

# QUALITÀ DI VITA, COPING E SPIRITUALITÀ IN ONCOLOGIA

## ABSTRACT

Quali attenzioni la religiosità e la spiritualità hanno ricevuto nella clinica e nella ricerca psico-oncologica? A questa domanda proverà a rispondere il seguente lavoro.

### Note antropologiche

La sapienza antropologica ci insegna che l'uomo, in particolare nella sofferenza, inevitabilmente si confronta con dilemmi esistenziali, dilemmi che acquistano carattere di urgenza quando l'essere umano si sente esposto all'angoscia della morte. **Viviamo in un mondo dove si pensa che tutto possa essere riconciliato con la tecnica;** i misteri del dolore e della morte, non potendo più essere ricondotti alla tecnica, si rivelano inconciliabili con una visione pragmatica e secolare della vita (Marcel, 1935), sono misteri che inevitabilmente generano domande, che l'uomo sofferente da sempre si pone, domande che conducono a riflettere non su cosa fare, ma su chi siamo, quesiti che ineriscono l'essere non l'agire. Giovanni Paolo II nella *Salvifici doloris* ci insegna che l'uomo inevitabilmente nel dolore giunge all'interrogativo del perché; interrogativo che spinge a riflettere non solo sulla causa, ma anche a ricercare uno scopo ed un senso della sofferenza provata. La ricerca di senso è funzione innata della mente umana (Frankl, 2022), noi siamo esseri *sense makers* (Morelli, 2024). La ricerca di senso è pulsione epistemofila che spinge l'uomo a farsi domande sui domini più grandi che lo riguardano, quelli che in una parola definiamo esistenziali. Il non trovare una risposta ai quesiti del dolore, della morte e della vita, induce una disperante sofferenza di natura spirituale, intesa come impossibilità a significare l'esperienza vissuta. Il dolore spirituale, così definito, si rivela essere uno dei più lancinanti e inficianti la qualità di vita di persone che devono affrontare una malattia che inevitabilmente scatena l'angoscia della morte ed il timore

di dover vivere una esperienza dolorosa incoercibile, inutile, tragicamente vana, perché non pensata come un viatico verso la guarigione (Filiberti, 2006).

L'antropologia cristiana insegna che esiste una tensione fondamentale verso la scoperta di senso della vita, verso l'assoluto, verso Dio (Vial, 2015). Riconosce che tra i bisogni più profondi e veri dell'uomo vi sia quello di trascendenza, riconosce che ogni essere umano possiede il potente desiderio di supporre che il mondo in cui vive abbia una sua logica, un senso che deve essere rivelato e scoperto, ma che per trovare senso alla vita c'è bisogno di un valore assoluto di riferimento (Malo, 2018).

### **Dal mondo della clinica**

Le testimonianze di pazienti che soffrono di una grave forma tumorale ci insegnano quanto le persone che nel dolore accedono ad una dimensione spirituale possono trovare conforto e forza per attivare *coping* adattivi alle esperienze che devono affrontare, **anche a quelle più drammatiche** (Filiberti, 1997). Nonostante queste evidenze antropologiche e cliniche, le tematiche religiose hanno ricevuto poca attenzione nella letteratura medica. Potter (1993), in una revisione della letteratura coinvolgente quattro importanti riviste mediche internazionali, aveva trovato che nel decennio preso in esame, 1981-1991, la variabile religiosa era stata concepita come clinicamente importante in solo 13 dei 17345 articoli revisionati. Ancora più sorprendentemente, una revisione di quattro prestigiose riviste psichiatriche relativa agli anni 1978-1982 aveva trovato che solo il 2,5% dei 2848 articoli analizzati includeva come rilevante la variabile religiosa (Larson, 1986).

