Bigorio 2008

PALLIATIVE CARE E SPIRITUALITÀ

Consenso sulla best practice in Cure Palliative in Svizzera -
Gruppo di esperti di palliative ch, Società Svizzera di Medicina e di Cure Palliative

Progetto nell'ambito dell'azione "Sviluppo della qualità delle cure palliative in Svizzera"

PROJET REVU SELON REACTIONS

5 Mai 09

Responsible for the final version of these recommendations : Daniel Petrémand

Traduzione : Arnaldo Guidini, 17.9.2009

BIGORIO 2008 - La spiritualità

1. Tentativo di definizione
2. Valutazione
3. Interventi
4. Competenze
5. Attuazione
6. Bibliografia

BIGORIO 2008 - Palliative Care e spiritualità

Premessa

"Ogni essere umano, coscientemente o non, in modo particolare quando è prossimo alla morte, avverte bisogni spirituali nel senso più ampio del termine. L' accompagnamento in questa ricerca non è solo compito degli operatori spirituali ma di tutti coloro che gli sono vicini. Non per imporgli le loro proprie convinzioni ma per aiutarlo a vivere la sua verità".

(traduzione da VIEILLIR EN SUISSE : bilan et perspectives ; Rapport de la commission fédérale, Berne 1995 chap. XII : L' accompagnement des mourants, § 4.2 : L' accompagnement rélationnel)

L' incontro interdisciplinare di esperti Bigorio 2008 - medici, infermieri, assistenti spirituali, volontari - ha deciso di mettere in epigrafe alle sue raccomandazioni questa citazione in quanto essa riconosce che la spiritualità è parte integrante della presa a carico globale dei pazienti e che quindi incombe ad ogni curante nel senso più ampio del termine[1] di integrarla nella sua attività pratica.

Ciò significa accettare il principio che la spiritualità è indissociabile dall' essere umano, che fa parte della sua esistenza e che, appunto per questo, è un tema che non può essere eluso. Realtà multidimensionale e complessa, la spiritualità sfugge sovente a definizioni puramente verbali ed intellettuali e, di conseguenza, può essere solo parzialmente conosciuta e compresa.

Nel nostro tentativo di coniugare cure e spiritualità, ci basiamo su tre prese di posizione di istanze generalmente riconosciute :

- L' Accademia Svizzera di Scienze Mediche che, nelle sue direttive medico-etiche, stabilisce che i pazienti hanno diritto ad una presa a carico palliativa. Questa comprende l' insieme dei trattamenti medici e delle cure, come pure il sostegno psichico, sociale e spirituale ai pazienti ed ai loro familiari[2].
- "palliative ch" (SSMCP) che inserisce la spiritualità nell' articolo 3 dei suoi statuti.
- L' OMS che chiede alle cure palliative di prendere in considerazione i problemi psicologici, sociali e spirituali in quanto parte integrante della lotta al dolore ed agli altri sintomi[3].

---

[1] Il termine **curanti** comprende tutti gli operatori professionali coinvolti nella cura dei pazienti : medico, infermiere, psicologo, assistente sociale, assistente spirituale e altri.

[2] In : *Prise en charge des patients en fin de vie* § 3.1 : Soins palliatifs : www.bullmed.ch/pdf/2005/ 2005-03/ 2005-03-1398. PDF

[3] In : Traitement de la douleur cancéreuse et soins palliatifs, Rapport 804 de l' OMS Genève, 1990

