liberi di evocare e raccontare, senza direzionare la conversazione sul piano personale o lavorativo.

« Il dolore...l'ho vissuto purtroppo in svariati momenti da familiare... situazioni drammatiche: un fratello che ha tentato il suicidio... quindi... abbiamo avuto la fase acuta della rianimazione, del recupero, della riabilitazione... sono processi che ti toccano e che vivi in prima persona, quindi, è chiaro che quando trovi un paziente in difficoltà riesci, in alcuni casi, a percepire il suo pathos, ciò che vive, che vive il familiare perché io c'ero dentro capito?! Osservi il personale come si pone... ; poi ho visto morire mio nipote di 12 anni e ho visto il modo in cui il 118 si prodigava, e l'attenzione che hanno avuto nel post per i genitori e la disperazione stessa che hanno avuto, piangenti anche loro; e non ultima, mia figlia che è morta tre mesi fa e ho assistito io. Dove nel caso di una cura che non è più una cura per guarire il corpo diventa, praticamente ed esclusivamente, una cura dell'anima per coloro a cui tocca e per tutti coloro che gli sono attorno. »

Chiara, coordinatrice, 50 anni.

I momenti di sofferenza vissuti riescono spesso, come nel caso di Chiara, a facilitare la comprensione del dolore emotivo, di pazienti e di familiari in quanto essa stessa ha provato, in diverse situazioni, cosa volesse significare “dolore”.

«Allora la prima volta che ho pianto... ricordo come se fosse adesso... 1986, la morte di mio nonno, 13 giugno 1986. Durante la notte quindi tra il 12 e il 13 mio nonno è mancato; era ricoverato in ospedale ed è arrivata una telefonata. Io sono andata a dormire in stanza con i miei due cugini perché i miei zii e mia mamma avevano ricevuto questa telefonata e dovevano recarsi in ospedale. [...] Ci siamo trovati tutti in cucina ed era notte inoltrata. Ricordo che non ho guardato nessuno, ho guardato solo ed esclusivamente mio papà, che sarebbe stato il genero di mio nonno. Ho guardato solo mio papà che si è seduto e mi ha fatto un segno con le mani come se andassi verso di lui e io ho capito che il nonno era mancato. Mi ricordo come se fosse adesso che ho pianto tantissimo; lui mi ha preso tra le braccia e non

mi ha detto nulla mi ha solo abbracciato fortissimo. Io avevo bisogno di una risposta dal mio papà che me l'ha data comunque anche se non aveva parlato. E poi l'abbraccio suo avrebbe quasi potuto essere l'abbraccio di mio nonno [...]. Dopodiché otto mesi dopo è morta anche mia nonna e, lì, è stato un dolore ancora diverso perché le ero tanto affezionata... e sono stata anche l'ultima nipote che l'ha vista. Tra l'altro poi c'è anche stata una scena... perché ho voluto vederla da morta, dentro la cassa, lì c'è stata una scena un po' particolare. Le è uscito sangue dalla bocca da morta... e a 13 anni non è che...in più aveva un colorito non giallo, ma di più perché aveva problemi epatici [...]. Però di fronte a queste scene non è che come adesso cerchi a casa di parlarne o che i genitori ti fanno parlare o tu vuoi parlare... era quasi un tabù... la morte era quasi un tabù... la malattia era quasi un tabù, il cancro stesso... [...].

In più io guardavo spesso mia mamma perché nel giro di otto mesi aveva perso sia il padre che la madre. Sì, piangeva ogni tanto però era come se avesse una barriera, un muro davanti, era quasi impossibile abbracciarla... [...].

Una settimana dopo che è mancata mia nonna è venuto a mancare un ragazzo che veniva a giocare nel parco del quartiere, in zona... e lui aveva solo qualche anno più di me ed è mancato per una leucemia. Era un po' il leader del gruppo, Roberto si chiamava, essendo un leader, il fatto che fosse mancato in quel modo, da così piccolo, è stato parecchio scioccante...soprattutto perché da bambini vorresti solo giocare e divertirti e non pensi che potrebbe succedere qualcosa del genere ad un tuo amico. Ed ecco è morto di leucemia. È stato uno dei primi ragazzi, lì nel mio paese, che è morto per una patologia del genere... e soprattutto mi ha colpito perché aveva pressappoco la mia età ».

Laura, infermiera, 49 anni.

Qui, il dolore, vissuto da una ragazzina che, nel giro di un anno, ha perso entrambi i nonni e un amico, è evidente. Oltre al dolore per le perdite subite, inoltre, la fa soffrire il comportamento della madre che, rimanendo fredda e distaccata, non le permette di comprendere la vera entità del dolore per poterlo superare assieme.

«Allora, ne ho avuti tanti contatti col dolore. Posso dire... la cosa è stata più che altro...per tanti anni chiedermi perché, no?! Il dolore spinge a chiederti “perché” capitano certe cose e quella forse è la cosa più difficile da capire, no?! [...]. C'è un piano superiore. Per cui se tu guardi solamente il piano materiale non ci dai un senso, non dai un senso alla morte di qualcuno, non dai senso alla malattia. Se guardi su un piano più elevato trovi dei fili che uniscono le cose e tu però non puoi avere il quadro completo».

Alessia, infermiera, 55 anni.

L'argomento del “dolore” è molto vasto e può raggruppare significati e situazioni differenti. Le testimonianze riferiscono esperienze personali in cui la sofferenza è stata vissuta in prima persona e questo mi ha fatto capire quanto siano importanti e quanto restino impressi nella mente i momenti spiacevoli, soprattutto se vissuti in giovane età o come familiare di un malato. Infatti, non avendo diretto in modo specifico la domanda, gli operatori hanno evocato ricordi e considerazioni relative a se stessi e al proprio dolore emotivo sottolineandone la pregnanza e l'impatto a livello intimo e personale. Evocare il “dolore” implica interpellare situazioni difficili ed emotivamente forti che, spesso, possono non essere comprese o accettate. Ciò che, in un primo momento, è facile che accada è la non accettazione del proprio stato, della perdita di un caro, della sofferenza fisica, della malattia. Solo in un secondo momento si accoglie il fatto cercando di comprendere lo scopo per cui si soffre e in questo modo tentare di darsi delle risposte. Tuttavia, nella maggior parte dei casi, le risposte che cerchiamo, che siano religiose o meno, servono per permetterci di accettare in modo migliore la perdita o di vivere diversamente i momenti di sofferenza.

«Fino a che c'è questa fase di negazione e di non accettazione, la gente fa fatica a esprimere ciò che prova a livello spirituale ed emotivo. I familiari lo capiscono molto dopo... quando accettano che il loro caro non c'è più; allora lì se hai intenzione fai un tuo cammino spirituale... come ho fatto io quando è mancato mio papà... un cammino spirituale per darti alcune risposte».

Laura, infermiera, 49 anni.

Chiaramente, l'ambito lavorativo ospedaliero è un ambiente in cui il dolore può essere vissuto in diversi modi. Oltre al dolore fisico, che i pazienti possono provare e a cui gli operatori possono assistere, c'è quello emotivo che può sempre appartenere al malato, ma può coinvolgere anche il personale. Dai momenti di condivisione, ho constatato che questo secondo tipo di sofferenza rimane più impressa nelle menti del personale perché vissuta in modo pieno e partecipe.