Tuttavia, negli ultimi anni, si è imposto l'interesse di comprendere l'impatto che le istanze spirituali hanno sulla qualità di vita delle persone, in particolare quando queste soffrono di una patologia grave, come può essere quella tumorale. Nella letteratura psico-oncologica sono sempre più comparsi i termini di spiritualità e religiosità, in specifico all'interno degli studi sulla qualità della vita (Filiberti, 2000). Abbiamo interrogato la banca dati Pubmed collegando i termini "spiritualità e religiosità", "oncologia e qualità della vita", ottenendo 75 lavori di **revisione della letteratura** nel biennio 2022-2024.

### **Obiettivo del lavoro**

Il presente lavoro ha lo scopo di fornire una revisione aggiornata delle ricerche che sono finalizzate a valutare la relazione esistente tra religiosità, spiritualità, qualità di vita e capacità di *coping* nel paziente oncologico. Nella letteratura scientifica il termine "religiosità" si riferisce alla aderenza che una persona ha a valori e pratiche che sono proposte da una istituzione religiosa che è devota alla ricerca del divino attraverso prescrizioni rituali organizzate. Il termine "spiritualità" implica un senso di trascendenza, un senso di universale unità con gli altri e con il mondo, una ricerca di significato che non richiede necessariamente una partecipazione a rituali predefiniti (Puchalski, 2000).

### **Qualità della vita e spiritualità: i dati di ricerca psico-oncologici**

Un concetto chiave all'interno dell'Oncologia è quello di Qualità della vita (per brevità QdV). La concettualizzazione di Qualità della vita, successivamente anche Qualità della vita correlata alla Salute, è stata negli ultimi anni oggetto di molta attenzione, così come documentato dai numerosi articoli apparsi sulle più significative riviste mediche. Nella comunità scientifica internazionale è stato raggiunto un consenso su cosa si debba

intendere per QdV in ambiente medico; un costrutto multi-dimensionale comprendente almeno quattro aspetti della vita di un paziente: gli eventuali effetti collaterali dei trattamenti, l'attività fisica, lo stato affettivo e la vita relazionale - sociale.

Oggi, le più importanti istituzioni oncologiche ritengono fondamentale l'introduzione di parametri psicosociali all'interno delle ricerche cliniche controllate e di fatto viene sempre più proposto di affiancare ai tradizionali parametri biologici, come la sopravvivenza e la tossicità, utilizzati per valutare l'efficacia di un nuovo trattamento, **i dati provenienti dalle misurazioni della QdV** (Filiberti, 2006). Da una nostra ricerca effettuata sulla banca dati Pubmed, sono risultati 1.198 lavori che contenevano le parole chiave "spiritualità", "qualità della vita" e "oncologia" nel decennio 2013-2023. All'interno delle sempre più innumerevoli ricerche sulla QdV, sono sempre più gli studi che, riconoscendo importanza alle istanze spirituali del malato, misurano quanto l'accedere a questa dimensione della vita umana si correli sia con il livello generale di QdV riferito dal paziente che con le sue **capacità di coping**. Per *coping* si intende quel concetto elaborato da Lazarus e Folkman che lo descrivono come un processo cognitivo attraverso il quale le persone cercano di comprendere e di far fronte ad avverse situazioni personali e ambientali (Mytko, 1999; Lazarus, 1984). Interrogando la banca dati Pubmed, sono emersi 265 lavori su qualità della vita, *coping* e spiritualità, e 146 lavori su *coping* religioso e cancro solo nel triennio 2020-2023. **Di seguito, descriveremo i dati che provengono dagli studi che correlano qualità della vita e spiritualità.**

Prima di descrivere più in dettaglio ricerche finalizzate a valutare il rapporto tra QdV e spiritualità, riportiamo sinteticamente le conclusioni di tre meta-analisi che avevano come oggetto la relazione tra qualità della vita e interventi di natura spirituale nei pazienti oncologici. Una meta-analisi fatta dal Cancer Center di Tampa (USA), che considerava una popolazione di 32.000 pazienti oncologici adulti, evidenziava che la possibilità di accedere alla dimensione spirituale della vita era associata ad un più elevato benessere fisico e psicologico. Gli autori di questa analisi concludevano il loro lavoro sottolineando l'importanza di implementare come parte della cura anche dei programmi che considerassero come importanti i bisogni spirituali dei pazienti oncologici (Jim et al., 2015).