1. Tentativo di definizione

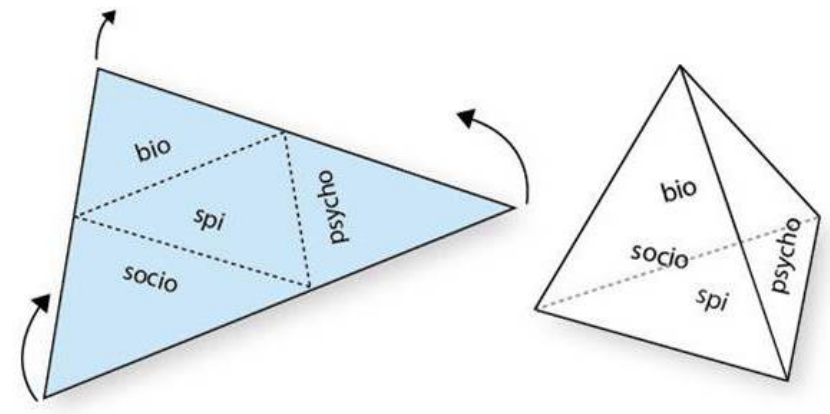
La spiritualità

La spiritualità compenetra ogni dimensione della persona. Essa riguarda la sua identità, i suoi valori, ciò che dà significato, speranza, fiducia e dignità alla sua esistenza e si esplicita nella relazione con sé stesso, con il prossimo e con quanto trascende la natura umana (Dio, l' Essere Supremo, il mistero …). Appartengono a questo contesto anche le domande che nascono dalla malattia e dalla finitudine della vita e gli elementi di risposte individuali e collettive che rappresentano una risorsa per la persona malata.

Pertanto, se la spiritualità è un elemento costitutivo dell' essere umano, appare impossibile, a livello teorico e pratico, racchiuderla in una definizione universale. La sua espressione è correlata al contesto personale, sociale e culturale di chiunque se ne occupi.

La spiritualità non è una questione puramente religiosa. Ogni religione esprime, in riti strutturati e tradizionali, solo una parte della sfera spirituale. Nessuna però può ambire ad occuparla interamente. Di conseguenza, un aiuto su questo piano non può che essere un approccio umile e rispettoso nei confronti dell' altro.

L' approccio palliativo ha rimesso in evidenza la dimensione spirituale a complemento delle dimensioni bio-psico-sociali. La spiritualità non è però solo una dimensione complementare, ma interagisce con le tre altre : sintomi somatici, reazioni psicologiche e relazioni sociali.



Proposta di modello quadripartito di passaggio dalla visione "orizzontale" dell' uomo alla visione che include una dimensione "verticale" aprendo così uno spazio di relazione nell' intimo della persona.

Il benessere spirituale

Vista come uno spazio di relazione nell' intimo della persona, la spiritualità può costituire o divenire una risorsa importante per il paziente. Non è raro che, in una situazione palliativa, i pazienti riscoprano il potere della spiritualità che spesso si esprime con :

- una speranza realistica che non sia solo desiderio o illusione;
- un significato attribuito all' esistenza: le esperienze di vita, nei momenti belli o difficili, hanno o hanno avuto un senso;
- il riconoscimento della propria finitudine; il paziente può così accettare più facilmente i suoi limiti, portare a termine qualcosa di incompiuto e scrivere l' ultimo capitolo della vita;
- il credo in una esistenza ultraterrena in duplice senso:
    - di trasmettere qualcosa a chi sopravvive : una testimonianza, un ricordo, qualcosa di materiale che costituisca una memoria;
    - di essere animato dalla speranza della trascendenza: la morte rivela un' altra realtà, un mistero cui il malato può affidarsi.

La sofferenza spirituale
La malattia grave rappresenta una minaccia all' integrità della persona che può portare ad una condizione di sofferenza spirituale e perfino di dolore totale ("total pain").

"La sofferenza spirituale è una crisi nel senso di un cambiamento improvviso caratterizzato, tra l' altro, dal crollo dell' identità spirituale. Essa rimette in discussione i valori e la trascendenza sino allora vissuti e tronca ogni ricerca del significato della propria vita. Inoltre mette in dubbio il valore che il paziente attribuisce alla sua dignità"[4].

Secondo Chochinov [5], la sofferenza spirituale si manifesta nel paziente in vari modi, sia dal profilo fisico (ad es. dolore refrattario) che psicologico (ad es. ansia, depressione, disperazione) e sociale (ad es. con il disfacimento dei rapporti umani). Non è tuttavia possibile riconoscere la sofferenza spirituale solo dai sintomi. Essa si presenta piuttosto come una combinazione dei sintomi summenzionati e di comportamenti caratteristici. Ad esempio, alcuni pazienti tentano di evadere da una condizione disperata, altri nutrono aspettative irrealizzabili dai curanti, altri ancora provano di continuo nuove terapie in assenza di beneficio dalle stesse oppure richiedono sempre aumenti del dosaggio di analgesici e/o sedativi anche quando queste misure non portino a risultati positivi apparenti o addirittura siano controproducenti. Questi comportamenti, che evocano sovente immagini quali *sofferenza globale* oppure *angoscia*, aiutano ad identificare la natura del disagio spirituale.