A questo proposito, infatti, alcune situazioni ed episodi che mi sono stati raccontati, sono stati vissuti in modo molto personale e narrano non solo il fatto in sé, ma anche il modo di essere di ciascun operatore e della loro sensibilità di fronte alla morte, alla mancanza di amore, alla solitudine e all'ingiustizia che alcuni pazienti hanno vissuto durante il ricovero.

«Allora la prima cosa che mi viene in mente e che ci sono rimasta malissimo... il primo giorno di scuola infermieri per fare un po' i "gradassi" abbiamo voluto andare a fare un giro nelle celle mortuarie perché dovevamo abituarci a vedere morti purtroppo... abituarci... non ci si abitua mai... e non ci si deve abituare.

Sicché siamo entrati nelle celle mortuarie e il responsabile ha acconsentito a farci entrare. Abbiamo visto questa persona deceduta che, se non sbaglio, era anche caduta, quindi, abbiamo anche potuto vedere le cadute a livello di ematomi e dove aveva subito traumi... quindi poteva anche esserci un insegnamento... però io mi sentivo completamente fuori luogo. Ci sono rimasta malissimo perché stavo violando un'area che non era mia e che non mi apparteneva. Lo stesso ambiente...oltre alla temperatura, che era fredda e deve essere fredda... sentivo proprio il freddo in tutti i sensi. Io ho provato un freddo dentro di me che era una cosa allucinante... una cosa che mi partiva proprio dai piedi... anche perché avevo 18-19 anni, ero una ragazzina. E mi ricordo che camminando in questo posto scuro, freddo quasi mi mancavano le gambe. Non c'era un lumino, una candela, c'era solo freddo ed era tutto freddo... Ovviamente ti parlo degli anni Novanta... adesso l'ambiente è completamente diverso. Però la freddezza del responsabile delle celle mortuarie che ci parlava mi ha colpito di più che non vedere la persona deceduta».

Angela, infermiera, 45 anni.

Questa testimonianza racconta di una sensazione di disagio diffuso di fronte alla vista, per la prima volta, di un uomo deceduto. La iniziale volontà di esplorare la sezione delle celle mortuarie era, per Angela, una violazione di un'area, che potremmo considerare come sacra, da trattare con rispetto. Le due disposizioni emotive che lei ha vissuto si sono trovate in contrasto; inizialmente ha provato una sorta di entusiasmo, probabilmente dovuto anche all'euforia del gruppo il primo giorno di lavoro; successivamente, a contatto con l'ambiente freddo, buio e vincolato alla morte, ha percepito una sensazione di disagio e, forse, anche di un senso di colpa per essersi precedentemente sentita così entusiasta.

Gli episodi successivi sono molto carichi emotivamente. In questi racconti, le operatrici hanno evocato episodi in cui il dolore fisico dei loro assistiti si è tramutato in dolore psico-emotivo loro.

«Mi ricordo però di una volta, una volta che mi è rimasta impressa particolarmente. Mi ricordo di Claus, un bambino... poverino... quel bambino credo proprio sia stato maltrattato...

Era un bambino africano. Quando è nato è stato rianimato perché... non mi ricordo che patologia avesse... è stato rianimato e quindi sicuramente aveva avuto qualche deficit... Per otto mesi quel bambino è stato in ospedale ricoverato perché la mamma non lo voleva. In alcune culture africane un bambino che nasce con dei deficit non viene accettato... figurati lui poverino che aveva la pompa per il diabete, aveva un casino di roba su... cavi, cavetti... che poi ricordo un po' alla volta siamo riusciti a togliere. La mamma veniva in reparto per dargli da mangiare a mezzogiorno...il papà non è mai venuto. Veniva la mamma e quando gli dava da mangiare... beh lui riusciva a deglutire, stava diventando autonomo e volevano anche iniziare lo svezzamento per darglielo a casa. Mi ricordo che con il cucchiaino gli ficcava (la mamma) giù da mangiare con una velocità assurda e invece lui aveva i suoi tempi. Gli ha tagliato, con il cucchiaino, tutti gli angoli della bocca, gli aveva fatto anche uscire del sangue... e quando mi sono accorta l'ho allontanata subito e ho chiamato il primario ed è stata fatta allontanare. Dopodiché avevano fatto delle lastre al bambino perché [...] muoveva sempre male le gambe e hanno visto che aveva non

so quante fratturine... Abbiamo capito che era stata la mamma quando veniva a fargli fare ginnastica in ospedale... lei non lo voleva proprio. Poi pensa che il giudice dei minori ha deciso di darglielo a casa. Finché una notte, è entrata con il bambino in braccio che, praticamente, era morto, lo aveva soffocato dandogli da mangiare... non ti dico altro... Poi non so com'è andata a finire la storia perché ho cambiato reparto. Per fortuna quando è successo sono arrivata due giorni dopo, ma le scene che mi hanno raccontato... che è arrivata (la mamma) con il bambino in braccio, lo ha dato a una mia collega in modo brusco, con... con una freddezza allucinante... così come quando gli dava da mangiare o veniva in reparto da lui... non credo che abbia mai sorriso...cioè io con i racconti della mia collega rivivevo la scena e mi sembrava che quel bambino lo avesse dato in braccio a me... cioè si è aperta la porta e lei (la mamma)ha dato in braccio questo bambino che noi abbiamo visto giorno dopo giorno sperando che si riprendesse piano piano e gli davamo un po' di affetto, così... [...] E questa cosa mi ha turbato talmente tanto che me la ricordo ancora. È stata una cosa allucinante, una freddezza, un'incapacità di amare che mi ha lasciato senza parole. E quindi quella volta il dolore lo abbiamo provato noi...di fronte ad un bambino che avevamo imparato ad amare un po' tutti in reparto perché è rimasto ricoverato per tanto tempo...è stato piuttosto doloroso per tutti».

Angela, infermiera, 45 anni

«Ricordo in chirurgia una signora... mi ricordo ancora il nome e cognome di questa signora, pensa a quanto mi è rimasta dentro. Mi chiamava "Angelo". Questa signora aveva una patologia, era diabetica, era stata amputata ad un arto inferiore ed era piena di dolori perché l'amputazione crea la sindrome dell'arto fantasma quindi lei sentiva proprio dolore. Aveva dolori tremendi anche perché lei comunque aveva 65 anni, era una bella signora e si vedeva in carrozzina... amputata...

Non oso pensare a cosa lei abbia provato...oltre al dolore fisico c'è quello emotivo, il dolore dell'anima. Dopo un mese la signora è stata amputata al secondo arto inferiore e mi ricordo bene...perché è stata una scena...

sono scesa io a prenderla in sala operatoria e quando sono entrata in sala operatoria [...] la signora era nuda sulla barella... nuda... a pancia in sù... che con le mani si teneva sù i due monconcini.