Una revisione sistematica e meta-analisi fatta da un gruppo di studio del Medical Center dell'Università di Amsterdam, che ha coinvolto 2050 pazienti oncologici (Kruijzinga et al., 2016), affermava nelle conclusioni che interventi diretti di natura spirituale avevano un impatto moderato sulla QdV dei pazienti; non vi erano evidenze che questi interventi avevano mantenuto nel tempo i benefici ottenuti dopo 3-6 mesi. Inoltre, una meta-analisi coinvolgente 1239 pazienti oncologici condotta da un gruppo dell'Università del Sichuan, in Cina, sosteneva nelle conclusioni che interventi di natura spirituale miglioravano la qualità di vita dei pazienti oncologici e riducevano ansia, depressione e mancanza di speranza (Xing, 2018).

Carver e collaboratori (1993), studiando 59 donne affette da **tumore mammario** nel periodo immediatamente post-operatorio fino ad un anno dalla chirurgia, trovarono una correlazione positiva tra capacità di ristrutturare la propria vita, religiosità ed accettazione dell'esperienza vissuta. In un gruppo di 175 donne affette da tumore mammario, Mickley e Soeken (1993) hanno osservato che la spiritualità era associata alla speranza in modo indipendente dalla gravità della diagnosi. Feher e Maly (1999), studiando la relazione tra religiosità e qualità di vita in 33 pazienti di età superiore ai 65 anni affette da tumore mammario, concludevano che la religiosità era associata ad una migliore

qualità di vita, in quanto fornisce una struttura cognitivo-affettiva che permette di dare un senso ad un evento tragico e potenzialmente traumatico come quello che stavano vivendo le donne da loro studiate. Prendendo in esame 142 donne sofferenti di tumore mammario e partecipanti ad una ricerca clinica orientata a valutare l'efficacia di programmi di riabilitazione psicosociale, Cotton e collaboratori (1999) individuavano una relazione positiva tra religiosità, spiritualità e presenza di spirito combattivo nei confronti della malattia. Silberfarb e collaboratori (1991), valutando la QdV in un campione di 200 pazienti con diagnosi di **mieloma multiplo**, riportavano che l'85% degli intervistati stimava che la religiosità giocasse un ruolo importante nel determinare la qualità del loro *coping* nei confronti della malattia. Un'indagine di Holland e collaboratori (1999) realizzata con 170 pazienti sofferenti di **melanoma maligno** evidenziava una correlazione positiva tra religiosità e capacità di adottare un *coping* più attivo nei confronti della malattia. I dati relativi a pazienti sofferenti di melanoma maligno venivano confermati anche da uno studio realizzato da Baider e collaboratori (1999), dell'Università di Gerusalemme, coinvolgente un campione di 100 pazienti israeliani. I dati di quest'ultima ricerca identificavano una correlazione positiva ( $r=0.48$ ;  $p<0.01$ ) tra i punteggi ottenuti al SBI-54 (lo strumento usato per misurare la spiritualità) e la presenza di strategie cognitive attive nei confronti dell'esperienza della malattia.

Studiando un gruppo di 62 **pazienti oncologici con diagnosi varia natura**, Jenkins e Pargament (1995) osservarono che il riconoscere importanza a questioni inerenti alla spiritualità si associava a più alti livelli di stima di sé o a più bassi livelli di ansia. Dati che venivano confermati anche da Kaczorowski (1989), in uno studio realizzato con pazienti ricoverati in **hospice**. Questi risultati venivano supportati anche da indagini condotte all'interno di popolazioni di pazienti in **HIV conclamato**, come rivelano due lavori di Fitchett e Peterman (1996), uno dei quali presentato alla Society for the Scientific Study of Religion, nel novembre 1996.