Al fine di alleviare questa sofferenza, i curanti potranno cercare di riconnettere il paziente alle risorse spirituali elaborate quando egli era in buona salute. In effetti, gli elementi che hanno in passato contribuito al benessere della persona possono favorire un miglioramento della sua condizione nei momenti di crisi.

2. Valutazione

Di solito, i curanti ed i pazienti considerano la ricerca della dimensione spirituale un approccio molto soggettivo, il che può apparire a prima vista la negazione di un metodo più oggettivo. Tuttavia, i curanti non devono necessariamente condividere il credo o l' incredulità del paziente per aprirsi alla sua sensibilità spirituale.

Questo ci induce a pensare che la valutazione dei bisogni spirituali del malato sia possibile solo se essa è centrata sul paziente, se è rispettosa dell' alterità delle persone interessate e se i curanti sono disposti ad affrontare questi problemi.

L' inizio di una cura presuppone la definizione di una necessità. Quanto abbiamo detto in precedenza sulla sofferenza spirituale offre qualche via di approccio. Vorremmo però ora accennare ad alcuni strumenti che permettono una valutazione più concreta dei bisogni spirituali.

Purtroppo, solo pochi strumenti hanno una reale applicazione clinica. Qui ci riferiamo ai lavori di Christina Puchalski [6], medico negli USA, ripresi dal medico tedesco Eckhard Frick. Avendo constatato la fondatezza delle riflessioni della collega americana, Frick ha adattato questo approccio al contesto europeo e lo ha presentato in un congresso francofono di psico-

[4] La spiritualité en soins palliatifs, Guide des soins palliatifs du médecin vaudois, No. 5-2008
[5] M-H Chochinov, Cancer J Clin 2006 ; 56:84-103
[6] Interdisciplinary spiritual Care for seriously Ill and dying patients : v. 6, Bibliografia

oncologia [7]. Le nostre raccomandazioni integrano il metodo proposto, denominato FICA in inglese e SPIR in francese.

Predisposizione individuale del curante

L' approccio alla dimensione spirituale è un problema personale che è difficile trasferire sul piano professionale. Ciò è però possibile se il curante apre in sé stesso uno spazio disponibile a questa dimensione. E' importante, sino dall' inizio, che questi sia conscio del credo, dei dubbi e dei quesiti propri e si prepari ad accogliere con benevolenza e senso dell' alterità ciò che è peculiare del paziente.

Strumenti di valutazione proposti

Il curante può fare ricorso ad alcuni "strumenti" atti a facilitare l' espressione del vissuto interiore. Il loro impiego ha certamente un aspetto "tecnico". Ma il curante dovrà sapere scegliere lo strumento più congeniale alla sua sensibilità, esercitandolo ed adattandolo alla propria esperienza professionale. Se ne potrà così servire, con delicatezza, per esplorare la dimensione spirituale del paziente orientandosi sulle domande suggerite oppure seguendo più liberamente la propria ispirazione. Ognuno di questi metodi ha il suo particolare baricentro. Il curante dovrà scegliere quale metodo meglio si adatta allo scopo che si è prefisso.

Esistono strumenti di due tipi. Gli uni (SPIR, HOPE) sono più adatti ai curanti, l' altro (STIV) agli assistenti spirituali [8].

SPIR : E' uno strumento di auto ed eterovalutazione. Come detto in precedenza, è il risultato dei lavori di E. Frick ed è adatto specialmente al contesto medico.
Le quattro iniziali rappresentano quattro concetti è che è possibile investigare per mezzo di domande particolari :

***- S**piritualità :*	Lei può affermare, nel senso più ampio, di avere una spiritualità, una religione, una fede?
***- P**osto occupato nella vita :*	Le sue convinzioni hanno importanza nella vita, in particolare nella gestione della sua malattia?
***- I**ntegrazione :*	Appartiene ad una comunità spirituale o religiosa? Condivide con altri il suo credo?
***- R**uolo del curante :*	Cosa desidera fare di ciò di cui si è parlato? Desidera riparlarne? Eventuali suggerimenti in proposito.

Obiettivo : identificare con espressioni verbali l' importanza che il paziente attribuisce alla dimensione spirituale e le sue aspettative dai curanti.