Quindi, immagina la scena di questa signora in sala operatoria da sola, su una barella... cosa che poteva anche cadere per terra perché né a destra né a sinistra c'era qualcosa su cui poteva afferrarsi e quando una persona non ha gli arti inferiori può cadere per terra perché non ha più l'equilibrio. Stava fissando il soffitto della sala operatoria da sola...non aveva niente addosso. Figurati quando ho aperto la porta e mi ha visto : “Ecco! È proprio vero che sei il mio Angelo! Sei arrivata al momento giusto!”. Era nuda come... una condizione che mi sono vergognata nel vedere una donna così... per lei... no che a me abbia fatto ribrezzo assolutamente... ma vedere questa donna che si teneva sù i monconcini fissando il soffitto... [...]. Ma cos'è passato per la testa a quella donna lì?

L'ho coperta... sono andata in cerca di un lenzuolo, di una coperta e l'ho portata di sopra in reparto. In reparto, poi, piangeva come... non puoi immaginare... anche perché poi c'è stato lo sfogo e si resa conto della situazione in cui era prima.

E mi ricordo che quella volta da quello che ho provato e da una rabbia nei confronti degli altri colleghi, mi sono arrangiata e ho fatto tutto da sola e non ho rimproverato nessuno anche perché dovevano arrivarci da soli. Però forse avrei dovuto rimproverarli, ma non era neanche giusto perché la signora avrebbe sentito. Mi ricordo che quando l'ho messa a letto sono andata dietro... sono andata in spogliatoio, mi sono messa dietro alla porta e mi sono messa a piangere... perché è stata una scena raccapricciante. Ho detto: “Non può esistere una cosa del genere!”. Poi io sono sempre stata molto attenta al benessere psicofisico del paziente, e una anche delle poche che andava prima a lavorare e finiva dopo, con tanto di rimproveri eh dalla direzione sanitaria [...] per ascoltare per parlare con le persone.

E quel tipo di dolore lo ricordo».

Laura, infermiera, 49 anni.

La freddezza di una madre davanti al figlio neonato sofferente e l'incapacità del personale sanitario di assistere un paziente bisognoso, sia dal punto di vista fisico che psicologico, sono stati motivo di tristezza e malessere diffusi da un lato e di rabbia dall'altro.

Queste due infermiere hanno provato una sensazione di rabbia e di ingiustizia per i propri pazienti nei confronti, rispettivamente, del genitore e dei colleghi i quali

entrambi sembravano “anestetizzati” dalla situazione e incapaci di vedere oltre il corpo fisico dell’individuo.

Dalle ricerche citate precedentemente e dalla tradizione della MTC, il corpo fisico non può essere il solo ambito di attenzioni sanitarie; anche la parte emotiva e spirituale hanno bisogno di essere ascoltate. In questi episodi, il corpo ha avuto un certo tipo di attenzioni, tuttavia, è stata la sfera emotiva del paziente che ha subito le maggiori mancanze. Queste situazioni hanno permesso alle operatrici di riflettere su quanto la parte psico-emotivo-spirituale sia importante e bisognosa di attenzioni per mantenere il benessere di un individuo. Molto spesso, infatti, l’origine di alcune malattie e disturbi ha come causa un disagio interiore che bisogna riconoscere e curare.

«Il corpo lo conosciamo a menadito, la psiche un po’, ma l’anima zero. E quando una persona si ammala... la definizione di salute che è “perfetto benessere fisico psichico, sociale” e si dovrebbe aggiungere anche dell’anima, vuol dire che se non hai tutti questi ambiti a posto significa che non sei a posto. Senza contare che c’è tutta una scienza che dice “guarda che qualsiasi manifestazione di malattia ti parla di una sofferenza molto più profonda”. Tu puoi curare la malattia, ma se non ti preoccupi della sofferenza più profonda non guarisci il paziente... curi la malattia sì, ma non guarisci veramente il paziente».

Chiara, coordinatrice, 50 anni.

L’OMS, infatti, dopo aver discusso per anni, ha definito “salute” “uno stato di totale benessere fisico, mentale e sociale” e non semplicemente uno stato di “assenza di malattie o infermità”. Questa, tuttavia, è una definizione che ancora non presta attenzione al benessere emotivo e spirituale dell’individuo perché prendersi cura di un paziente, nella realtà ospedaliera, significa rivolgersi alla persona in tutta la sua integrità. Considerando l’individuo per “intero” lo si riconosce nella sua unicità, si comprende meglio la sua storia e il paziente sentendosi compreso e “visibile” sarà più collaborativo e più sereno. Questo tipo di attenzione, però, implica dedicare del tempo alla sfera emotivo-spirituale del singolo paziente.

«Quindi quando si parla di assistenza a 360 gradi vuol dire che tu vedi la persona non il sintomo e vedere la persona vuol dire che ti prende il tempo di parlare, di capirla... di metterti... quando si parla di empatia... io dico sempre che è pericolosa la parola “empatia” perché non può essere che io senta la sofferenza del paziente perché se soffro con lui non sono più capace di curarlo o di assisterlo. “Empatia” vuol dire che lo comprendo, che riesco a capire il suo bisogno vero e so dargli una risposta vera, reale. E quindi, se io mi approccio al paziente, gli parlo e gli chiedo qualcosa, non sto perdendo tempo. Invece c'è un po' questa tendenza di dire “non ho tempo, devo fare, non ho tempo. Sono in ritardo”».

Chiara, coordinatrice, 50 anni.

La mancanza di tempo in corsia è un limite che tutti gli intervistati hanno segnalato. Purtroppo, la carenza di personale e le dinamiche post-Covid hanno reso il lavoro infermieristico ancora più frenetico e veloce. Questo, va a discapito del paziente che spesso ha bisogno di qualche attenzione in più.

«Vorrei dire che da quando c'è stato il Covid, per quanto riguarda l'ambito ospedaliero, l'area è molto più fredda, quasi meno sensibilità... anche tutto tanto veloce, meno contatto con il paziente e negli anni questo è stato sicuramente... vuoi perché il lavoro è frenetico vuoi perché non hai più... non ci sono infermieri, non ci sono colleghi... mancano oss, mancano dottori e a volte c'è anche poca professionalità».

Laura, infermiera, 49 anni.

«Tante volte viene tralasciata la parte psicologica perché a livello di tempo fai fatica ad occupartene... proprio perché non c'è n'è e fai fatica a fare tutto... e questo è purtroppo dovuto alla carenza di personale eh. Perché alla fine, magari, durante un turno sei di corsa e fai fatica a fermarti e a dedicare 10 minuti a una persona. Che poi, 10 minuti sono pochissimi se ci pensi, però nel nostro lavoro non possiamo sempre permetterci quei 10 minuti. Delle volte riesco a fermarmi un paio di minuti in più però poi devo andare per forza perché ho altre mille robe da fare».

Marco, tirocinante, 23 anni.

Il tempo, per gli infermieri, è visto quasi come una “morsa” perché a causa della carenza del personale sono costretti a sacrificare la loro indole all’ascolto del bisognoso per rispettare le scadenze delle mansioni. Per alcuni, però, il tempo dev’essere speso bene e in questo modo il suo valore aumenta migliorando il rapporto con il paziente e i familiari.