Uno studio realizzato dalla università del Michigan su 108 donne affette da **tumore ginecologico**, rilevava che oltre il 90% di queste pazienti riferiva di aver trovato conforto nella fede nel mantenere accesa la speranza di vita, mentre il 40% dichiarava di essere religiosa. Nessuna delle pazienti considerate affermava di aver perso la fede o di essere meno coinvolta in temi spirituali (Roberts, 1997). Uno studio trasversale effettuato a Taiwan su 155 pazienti affetti da **cancro orale** ha rilevato che la demoralizzazione dei pazienti è negativamente correlata con la soddisfazione della Qualità della vita e con i bisogni spirituali (Chang, 2022). Il benessere spirituale influisce positivamente anche sulla percezione della malattia, con ripercussioni positive sulla Qualità di vita, come riportato in uno studio su 100 pazienti affetti da **cancro al polmone** in Turchia (Kahraman, 2023). Una revisione sistematica sulla relazione tra il **tumore alla prostata** e la spiritualità ha rilevato un'associazione positiva tra quest'ultima e migliori risultati relativi alla salute, come la qualità della vita dei pazienti, il *coping* e la partecipazione agli *screening* (Neves, 2024).

Uno studio realizzato dallo Hoosier Oncology Study Group coinvolgente 160 pazienti ambulatoriali in **fase avanzata di malattia oncologica** evidenziava un'elevata correlazione tra Qualità della vita e benessere spirituale. Questa importante indagine rivelava che i punteggi elevati di QdV non erano associati all'attesa di vita, allo stato civile, al livello culturale e nemmeno al *performance status* (Fisch, 2003). Reed (1987), osservando il comportamento di pazienti in **fase terminale di malattia**, ipotizzò che

l'essere capaci di riconoscere importanza alla spiritualità poteva essere una fonte di benessere per queste persone, così come rivela anche Hiratsuka (2021) in uno studio di coorte multicentrico composto da 1313 pazienti oncologici giapponesi in **fase avanzata**. Ricerche correlanti l'indice di *performance status* (PS) con la spiritualità rivelano che anche quando il PS è compromesso, i pazienti oncologici capaci di accedere alla dimensione spirituale della vita mantenevano viva l'abilità di dare un senso alla loro esistenza e tolleravano meglio sintomi come il dolore o la fatica (Peterman, 1999). Risultati analoghi sono stati evidenziati da Delgado-Guay (2021), in uno studio multicentrico con 325 pazienti latinoamericani affetti da cancro avanzato negli Stati Uniti, in Guatemala e in Cile.

Anche gli **studi sui sopravvissuti** aggiungono un'ulteriore conferma al fatto che i fattori religiosi sono spesso positivamente correlati a più domini di Qualità della Vita associata alla salute nei pazienti oncologici (Canada, 2023; 2020; 2019; Cannon, 2022; Sleight, 2021; Gudenkauf, 2019). Ad esempio, in uno studio su 6305 sopravvissuti al cancro sono emerse associazioni positive tra le risorse religiose e la QdV. La spiritualità è stata anche associata a una maggior **gestione del dolore cronico** nei pazienti oncologici, in una recente revisione della letteratura (Cavalcanti, 2023).

### Implicazioni

Le ricerche ricordate supportano l'ipotesi che religiosità e spiritualità siano costrutti correlati positivamente con la Qualità di Vita di una persona che deve affrontare un evento particolarmente stressante, come è quello dell'essere colpiti da una malattia oncologica (Mytko e Knight, 1999). Un primo esito di questo sempre più marcato interesse è la costruzione di una serie innumerevole di **questionari** che misurano in maniera standardizzata le variabili della religiosità e della spiritualità.

Un testo curato da Hill e Hood, della Rosemead School of Psychology (CA, USA, 1999), raccoglie 126 scale e per ognuna di queste vengono forniti dati normativi, il percorso di validazione e una sintetica bibliografia indicante in quali studi è stata utilizzata la scala in oggetto. In questo lavoro ci riferiremo in particolare ad alcuni strumenti che hanno avuto applicazione in ambito oncologico.