HOPE : E' uno strumento di valutazione sviluppato da medici di famiglia[9] per collegare le fonti di risorse del paziente con le circostanze impreviste della sua esistenza.

***- H**ope* :	fonti di speranza, di significati, di conforto, di forza, ecc.
***- O**rganised* :	appartenenza ad una comunità organizzata
***- P**ractice* :	pratica e spiritualità individuali
***- E**ffects* :	effetti della spiritualità sullo stato di salute del paziente in caso di trattamenti medici ed all' approssimarsi della morte

Obiettivo : individuare le risorse di "speranza" e "significati" ed attivarle nel corso del trattamento.

---

[7] Eckhard Frick, Peut-on quantifier la spiritualité ? Revue francophone de psycho-oncologie, 2006 n° 3

[8] Il termine di "assistente spirituale" si riferisce ai diversi accompagnatori incaricati dalle Chiese : pastori, diaconi, sacerdoti, assistenti pastorali, teologi laici, ecc.

[9] G. Anandarajah, Spiritual and Medical Practice, American Family Physician, Jan. 2001. vol 63, Nb 1

STIV : E' uno strumento sviluppato da un gruppo denominato "label CTR" nel Cantone di Vaud a partire dal 2006[11]. E' una griglia più adatta agli assistenti spirituali e viene usata nelle loro comunicazioni ai curanti.
Quattro concetti sono oggetto dell' attenzione degli assistenti spirituali :

- ***S**ignificato* : bisogno che si manifesta quando una crisi minaccia l' equilibrio dell' esistenza
- ***T**rascendenza* : fondamento esterno alla persona al quale essa è radicata
- ***I**dentità* : esigenza che l' ambito sociale mantenga la singolarità della persona
- ***V**alori* : ciò che conta nella vita del paziente e determina quello che per lui é bene e vero

Obiettivo : ricerca di più approfondite vie di approccio alla spiritualità del paziente.

In generale, due domande possono aprire un dialogo sul piano spirituale :
- Cosa ha un significato nella sua vita ?
- A quale risorsa ha fatto appello nei momenti difficili vissuti in precedenza ?

3. Interventi

Premesse contestuali
Due elementi sono importanti al fine di impostare un dialogo utile :
- La scelta del luogo e del momento appropriati, in ogni caso anche la persona adatta per qualità individuali e/o professionali, tenendo conto che anche il paziente sceglie i suoi interlocutori a seconda delle necessità.
- La creazione di una atmosfera di confidenza e di rispetto che favorisca una sorta di alleanza con il paziente.

Presenza ed ascolto attenti e globali
Evidenziamo alcuni aspetti dell' ascolto, componente essenziale della relazione, che si manifestano in modo specifico in uno scambio di natura spirituale :
- L' espressione dell' identità spirituale del paziente può emergere dalla sua biografia, dai ricordi significativi, da esperienze particolarmente difficili o coinvolgenti.
- Il paziente si esprime talora con linguaggi simbolici o metaforici cui dobbiamo prestare attenzione mantenendo un atteggiamento prudente nella loro valutazione.
- Di conseguenza, un simile colloquio non può avvenire in tempi "ristretti" : chi ascolta dovrebbe mostrare "flessibilità", rispettare i ritmi della persona, darle se del caso la possibilità di "rifiatare", tenere in debito conto le sue esitazioni e permetterle l' esternazione di emozioni, speranze ed angosce.
- In questo contesto, sono indispensabili l' accettazione incondizionata e l' astensione da giudizi.
- L' offerta di questo spazio di ascolto è un procedimento passivo : essa rappresenta già una azione determinante ed utile che avrà un impatto positivo sul paziente.

Una risposta adeguata
A seconda delle necessità emerse, il curante potrà ricercare con il paziente i mezzi di sollievo appropriati o le figure professionali meglio adatte alla situazione corrente.

Sul piano spirituale, potrebbe rivelarsi utile che il paziente riannodi i legami con una persona che si è allontanata, che compia un gesto di conciliazione o di riconciliazione, che nella malattia ritrovi un significato o una nuova speranza, oppure che intraprenda altri passi che il colloquio abbia indicato come opportuni.