«Le persone devono sentirsi ascoltate accolte, devono sapere che in quel momento tu sei lì per loro, che non sei un operatore per 36 letti, tu sei lì per loro perché a loro (i familiari) non interessa che ci siano 36 pazienti... loro (i familiari) hanno un paziente a loro interessa quello. Allora tu puoi dedicare un minuto dicendo “guarda che ho fretta, non ho mica tempo devo fare tante cose, ho 36 pazienti...” [...] oppure puoi dedicargli un minuto dicendo “sono tutta per lei, mi dica”... è sempre un minuto, ma cambia completamente. Una parola detta o mancata ha una differenza enorme».

Chiara, coordinatrice, 50 anni.

Proprio per la mancanza di tempo, che gioca a sfavore degli operatori, la parte psico-emotivo-spirituale dei ricoverati viene spesso messa in secondo piano. Per lo stesso motivo e per il fatto che questo tipo di attenzioni richiedono dedizione diventa difficile aprirsi a conversazioni profonde che riguardino gli aspetti più intimi, spirituali e quindi personali di un individuo.

«Quando coglievo nel paziente la possibilità di approfondire... perché ci vuole la loro disponibilità perché molti si chiudono e allora lì è ovvio che devi stare sul tecnico... Ma quando cogli il bisogno allora lì puoi permettertelo. Allora magari mi prendevo il tempo per stare con loro e tu avevi sempre un ritorno immenso: primo perché loro comunque si stupivano perché tu delicatamente arrivavi al tasto dolente e ti dicevano “sì è quello!” e tu capivi cos’è che alimentava la loro sofferenze; e poi creavi un’alleanza fortissima. [...] È come se ricevessero energie da questa alleanza e quindi sapevano ascoltare in maniera diversa, sapevano anche trarre beneficio perché comunque si sentivano di voler parlare apertamente di queste cose».

Chiara, coordinatrice, 50 anni.

«Sicuramente in una camera da quattro non è possibile farlo. O ti avvicini quando vedi che è completamente saturo di emozioni, magari di notte che allora la luce è un po' più offuscata, alcuni dormono... l'atmosfera è un po' diversa. Alcune persone escono dalla stanza e cominciano a camminare lungo i corridoi da sole. Ricordo che in geriatria portavo più di qualche volta dei cd e di sera li mettevo nello stereo e attaccavo la musica... ovviamente musica rilassante... e ricordo che alcune donne andavano verso la statua della Madonna e cominciavano a sistemare i fiori che c'erano attorno lì e intanto guardavano se arrivava qualcuno. Allora mollavo tutto quello che stavo facendo e gli andavo a fianco iniziando a parlare di fiori o della Madonna per stare vicino loro e per fare un po' di compagnia... lì magari qualche parola sulla religione usciva...ma è molto molto difficile anche perché cosa ti dicono?! Ti dicono sempre le stesse frasi: "guarda qua, con tutto quello che ho pregato nella mia vita, cosa mi è saltato addosso"... e questa è la stessa cosa che dicono anche i parenti: "con tutto quello che ha lavorato, con tutto quello che ha fatto guarda adesso...". Nella fase della negazione, e fino a che c'è questa fase di negazione e di non accettazione la gente fa fatica a esprimere ciò che prova a livello spirituale ed emotivo».

Laura, infermiera, 49 anni.

Questo tipo di "cura" viene fatta attribuire a figure come religiosi e volontari i quali, in momenti precisi e programmati, visitano i ricoverati dedicandogli tempo e attenzioni.

Negli anni, però, la figura del religioso, come ad esempio il sacerdote, la suora, e la stessa funzione della messa mattutina nella cappella dell'ospedale, sono andate a scemare. Il malato e il morente possono ancora contare sulla visita del sacerdote per l'estrema unzione, tuttavia, l'importanza che viene attribuita a questo tipo di figure è tale da diminuirne la presenza in reparto. Allo stesso modo la cappella interna non possiede più la centralità visiva che le veniva riconosciuta un tempo, al contrario, nelle nuove strutture, viene messa in disparte, viene quasi nascosta.

«Allora in ospedale l'unica cosa che si fa di solito è dire ai familiari: "guarda che c'è un padre disponibile nell'ospedale, basta chiamarlo, dà l'estrema unzione". Ecco

di solito gli infermieri si limitano a quello, ok? E quindi chiami il prete che venga a dare estrema unzione e magari dice una preghiera e poi va via. Sì, a volte viene accettato, a volte qualche familiare non lo accetta però anche quella è una delle cose che si fa... un primo passo diciamo... molto sterile... molto povero ecco. Se vogliamo darci una risposta spirituale, è molto povera. [...].

Una volta c'era la suora che veniva a portare la comunione tutte le mattine, adesso basta. C'era il prete che veniva una volta a settimana a confessare le persone, adesso viene chiamato per quelli che stanno morendo a dargli l'estrema unzione. Una volta c'era la chiesetta dove suonava la campanella e c'era la messa alle 8 la mattina e anche i malati potevano andare. Adesso, forse fanno anche la messa, ma nelle nuove strutture la chiesa è un po' marginale, quasi che non si veda, un po' chiusa, un po' nascosta. Quindi all'interno degli ospedali questa dimensione è andata un po' a perdersi. Adesso c'è ogni tanto una suora che passa per parlare, per fare due parole coi parenti, coi pazienti... quindi un po' di aspetto religioso... però molto relegato. [...]. Ci sono dei clown che vengono una volta ogni tanto che portano i palloncini fanno ridere... anche quella è una bella figura importante, secondo me, però anche quelle sono relative al giorno in cui vengono. Anche i volontari, che molto spesso vengono e fanno due parole. [...] ma a volte non sono molto preparati».

Alessia, infermiera, 55 anni.

«Solitamente si dice ai pazienti che se c'è bisogno di andare a messa c'è la cappella, questo sì. [...] la cura della persona stessa a livello spirituale... o la capisci tu e vai vicino alla persona e le parli o una persona spesso tende anche a non voler parlarne. Penso che l'aspetto spirituale negli anni è cambiato tantissimo, ma veramente tanto. Se all'inizio della mia carriera infermieristica... portavano chi lo desiderava ad assistere alla messa, o i familiari stessi portavano i loro cari nella cappella... non so se veramente si dà molto spazio all'aspetto spirituale e tutto dipende dall'operatore che hai dall'altra parte e quanto sensibile è a certe cose. Poi, andare vicino a una persona che sta per morire o che sa di dover morire gli puoi anche chiedere “come ti senti, come stai?”, ma quando tu fai una domanda del genere loro ti rispondono subito: “mah oggi ho male qui, mi fa male questo...” e fai fatica ad

entrare nell'aspetto spirituale, ma veramente molta fatica. Bisogna avere un tatto particolare».

Laura, infermiera, 49 anni.

La religione, anche se nell'ambito ospedaliero non è oggi molto praticata, può essere per il sofferente una forma di sostegno a cui appellarsi nel momento del bisogno, può essere un motivo di speranza per coloro che godono di una fede profonda in grado di aiutare nell'accettazione della malattia e del dolore.