Un esempio di scala per la religiosità, inizialmente validata in un campione di studenti di college e successivamente standardizzata anche in ambito oncologico e geriatrico, è la **Religious Orientation Scale (ROS)**, di Allport e Ross (1967). Questa scala, composta da 20 *item*, si basa sull'ipotesi di Allport che contrappone *religiosità intrinseca* a *religiosità estrinseca*; per Allport (1950) il soggetto che "vive la religione" appartiene alla prima categoria, mentre colui che "la usa" appartiene alla seconda. L'ipotesi originaria legava religiosità intrinseca a benessere psicologico, e religiosità estrinseca a difficoltà di adattamento. Studi condotti con pazienti sofferenti di tumore mammario, hanno rilevato che elevati livelli di religiosità intrinseca erano correlati in modo positivo alla speranza (Mickley et al., 1992), mentre indagini effettuate in ambito geriatrico hanno messo in evidenza un'associazione tra bassi livelli di depressione ed elevati livelli di religiosità intrinseca (Genia, 1993). Un altro esempio di scala validata originariamente con studenti di college e successivamente impiegata in varie popolazioni mediche, tra cui persone anziane, malati somatici di differenti diagnosi e pazienti psichiatrici, è lo **Spiritual Well Being Score (SWBS)** (Ellison, 1983). Lo SWBS è una scala ad autocompilazione, composta da due sub-scale di 10 *item*, misuranti il benessere spirituale (un esempio di domanda:

“Credo che Dio mi ami e che si prenda cura di me”) ed il benessere esistenziale (“Sento che la vita sia una esperienza positiva”).

Esistono anche scale che sono state ideate per misurare religiosità e spiritualità specificatamente in popolazioni mediche. Un esempio è il **Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Spiritual Well-Being**, validato con pazienti oncologici e HIV (Fitchett, 1996). Questo è un semplice test ad autocompilazione diviso in due sezioni: una definita come *Meaning* (significato) e *Peace* (pace) e un'altra *Faith* (fede). Esempi di domande sono: “Ho una ragione per vivere” oppure “Trovo conforto nella mia fede o nelle mie credenze spirituali”. Tra i questionari adottati in ambito oncologico, lo strumento forse più utilizzato è il **System of Beliefs Inventory (SBI)**. Di questo test esistono due versioni, entrambe ad autocompilazione: quella originaria di 54 *item* (Kash, 1995) e la forma successiva, ridotta di 12, elaborata da Holland e collaboratori (1999) dell'Unità di psico-oncologia del Cancer Center di New York. Lo SBI è un test per la spiritualità e religiosità specifico per le popolazioni mediche, in particolare quelle oncologiche. Il campione di validazione è formato da pazienti con melanoma maligno, malati ospedalizzati con varie forme di tumore e soggetti sani. Questo è uno degli strumenti più utilizzati in letteratura, sia per il prestigio del gruppo che lo ha elaborato sia perché è stato tradotto in molte lingue. Si preferisce la forma ridotta perché riduce l'impegno dei pazienti, dovendo questo test essere utilizzato in associazione ad altri questionari di misurazione della Qualità di vita, che richiedono una certa fatica per la compilazione (Cohen et al., 1995). Büssing ha sviluppato inoltre, nel 2010, il **Questionario sui bisogni spirituali (SpNQ)**, disponibile anche in italiano, sia come strumento diagnostico che come strumento di ricerca, per valutare i bisogni spirituali di pazienti con malattie croniche, anziani, adolescenti e persone sane. Un vantaggio dell'SpNQ è che non è limitato alle questioni di fine vita, ma è rilevante anche per le fasi più precoci e meno gravi della malattia (Büssing, 2021).