Se la persona ha un attaccamento religioso significativo, una presenza confessionale o sacramentale potrebbe essere di grande giovamento. Nel caso che il paziente abbia lasciato intuire questo bisogno, il curante stesso potrebbe suggerirgli una lettura spirituale, un ascolto musicale, una immagine rasserenante al fine di nutrire nuove speranze o di alleviare le sue ansie.

In questo contesto, occorre che il curante sia dotato di sensibilità e consapevole dei propri limiti. Nessuno ha il dovere di assumere da solo l' incombenza dell' accompagnamento del malato e dei suoi familiari e di soddisfare tutte le sue o loro necessità. Chi sa definire il proprio ruolo, accettare le proprie possibilità e riconoscere i propri limiti può coinvolgere altri operatori professionali in un rapporto di collaborazione interdisciplinare caratterizzato da comunicazione, coordinazione e reciproco sostegno. Ciò consente anche al paziente di incontrare altre figure che fanno parte del team allargato (assistente spirituale, volontario, arteterapeuta, filosofo, psicologo, ecc.).

L' insieme dei curanti può assumere una parte delle cure spirituali. Ma ci preme sottolineare che i servizi di assistenza spirituale sono probabilmente in grado di intervenire con esperienza e competenza professionali specifiche in situazioni particolari o acute : sofferenza spirituale, crisi di fede, questioni religiose o teologiche specifiche.

In considerazione del carico emozionale che comportano le cure palliative occorre che ogni operatore professionale abbia cura di sé stesso, che mantenga una distanza salutare dal proprio ruolo e che riconosca l' utilità di una supervisione.

4. Competenze

Individuali (ciò che ci si attende da ogni componente del team curante) :

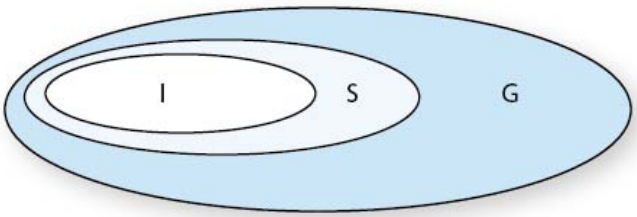
- Sviluppare un atteggiamento schietto ed autentico nel rapporto: rispetto dell' alterità dell' interlocutore, di ciò in cui crede e di ciò in cui stenta a credere
- Praticare un ascolto attivo e un approccio centrato sul malato
- Saper essere presente senza necessariamente prospettare soluzioni
- Prestare attenzione alle proprie intuizioni ed agire in conseguenza
- Riconoscere e rispettare i propri limiti ed essere consapevole dei rischi di proiezioni e di tentazioni di proselitismo

Specialistiche (ciò che ci si attende dalla figura di riferimento del team : assistente spirituale, assistente pastorale) :

- Impersonare la vita spirituale e dare tempo e spazio a questa dimensione
- Dimostrare competenza nell' accompagnamento spirituale dei pazienti, dei familiari e dei curanti
- Conoscere gli strumenti di valutazione dei problemi spirituali, religiosi ed etici e proporre le procedure che li rispettino
- Conoscere le diverse tradizioni religiose e la letteratura in merito
- Celebrare in modo appropriato i riti e i sacramenti oppure fare ricorso a un collega più vicino alle origini, al credo e alle tradizioni del paziente
- Agevolare il lavoro spirituale del team
- Partecipare alla formazione dei curanti e, se del caso, a ricerche e pubblicazioni

Generali (ciò che si attende da tutti i componenti del team interdisciplinare) :

- Creare una atmosfera di incontro e disponibilità
- Acquisire e applicare le competenze in comunicazione verbale e non verbale richieste dalla varietà delle situazioni riscontrate
- Riconoscere l' impatto della spiritualità e della religione nei pazienti e nella loro cerchia e saper valutare le loro esigenze
- Nei limiti del possibile, prodigare cure rispettose delle esigenze spirituali, delle pratiche e delle credenze religiose
- Sviluppare la conoscenza di sé stessi ed essere consapevoli della propria vulnerabilità
- Conoscere i possibili contributi da parte di altri professionisti e saperli richiedere
- Nel rispetto della riservatezza, agevolare le comunicazioni orali e scritte in merito agli interventi di natura spirituale.



Schema dell'embricatura delle competenze individuali (I), specialistiche (S) e generali (G) che costituiscono il patrimonio del vissuto di un team palliativo comprendente le cure spirituali.