«Delle volte, quando viene ricoverato qualche musulmano che mette il telo per terra e si mette a pregare...alcune volte gli infermieri si sono arrabbiati perché magari di notte passavano e non vedevano il paziente a letto e vedevano una roba per terra. Prendevano spavento e magari lui era steso per terra che stava pregando. O magari pensavano che fosse caduto e hanno cominciato a dirgli sù convinti che questo fosse caduto... in realtà stava pregando. Quindi anche lì, non c'è molta attenzione alla sensibilità relativa... o al rispetto della differenza».

Alessia, infermiera, 55 anni.

«Sai, il mio papà si è ammalato che io ero infermiera da poco... ho potuto e ho voluto seguirlo e stargli vicino il più possibile... lui è sempre stato cristiano e quando ha scoperto [...] di avere un tumore cerebrale... comunque lui ha continuato ad andare a messa fino a che ci è riuscito e fino a che lo abbiamo portato. Ci chiedeva di andare a messa come sempre. Sua sorella gli aveva portato un Santino di Padre Pio e lui... questo Santino era diventato per lui quasi meglio di una medicina; aveva un attaccamento verso questo Santino e verso questa preghiera... e verso Padre Pio... questa supplica... lui non ha mai detto: “ti prego Padre Pio fammi guarire” “ti prego fa che finisca tutto, fammi tornare l'uomo di prima”; non ha mai detto una roba del genere, però lui aveva questa preghiera che poi era diventata anche un po' una cantilena perché l'aveva imparata a memoria... l'avevamo imparata a memoria tutti a casa mia. [...] anche nell'ultimo mese in cui era a letto a casa, mi ricordo che voleva che io pregassi assieme a lui. Mia sorella o mia mamma non si sono mai messe a pregare con lui, però lui mi prendeva... muoveva solo la mano destra... e

mi schiacciava la mano con la sua e io capivo e gli chiedevo: “papà vuoi che preghiamo?” E allora mi schiacciava di nuovo per dirmi sì e allora gli dicevo la preghiera di Padre Pio e lì un po’ si tranquillizzava e dormiva».

Laura, infermiera, 49 anni.

Spesso alcune pratiche religiose non vengono comprese perché nel mondo razionale e tecnico della cura corporale non vengono concepite. Eppure, per coloro che credono, la preghiera può essere “*quasi meglio di una medicina*” perché quasi sicuramente non allevierà il dolore fisico, ma apporterà benessere interiore nutrendo quell’essenza incorporea che è l’anima.

Se l’attenzione all’aspetto religioso-spirituale è poco seguita dagli operatori infermieristici, la cura della parte psico-emotiva del paziente può essere più facilmente accoglibile e praticabile sebbene anch’essa non sia così semplice da trattare. Andare oltre la cura fisica cercando di comprendere i disagi e i bisogni emotivi, quindi, è un’accortezza che rende i pazienti più a loro agio nell’ambiente tecnico dell’ospedale e più sereni nell’affrontare la diagnosi o il loro prossimo futuro.

«Qualcosa in più che si può fare, che mi è capitato, è vedere magari una paziente giovane che sta morendo che è lì magari da mesi, quindi la conosci bene e... senza concentrarsi sulla parte spirituale... ma comunque... dare un conforto ai familiari e al paziente tipo predisponendo la stanza, dicendo ai familiari che se vogliono portare dei fiori da mettere così sente un profumo oppure se vogliono venire ad accendere una candelina, mettere una luce insomma...una lucetta oppure portare un quadro, un disegno... dei profumi».

Alessia, infermiera, 55 anni.

«Laura: Poi sempre in ambito ospedaliero un altro reparto duro che ho fatto è stata l’unità spinale dove entravano ragazzi da incidenti stradali traumi alla colonna. Sempre gente che aveva la mia età, gente che guidava l’auto o la moto e tutti...dal primo all’ultimo... quelli che sono usciti fuori strada e hanno fatto incidenti o avevano fatto uso di droga o di alcol. E droga non necessariamente in vena, ma tutta la miriade di altre droghe e alcol... e tutti ragazzi giovani di 20-21-22 anni. Renditi

conto ragazzi di quell'età lì in carrozzina che pensano di non poter più andare al mare, in discoteca, di non poter più andare in montagna, che non possono più andare via con la moto o con la macchina. La limitazione che può dare una carrozzina... e adesso le cose sono un po' cambiate fortuna.

Giulia: *E tu in quella situazione lì?*

Laura: *Beh, ti dico mi sono quasi divertita perché ricordo... erano ragazzi giovani come me. Quando sapevano che ero di notte mi chiedevano di portargli su la pizza... allora andavo a prendergli la pizza e poi magari volevano fumarsi una sigaretta e allora gli portavo su un pacchetto di sigarette e allora poi li portavo giù, fuori oppure in terrazza. Cioè perché? Perché limitarli anche di una cosa semplice come mangiare una pizza o di fumarsi una sigaretta? Alcune volte siamo usciti anche con i pazienti proprio... un po' anche per fargli capire che comunque c'è vita sociale anche con la carrozzina... era un po' rischioso a livello psicologico però eh... però dovevano capire che comunque la vita continua.*

Mi ricordo anche che il sabato e la domenica il numero di pazienti in reparto diminuiva perché dovevano comunque andare a casa e ciò che avevano imparato durante la settimana, in riabilitazione e facendo fisioterapia, dovevano riportare tutto in ambito domestico, dovevano arrangiarsi a casa. Però alcuni ragazzi restavano perché venivano da lontano. E ricordo allora che lì lungo il corridoio della... del reparto... spostavamo tutto, chiudevamo le stanze e facevamo finta che i ragazzi facessero una gara sicché magari in due in carrozzina facevano una gara fino in fondo. Si divertivano come matti... "Ancora! Ancora! Ancora!". E probabilmente sentire questa velocità nel corpo, questa carica di adrenalina forse li rendeva più... più vivi... questo sì, e lo facevo più che volentieri. E poi telefonavamo giù in mensa che portassero delle cose un po' particolari... infatti noi avevamo sempre le latte di tonno che arrivavano in reparto. Allora di notte quando facevo il giro magari, ricordo, dicevo: "We, hai fame??" "Madonna ho una fame maledetta!" Figurati ragazzi di quell'età... "Guarda che se vuoi ho avanzato del pane" "Hai anche il tonno?" "Sì!". Mi ricordo che gli portavo i panini con una bella botta di tonno e poi prendevano sonno e dormivano... era molto appagante anche fare certe cose e poi le facevo senza pensarci, mi veniva spontaneo veramente!»