Tra i questionari citati in letteratura, ricordiamo l'**INSPIRIT** (*The Index of Core Spiritual Experiences*, Kass et al., 1991), il **Brief RCOPE** (Pergament et al., 1998) e lo **Spiritual Involvement and Beliefs Scale** (Hatch et al., 1998); questi strumenti hanno avuto applicazioni in popolazioni mediche, ma rispetto a quelli precedentemente citati richiedono maggiori verifiche psicometriche prima di una loro utilizzazione nell'ambito delle ricerche sulla Qualità di Vita in oncologia.

Anche i questionari generici di valutazione della QdV possono dare informazioni sulla sua relazione con la spiritualità. Un esempio è il **McGill Quality of Life Questionnaire (MQOL)**, validato con pazienti ricoverati in unità di cure palliative, con pazienti oncologici e in HIV conclamato; non contiene domande dirette sulla religiosità e sulla spiritualità, ma ha un *item* che valuta quanto un soggetto, nelle condizioni cliniche sopra descritte, sia capace di dare un senso all'esistenza, di trovare la vita degna di essere vissuta, di vedere ogni giorno come un dono. Le misurazioni del benessere spirituale (SWB) vengono utilizzate anche in associazione con la valutazione della QdV, come ad esempio nell'**EORTC QLQ-SWB32** dell'Organizzazione europea per la ricerca e il trattamento del cancro, già validato in tutta Europa e in altri paesi del mondo, testato in pazienti oncologici sia in contesti di cure palliative che di terapia oncologica attiva (Goyarrola et al., 2023).

## **Sulla misurazione della spiritualità e della qualità di vita**

Una questione critica coinvolgente sia la religiosità e la spiritualità che la Qualità della Vita è quella relativa alla loro misurazione. Queste posizioni critiche ritengono che sia la QdV che la spiritualità siano costrutti che ineriscono ad aspetti troppo soggettivi della vita umana per poter essere tradotti in uno *score* numerico. Se i quesiti epistemologici non sono facilmente risolvibili, perché è arduo operare una misurazione in assenza di un *gold standard* di riferimento, si deve anche riconoscere che, operativamente, la misurazione della Qualità della Vita, soprattutto oggi che la clinica deve confrontarsi con patologie che tendono sempre più alla cronicizzazione, ha fornito dati che si sono rivelati utili in una serie di domini quali: il *medical decision making*, l'organizzazione di programmi di riabilitazione psico-sociale per i malati oncologici, l'istituzione di programmi di formazione per il personale sanitario, la valutazione sanitaria dei trattamenti (Filiberti, 1997).

L'attivazione di protocolli di ricerca sulla Qualità della vita ha avuto anche il grande merito di dare la parola ai pazienti, e ciò ha favorito l'instaurarsi di una cultura nei programmi di cura che vede la malattia come un processo che riguarda il paziente nella sua completezza, non solo nella sua organicità, ma anche nei suoi stati d'animo, nelle sue relazioni, nella sua biografia. E nel dare parola ai pazienti, essi hanno incominciato a parlare di bisogni spirituali.

Le scale di misurazione della QdV sono un modo grezzo di raccogliere informazioni sulla vita dei pazienti; sicuramente raccolgono opinioni meno profonde di un'intervista, ma permettono, anche grazie al fatto che i dati possono essere trattati con adeguati strumenti statistici, di costruire degli scenari che diano informazioni sull'impatto che un dato trattamento per una data malattia ha sulla vita quotidiana dei pazienti.

Per quanto riguarda la misurazione della spiritualità, concordiamo con King, che è stato psichiatra e ricercatore al Maudsley Hospital di Londra, quando sostiene la correttezza di misurare la forza delle credenze religiose e spirituali. King propone un parallelo con la depressione, anch'essa oggetto di misurazione senza che ne conosciamo a fondo il contenuto. Peraltro, il concetto di depressione viene utilizzato e misurato in assenza di un riferimento assoluto, che è un'ipotesi di depressione uguale a zero, esattamente come avviene per la Qualità di Vita e la spiritualità. Vorremmo concludere questo lavoro ricordando che King (2001), in uno studio mirato a validare statisticamente un agile strumento che raccoglie informazioni su religiosità e spiritualità in soggetti in trattamento medico (**The Royal Free Interview for Religion and Spirituality self-report**), che ha visto coinvolto un campione di 300 pazienti ospedalizzati per gravi ustioni, aveva trovato che non vi era nessuna correlazione tra le credenze spirituali e il neuroticismo.