5. Attuazione

In Svizzera, le differenti disposizioni di legge danno importanza diversa alla dimensione spirituale dell' essere umano e alla sua appartenenza religiosa e culturale. Ad esempio, la costituzione del Cantone di Vaud stabilisce all' articolo 169 che *lo Stato riconosce la dimensione spirituale dell' essere umano*, il che ne facilita l' integrazione nelle cure, nei teams e nei servizi ospedalieri. A Ginevra, la norma che regola l' accesso degli operatori spirituali alle strutture di cura è più restrittiva. Nel Ticino le possibilità di accompagnamento sono limitate in pratica all' aspetto religioso.
Vorremmo ricordare che il principio di laicità, che in passato aveva rappresentato la reazione all' invadenza del potere ecclesiastico in certi settori della società (sanità, scuola, ecc.), non è oggi un motivo valido per emarginare la spiritualità intrinseca alla natura umana. Di conseguenza, in contesti privi di normative ufficiali in materia, esistono possibilità di aperture anche ad essa.

Ci preme rilevare alcune importanti constatazioni fatte nel corso dei nostri colloqui :

- I pazienti sono i primi beneficiari dell' apertura alla spiritualità.
- I servizi di cure palliative che integrano la dimensione spirituale nel vissuto "comunitario" del team ne ricavano un arricchimento e un rafforzamento delle proprie esperienze.
- Alcuni teams extraospedalieri non possono contare su una figura di riferimento nell' ambito della spiritualità. Questo problema dovrà essere affrontato in futuro.

Ora alcune suggestioni atte a stimolare lo sviluppo di una spiritualità integrata al vissuto dei pazienti e dei teams curanti :

- Invitare un assistente spirituale ad incontrare e/o ad integrare il team palliativo in spirito di reciprocità.
- Cercare di condividere i valori e i problemi spirituali presenti in ogni componente del team palliativo.
- Integrare l' approccio spirituale nel modello organizzativo (ad es. nella cornice di un audit).
- Incoraggiare la ricerca in merito per documentare le esperienze acquisite.

6. Bibliografia

Tedesco

- Ralph Charbonnier, *Seelsorge in der Palliativversorgung*, , Wege zum Menschen, Jg 60, 512-528
- *Spiritualität und Medizin, Gemeinsame Sorge um den Kranken Menschen*, Hg. Eckhard Frick, Traugott Roser, 200 S., Kohlhammer 2009
- Traugott Roser, *Spiritual Care, Ethische, organisationale und spirituelle Aspekte der Krankenhausseelsorge*, 304 S. Kohlhammer 2007,
- Birgit Heller, *Bedeutung religiös-kultureller Unterschiede in der Palliative Care*, in C. Knipping, *Lehrbuch Palliative Care*, S.432- 437 Hans Huber 2006
- Erhard Weiher, *Das Geheimnis des Lebens berühren, Spiritualität bei Krankheit, Sterben, Tod, Eine Grammatik für Helfende*, 357 S, Kohlhammer 2008
- Erhard Weiher, *Spirituelle Begleitung in der Palliative Care*, in C. Knipping, Lehrbuch *Palliative Care*, S. 438 -453, Hans Huber, 2006
- Christian Zwingmann, *Erfassung von Spiritualität/Religiosität m Kontext der gesundheitsbezogenen Lebensqualität*, Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie 2005;55:241-246

Francese

- Cosette Odier, *Accompagnement spirituel ou « faire passer un chameau par le trou d'une aiguille »*, Frontières 2004
- Eckhard Frick, *Peut-on quantifier la spiritualité* ?, Revue francophone de psycho-oncologie, 2006 n°3
- *Rapport du Groupe de Travail sur la prise en compte de la dimension spirituelle chez les personnes hospitalisées en CTR*: disponible sur www.readaptation.ch/fichiers/DossierSpiCTR28.10.04.pdf
- C. Rougeron, *Les besoins spirituels des malades en fin de vie à domicile*, Le Courrier de l'éthique médicale (7), n° 2, 2e semestre 2007, p 17-19 *:*
- *La spiritualité en soins palliatifs*, Guide des soins palliatifs du médecin vaudois, N° 5, 2008, supplément gratuit du courrier du médecin vaudois n° 6 2008
- C. Bollondi & coll, *Spiritualité et soins infirmiers*, , Cycle d'approfondissement en soins palliatifs, HUG, 2001
- Béatrice Dolder, *L'espace spirituel et l'art-thérapie en soins palliatifs*, Infokara 2007 ; 22 :79-87
- Henri Dom, *Accompagnement spirituel et spiritualité au sein du mouvement des Hospices*, Journal EAPC 2002, 9