Laura, infermiera, 49 anni

Diventa fondamentale cercare di comprendere i bisogni emotivi del paziente perché solo entrando in sintonia con loro si è in grado di stabilire un legame e un'alleanza, come riportato da ciò che mi ha raccontato Chiara. In questo episodio, i ragazzi in reparto, a cui sono state imposte tutte le limitazioni che può dare una carrozzina a vent'anni, sono semplicemente dei ragazzi. Hanno bisogno di sentirsi l'adrenalina nel corpo come quando erano sulla moto, hanno bisogno di mangiare una pizza o di fumare una sigaretta. Capire il disagio della loro situazione è stato importante per continuare a farli sentire, per quel che è stato possibile, ragazzi normali in grado di fare cose pressoché normali aiutati e compresi dal personale sanitario. In questo modo, i giovani percepiscono che gli operatori sono vicini a loro nel processo di riabilitazione e che, quindi, non sono soli e impossibilitati a vivere la loro giovinezza per una sedia a rotelle. Fino a quando c'è la speranza di vivere è fondamentale accoglierla a braccia aperte, anche se la situazione è difficile, poiché è essenziale, *“Nel bene e nel male, qualsiasi cosa ti accada... vivere”*. Può succedere, infatti, che la speranza di guarire il corpo sia esaurita e tutto ciò che si può fare è nutrire e curare l'anima.

«Poi assistere mia figlia... lo dico sempre “come ho fatto ad assistere mia figlia?!”... perché io l'ho assistita, io a casa, fino al giorno che è morta. È morta in braccio mio. L'esordio è stato devastante perché aveva appena partorito aveva avuto dei fastidi... avevamo fatto risonanze, raggi, era stata vista ed era tutto negativo. Dieci giorni dopo esordisce un quadro acuto e ti dicono: “Un tumore con metastasi. Non si può fare niente” e lì ti crolla il mondo. Quindi, consapevole del fatto che non si poteva curare, che non si poteva guarire, io ho potuto solo occuparmi di questa cosa. Non solo per lei, ma anche per me, per mio figlio e per tutti quelli che c'erano attorno. Ma da mamma è impossibile fare... (si commuove).

Quindi, mentalmente ho pensato a tutto quello che mi hanno insegnato e che ho imparato ... al fatto che noi siamo tutte anime indipendenti e che veniamo in questo mondo perché abbiamo un percorso da fare che deve per forza portarci ad un miglioramento. Dobbiamo finire i nostri giorni migliori rispetto quando siamo arrivati, lasciando il mondo un po' migliore anch'esso. Quindi, io mi sono fatta forza

con questo e mi sono staccata dal pathos di una mamma che sta perdendo la figlia. Ho cercato di vedere lei come un'anima che sta vivendo un'esperienza sicuramente forte a cui non poteva sfuggire e quindi ho cercato di fargliela vivere anch'io nel miglior modo possibile... per quanto assurda possa sembrare questa frase... il mio ruolo era restarle accanto. Ho dovuto fare uno sforzo... (si commuove) ecco. Però, ha dato i suoi frutti. Nel senso che [...] la sua morte ha lasciato ordine. Per quanto sembra assurda questa cosa, però è così. Quando tu ti occupi della parte spirituale nasce ordine, lasci speranza. Quando ti occupi solo della parte tecnica, lì rimane la disperazione. [...] A volte ti dicono: "qual è il senso della vita?" "Vivere! Nel bene e nel male qualsiasi cosa ti accada... vivere!" Quindi, anche quando ti approcci alla malattia è un momento importante; ovviamente quando la vivi su un familiare è una cosa che ti tocca profondamente, ma anche quando la vivi da operatore... hai scelto di fare questo lavoro perché probabilmente è la tua propensione quella di essere rivolto agli altri».

Chiara, coordinatrice, 50 anni

L'aspetto spirituale dell'anima, l'aspetto psico-emotivo di una persona viene accolto poco eppure in situazioni gravi e disperate è di vitale importanza prendersene cura sia per il malato che per coloro che gli stanno accanto.

Gli operatori, però, non hanno goduto di una formazione mirata all'ascolto e alla comprensione; tutti, infatti, hanno concordato di aver seguito dei corsi, alcuni anche delle lezioni scolastiche, ma tutti gli insegnamenti restano sul piano teorico. A livello pratico, questa sensibilità o si possiede, perché è un'indole innata e coltivata nel tempo, o non è parte di un operatore. Infatti, tutti gli intervistati hanno concordato nel dire che ciò che fa la differenza è l'aspetto caratteriale e le attitudini di ciascuno.

«Non abbiamo avuto grandi insegnamenti a livello scolastico. Certo abbiamo seguito dei corsi, però in realtà quello che è davvero importante è la sensibilità di ciascuno. Cioè, la propensione all'ascolto dell'altro cercando di percepire quello che potresti fare per, non dico alleviarli il dolore perché a livello tecnico sappiamo cosa si può fare, però mmh a livello dello spirito . Cioè delle volte basta molto poco, delle volte basta un sorriso, una parola in più, o semplicemente cambiare il modo di

dire una parola o una frase. Però queste cose sono tue, non te ne insegna un professore, un dottore... queste cose vengono dalla sensibilità di ciascuno. Tante volte mi sono trovata davanti ad avere delle colleghe e dei colleghi che questa sensibilità non c'è l'avevano...».

Alessandra, infermiera, 38 anni.

«A scuola infermieri parlavamo con un sacerdote che ci insegnava pedagogia, psicologia e via dicendo. Si parlava molto della psicologia al letto del malato e pure dell'etica al letto del malato...che sono due cose diverse questo sì. Però sono cose che impari e fai tue a seconda della tua sensibilità e del tempo che dedichi alle persone malate perché tutte le persone che entrano in ospedale sono ammalate e quindi hanno un tipo di dolore... fisico comunque ed emotivo sicuramente. Sì, alcuni corsi sono stati fatti. Ricordo di aver partecipato anche a dei convegni perché come infermiere devi anche capire chi hai davanti a livello religioso.»

Laura, infermiera, 49 anni.

«Abbiamo fatto corsi di psicologia però anche lì tutto a livello teorico. La capacità di ascoltare, di voler parlare con il paziente o c'è l'hai o non c'è l'hai e non può essere qualcosa che ti insegnano. Poi, è una cosa che devi capire tu con l'esperienza, come interagire con il paziente, come comportarti, cosa dire, che cosa fare.

Ad esempio mi è capitato di dover comunicare al familiare che un suo caro era morto. Non è che ti insegnano un metodo per farlo, anche se ci sono modi migliori di altri, però fai fatica a farlo così perché devi valutare tu in base a chi hai di fronte, a come è successo e tutto quanto. Io non ho mai detto da solo ad un familiare che è mancato il nonno, il papà... mi affidavo un po' all'infermiere-guida che comunicava il fatto e poi io mi univo alle condoglianze. Lì devi fare esperienza, perché alcuni corsi non ti aiutano poi concretamente».

Marco, tirocinante, 23 anni.

Sebbene, quindi, ci siano insegnamenti e corsi che cercano di preparare il futuro infermiere a “conoscere” meglio coloro con cui ci si relaziona, questi risultano avere un'efficacia limitata dovuta alla preponderanza di nozioni teoriche e poco pratiche

nelle attività quotidiane ospedaliere. Ciò che risulta di primaria importanza, in questo caso, è quindi la capacità di ciascun operatore di saper comunicare e di voler comunicare con il malato. La *Cura* del bisognoso, nel senso generale del termine, passa attraverso la giusta comunicazione. In questo modo si colora di significati molteplici che vanno oltre la semplice prestazione tecnica sul corpo del sofferente, coinvolgendo, invece, anche la sfera personale e intima di una persona. Quella sfera che spesso è invisibile agli occhi dei più e che, per riuscire a vederla, diventa necessario aprirsi e mostrarsi disponibili ad accoglierla.

Per concludere, infatti, ho chiesto al personale infermieristico cosa significasse per loro la dimensione della “cura”.

«L'immagine mia è... aprire una valigia vedere cosa c'è dentro[...], capire cosa può servire e cosa invece può non servire e quindi da buttare... E tenere dentro solamente l'essenziale, ciò che può servirti per davvero... per te stesso e per gli altri. Quando si prepara una valigia ci sono tantissime cose che non si usano e che non ti serviranno in viaggio. Magari fai una valigia prima di partire e ti porti via tantissime cose e poi usi sempre le solite due cose per tutto il tempo. L'errore è rifare la valigia riportando via sempre tantissime cose e utilizzare sempre le solite due... questo bisogna che la gente capisca. La valigia quando va aperta quando va chiusa cosa deve essere buttato e cosa tenuto...».

Laura, infermiera, 49 anni.

Per Laura, la cura è attenzione all'essenza vera e propria di una persona in modo da conoscere le sue emozioni più intime, il suo passato e la sua storia. Utilizzando questa metafora, ricorda che per riuscire a preservare ciò che decidiamo di portare in viaggio con noi quotidianamente, quindi i nostri ricordi, le nostre storie e ciò che siamo, la valigia stessa deve essere intatta e integra, ma qual è il suo scopo vero? È proprio quello di essere un contenitore in grado di raccogliere storie, vissuti, esperienze e tutto l'essenziale che decidiamo di portare con noi affinché possa esserci di aiuto nel futuro. Fuor di metafora, il corpo per poter compiere al meglio la sua funzione essenziale ovvero essere la sede dell'essenza della vita di ciascuno deve

essere il più possibile integro. Tuttavia, è ciò che contiene che dev'essere protetto, ascoltato e accolto al meglio.

«Curare una persona è assisterla in ogni suo aspetto fisico, psicologico e, se ne ha bisogno, anche religioso. Non è che fare un'assistenza a 360 gradi implichi delle competenze o delle conoscenze che non tutti hanno; basta semplicemente ricordarsi che lì c'è una persona e non un semplice corpo. Quella persona ha un vissuto, ha un sentimento, ha un'emozione, ha un trauma suo, ha una sua storia... ha paura, ha delle attese, ha dubbi, ha bisogno. [...] La medicina convenzionale manca di questa parte. [...] allora quando i medici hanno capito che non possono dimenticare questa parte (parte emotivo-spirituale) allora la medicina sarà integrata... [...] allora esisterà un'assistenza a 360 ° per le persone. Adesso stiamo cercando in tutti i modi di curare le malattie».

Chiara, coordinatrice, 50 anni.

Cura è vedere oltre il sintomo, è ricordarsi che una persona è una storia, è un vissuto, è emozione e spirito così come è anche corpo. Il mondo della cura, in tutto il suo complesso, è molto ampio e non è stato ancora esplorato completamente. Alcune impostazioni tecniche e alcuni retaggi culturali frenano una cura a 360 gradi e che coinvolga tutte e tre le essenze di cui è composto l'essere umano. Sebbene ora, la tendenza occidentale è quella di dirigere la sua attenzione al corpo materiale, la sensibilità di molti operatori, stando alle ricerche e agli studi eseguiti da scienziati, assieme ad una sempre maggiore consapevolezza delle persone, fa sì che la dimensione della cura dell'aspetto psico-emotivo-spirituale diventi sempre più rilevante e accresca di importanza.

1.3 Conclusioni

Per concludere la mia trattazione, riporterò alcune riflessioni personali circa l'elaborato prodotto dai miei studi.

Approfondire la storia dell'arte medica legata al tema religioso-spirituale nei secoli, mi ha permesso di comprendere in modo più nitido il rapporto odierno tra queste due

dimensioni. In passato la medicina e la religione procedevano di pari passo, legittimandosi e sostenendosi l'una con l'altra; allo stesso modo i malati riconoscevano a queste due dimensioni un'importanza tale da non poterle separare. Entrambe, quindi, sussistevano l'una per l'altra, coesistendo, senza poter essere pensate come indipendenti. Il Seicento, con l'aumento dei conflitti tra il potere politico e quello religioso, la continua specializzazione medica e il conseguente allontanamento di queste due sfere, ha segnato uno spartiacque. La rivoluzione scientifica, infatti, ha attribuito alla medicina una validità razionale e scientifica legittimandola. Progressivamente, quindi, l'ambito della terapia, della cura e della guarigione è diventato di competenza esclusivamente medica; il tema della salvezza dell'anima è rimasto, invece, di dominio religioso. Nella realtà dei piccoli centri abitati, l'unione tra medicina e religione ha continuato a perdurare alimentando quella forma curativa che conosciamo come "medicina popolare".

Il retaggio dell'impostazione occidentale della medicina non concepisce facilmente l'attenzione olistica nei confronti dell'essere umano, al contrario, lo sguardo medico si posa sul sintomo segnalato dal corpo e, analizzando in modo tecnico e specialistico, questa modalità si propone di trovare un modo per reprimerlo o eliminarlo. Studiando l'impostazione cognitiva della tradizione medica orientale, in particolar modo quella cinese, ho potuto riconoscere le differenze e le diverse forme di intervento, assistenza e cura dell'umano rispetto al modello occidentale. Ho potuto, in questo modo, comprendere come venga esaminato l'essere umano, inteso come prodotto di corpo, emozioni e spirito, e come venga trattato uno stato di malessere, malattia o sofferenza.

La ricerca sul campo, invece, mi ha permesso di capire in prima persona come il lavoro infermieristico sia fondamentale all'interno dell'ambiente ospedaliero perché, grazie al contatto con il personale, i pazienti hanno modo di comunicare con la sfera medica. Allo stesso tempo, ascoltare le storie di vita e le esperienze concrete degli operatori circa il loro modo di vedere il dolore, la cura della persona e la relazione tra questi due elementi, mi ha fatta sentire partecipe della loro quotidianità e della loro sensibilità al tema.

Inoltre, analizzando i momenti di condivisione con gli operatori, ho riscontrato degli elementi di cui mi ero creata altre aspettative. In particolare, avendo interpellato

professionisti di età differenti e con formazioni presumibilmente distanti, mi aspettavo che gli insegnamenti attuali, nei corsi universitari di Scienze Infermieristiche, dessero più spazio al benessere psico-emotivo-spirituale del paziente. Al contrario, dalle narrazioni che ho potuto raccogliere, la formazione del personale è rimasta pressoché invariata dagli anni '90 considerando che, tanto gli operatori di cinquant'anni quanto quelli appena entrati in corsia, hanno ricevuto solamente qualche insegnamento teorico di psicologia. Prima di svolgere le interviste, infatti, immaginavo che gli operatori appena usciti dall'ambito universitario fossero più formati dal punto di vista dell'umanizzazione della cura considerando gli studi recenti e l'importanza odierna attribuita al singolo e ai bisogni psico-emotivi della persona.