Italiano

- A.Filiberti (a cura di), *Quale uomo per quale cura? Argomenti per una clinica etica*, Franco Angeli, Milano 2005.
- A.Filiberti, R.Lucas (a cura di), *La spiritualità nella sofferenza. Dialoghi tra antropologia, psicologia e psicopatologia*, Franco Angeli, Milano 2006.
- M.Petrini, *La cura alla fine della vita. Linee assistenziali, etiche, pastorali*, Aracne, Roma 2004.

- L.Sandrin, *Pastorale della salute*, in BUCCI R. (a cura di), *Manuale di medical humanities*, Zadigroma, Roma 2006.
- L.Sandrin , *Abbi cura di te. C'è un tempo per gli altri e un tempo per sé*, Camilliane, Torino 2007.
- L.Sandrin, *Aiutare senza bruciarsi. Come superare il burnout nelle professioni di aiuto*, Edizioni Paoline, Milano2004.
- L. Sandrin, *Chiesa, comunità sanante. Una prospettiva teologio-pastorale*, Paoline, Milano 2000

Inglese

- Cecily Sauders, *Spiritual pain.* Journal of Palliative Care, 1988; 4(3) sept: 29-32,
- Christina M. Puchalski, *Interdisciplinary Spiritual Care for seriously Ill and Dying Patients: A Collaborative Model* ; in Cancer J 2006;12:398–416
- Christina M. Puchalski, *A time for Listening and Caring*, Oxford, University press, 2006
- Karen M. Gutierrez, *Critical Care Nurses` Perceptions of and Responses to Moral Distress*, in: DIMENS CRIT CARE NURS. 2005;24(5):229/241
- Roberta Cavendish, *Do Pastoral Care Providers Recognize Nurses as Spiritual Care Providers?* in Holist Nurs Pract 2007;21(2):89–98
- Ke-Ping Yang, Xiu-Ying Mao, *A study of nurses' spiritual intelligence: A cross-sectional questionnaire survey* ; in International Journal of Nursing Studies 44 (2007) 999–1010
- Roberta Cavendish, *Patients' Perceptions of Spirituality and the Nurse as a Spiritual Care Provider*; in Holist Nurs Pract 2006 ;20(1):41–47
- Rene van Leeuwen *"Spiritual care: implications for nurses' professional responsibility"*, Journal of Clinical Nursing 15, 2006, 875–884
- Richard J. Wall **"***Spiritual care of families in the intensive care unit***"**; in Crit Care Med 2007 Vol. 35, No. 4
- Roberta Cavendish, **"***Spiritual Perspectives of Nurses in the United States Relevant for Education and Practice";* Western Journal of Nursing Research, 2004, 26(2), 196-212
- Harold G. Koenig, "*Concerns About Measuring "Spirituality" in* Research, The Journal of Nervous and Mental Disease • Volume 196, Number 5, May 2008

ELENCO DEI PARTECIPANTI ALLA SESSIONE 2008

RESPONSABILI :

Cosette Odier	Hans Neuenschwander	Daniel Pétremand	Claude Fuchs

PARTECIPANTI :

Eva Balmer	Christian Bernet	Gérard Berney	Jean-Michel Bigler
Cathérine Bollondy Pauly	Daniel Büche	Elke Burg	Manuela Colla Züger
Monica Escher	Claudia Gamondi	Heike Gudat	Philippe Laurent
Luisella Manzambi	Bea Marx	Hans Ruedi Meier	Ruth Merk
Cathérine Pictet	Sébastien Philipona	Daniel Rauch	François Rosselet
Margherita Stefen Fantini	Nathalie Steiner Collet	Jeanine Stepczynski	Nicole Thorens
Silvie Wermeille			

REDAZIONE :

Daniel Pétremand	Philippe Laurent	Claude Fuchs	J-M.Bigler
Daniel Büche			