Un'altra cosa che ha trovato impreparate le mie aspettative è stata la poca attenzione rivolta dal personale alla parte spirituale di ciascuno. Probabilmente, in un primo momento, non avevo considerato la variabile delle tempistiche e della mancanza di personale che riducono lo spazio dedicato a ciascun malato. Tuttavia, mi aspettavo che venisse fatto qualcosa in più da parte dell'organizzazione ospedaliera rispetto alla presenza, più o meno costante, di religiosi cristiani. Inoltre, non sono state menzionate figure relative ad altre sensibilità religiose; il che mi fa pensare che non siano presenti di consueto. Le partecipazioni di volontari e clown, che possono alleggerire le giornate dei malati, o gli stessi psicologi, che supportano il sofferente nel periodo di bisogno, sono importanti all'interno dell'organizzazione ospedaliera, tuttavia, difficilmente possiedono lo stesso rapporto che gli infermieri instaurano con il ricoverato perché di presenza quotidiana.

Nel complesso, avendo letto articoli ed essendomi informata sul tema dell'umanizzazione della cura in ambito ospedaliero, ho riscontrato coerenza tra le esperienze raccolte e gli studi analizzati.

Ciò che sarebbe interessante svolgere in futuro, è un'osservazione partecipante all'interno dei reparti ospedalieri in modo da analizzare, nel concreto, le dinamiche che coinvolgono la comunicazione dell'infermiere e dell'assistito esaminando l'attenzione rivolta al benessere psico-emotivo-spirituale del paziente.

Concludendo, ciò che posso dire di aver compreso da questo mio percorso è che il tema della cura in ambito sanitario è ampio e sfaccettato, in grado di rimandare significati e valori differenti per ciascun operatore ospedaliero e per ognuno di noi. Sicuramente ciò che ho imparato da questo percorso è che dietro ogni persona c'è un vissuto che può raccontare un disagio intimo e personale che può rimanere tacito dentro di noi. Mi sono addentrata nell'interpretazione di eventi ed esperienze degli operatori che, rivivendo alcuni ricordi, hanno potuto rileggerli con una consapevolezza nuova attingendo sempre alla propria sensibilità. In questa catena di interpretazioni e riflessioni, ascoltare e percepire le emozioni e le sensazioni che quelle memorie e quelle considerazioni hanno evocato, ha reso più viva la mia ricerca rendendola ricca di esperienze vissute a pieno.

BIBLIOGRAFIA

- Alibert J.L., 1817, *Nosologie naturelle*, preambolo I, p. 51, Parigi
- Balboni, M. J., Sullivan, A., Enzinger, A. C., Epstein-Peterson, Z. D., Tseng, Y. D., Mitchell, C., ... & Balboni, T. A. (2013). "Nurse and physician barriers to spiritual care provision at the end of life". *Journal of pain and symptom management*, vol. 48(3), 400-410.
- Brescia T., 2000, *Il tao della medicina. La scienza olistica e la medicina tradizionale cinese* pp. 8-9. Hermes Edizioni.
- Cosmacini, G., 1997. *L'arte lunga: storia della medicina dall'antichità a oggi*, pp.50- Bari: Editori Laterza,
- Croteau D., W. Hoynes, 2015, *Sociologia generale. Temi, concetti, strumenti*. pp. 104-111, New York: McGraw-Hill Education
- Darmon P., 1986. *Quando il vaccino faceva paura agli inglesi*, nel volume collettaneo, *Per una storia delle malattie*, a cura di Jaques Le Goff e Jean-Charles Sournia, p.361. Dedalo, Bari, DOI:10.1016/j.jpainsymman.2013.09.020
- Foucault M., 1998, *Nascita della clinica. Un'archeologia dello sguardo medico*, p. 136, Torino: Giulio Einaudi editore
- Manuli P., 1980. *Medicina e antropologia nella tradizione antica*. pp. 25-29. Torino: Loescher Editore,
- Narayanasamy, A. (1993). "Nurses' awareness and educational preparation in meeting their patients' spiritual needs". *Nurse Education Today*, vol.13(3), 196-201. DOI:10.1016/0260-6917(93)90102-8
- Narayanasamy, A., & Owens, J. (2001). "A critical incident study of nurses' responses to the spiritual needs of their patients". *Journal of Advanced Nursing*, vol. 33(4), 446-455. DOI:10.1046/j.1365-2648.2001.01690.x
- Pecchiai P., 1927. *L'Ospedale Maggiore di Milano nella storia e nell'arte, con notizie documentate su le origini dell'organizzazione ospedaliera milanese dall'Evo Medio ai tempi nostri*, pp 12-13. Pizzi e Pizio, Milano,
- Proserpio, T., Piccinelli, C., Arice, C., Petrini, M., Mozzanica, M., Veneroni, L., & Clerici, C. A. (2014). "Il supporto ai bisogni spirituali nella cura ospedaliera". *Recenti Progressi in Medicina*, 105, 281-287. DOI 10.1701/1574.17112

Otto R., 1926, *Il sacro : l'irrazionale nella idea del divino e la sua relazione al razionale*. p.21, traduzione di Ernesto Buonaiuti, Bologna: Zanichelli

Sant'Agostino, *Pensées* 72, De Civitate Dei, xxi, 10

Tommaso D'Aquino, *In De Anima III*, vol.7, p.699.

Vangelo di Luca

Vanni L., 2022. *Medicina tradizionale cinese. Teorie di base per i primi passi*, pp.6-11. Torrazza Piemonte.

SITOGRAFIA

Gerone, L.G.T; Nogas, P. S. M. (2015) “Un’analisi statistica della spiritualità tra i professionisti della salute di un ospedale di Curitiba-PR”. *Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento*. Ed. 09, Vol. 01, pp. 72-88. settembre 2020. ISSN: 2448-0959,
<https://www.nucleodoconhecimento.com.br/scienza-della-religione/statistiche-spiritualita> (consultato 07/09/2023)

Koenig, H. G. (2012). “Religion, Spirituality, and Health: The Research and Clinical Implications”. *ISRN Psychiatry*, Article ID: 278730.
<http://dx.doi.org/10.5402/2012/278730>

O'Rourke, F. 2018, “Persona e spirito”. *Divus Thomas*, vol. 121(3), pp. 40–56.
<https://www.jstor.org/stable/48515156> (consultato 22/07/2023)

RINGRAZIAMENTI

Questo percorso ha potuto maturare grazie ad alcuni studi e letture personali sull'argomento dell'anima, delle vite passate e delle tradizioni orientali circa il tema dello spirito.

In questa "crescita" personale dal punto di vista culturale e spirituale, è stata fondamentale la mia famiglia.

Voglio ringraziare i miei genitori e mio fratello per essere stati partecipi e attivi nella discussione e nella condivisione di questa nuova "conoscenza", per avermi ascoltata e per essere stati sempre presenti.

Infine, ringrazio Lorenzo che mi ha supportata in tutto questo percorso infondendomi sicurezza e serenità. Grazie per essermi stato accanto in tutti questi anni e per voler continuare a farlo!

Vi ringrazio perché avete sempre creduto in me e perché mi avete sempre spronato a dare il meglio!