## **Rapporto medico - paziente**

Un'area di ricerca di grande interesse è quella orientata a valutare quanto e quale spazio devono occupare le variabili della religiosità e della spiritualità all'interno del rapporto medico-paziente. Un'indagine condotta negli Stati Uniti su persone sane riportava che il 78% degli intervistati affermava che la fede può facilitare un recupero da una malattia, mentre il 63% riteneva che il medico dovrebbe permettere al malato di poter

parlare di argomenti inerenti alla spiritualità (McNichol, 1996). Ed ancora: un'indagine effettuata tra i pazienti ricoverati nei 203 ospedali del North Carolina evidenziava come il 73% di loro pregava attivamente e che il 77% si raccomandava che i medici considerassero i loro bisogni spirituali come *item* importante da considerare nella relazione medico-paziente (King, 1994). Un'altra indagine effettuata negli Stati Uniti, commissionata da Time e CNN, evidenziava che l'82% degli intervistati credeva nel potere terapeutico della preghiera, il 73% sosteneva che pregare avrebbe aiutato (anche in senso clinico) un ammalato, mentre il 64% suggeriva che i medici dovrebbero dare spazio e attenzione ai bisogni spirituali dei loro pazienti (Wallis, 1996). Una ricerca coinvolgente un campione di soggetti americani sani sottolineava che il 40% degli intervistati riteneva importante che le questioni inerenti alla spiritualità trovassero uno spazio nella relazione tra i medici e i loro pazienti, qualora quest'ultimi fossero colpiti da una malattia dall'esito fatale (Gallup, 1995).

Uno studio coinvolgente medici e pazienti ricoverati (non psichiatrici), metteva in evidenza che solo il 9% dei medici contro il 44% dei pazienti stimava come importante la spiritualità nel determinare la qualità della vita (Koenig, 1997). La marcata differenza non ha particolari implicazioni nella quotidiana *routine* medica, ma può divenire rilevante quando il medico deve fare una diagnosi di malattia dall'esito potenzialmente fatale e di conseguenza progettare un intervento adeguato. Da uno studio multicentrico sulla percezione delle barriere che ostacolano l'assistenza spirituale, che ha coinvolto 322 medici e infermieri che si prendono cura dei malati oncologici terminali (Balboni, 2014), le barriere più frequentemente identificate sono state la formazione inadeguata e la mancanza di tempo. Un'indagine coinvolgente 94 oncologi e 267 infermieri oncologici dello stato dell'Indiana, riportava che il 37.5% degli infermieri e il 47.5% degli oncologi intervistati giudicava la spiritualità un *item* importante da affrontare nella relazione con il paziente. Quando però si chiedeva di dare un peso all'impatto che i bisogni spirituali hanno sulla Qualità di Vita rispetto ad altre variabili – come i bisogni finanziari, lo stato funzionale, il tono dell'umore –, solo l'11% e l'8% ritenevano che le esigenze spirituali avessero una priorità per i loro pazienti (Kristeller, 1999). Questo dato è in contrasto con quanto emerso da indagini effettuate con popolazioni di pazienti oncologici, i quali identificavano le istanze spirituali come decisive nell'influenzare la loro attuale Qualità di Vita (Risberg, 1996; Coyle Mc Donald, Coyl e Passik, 1987). In una ricerca che raccoglieva le opinioni di 20 pazienti affetti da tumore cerebrale inguaribile e di 16 loro famigliari, tutti, senza eccezioni, si dichiaravano soddisfatti dell'assistenza medica infermieristica ricevuta, ma riferivano insoddisfazione per non ricevere opportunità che permettessero loro di discutere, analizzare, condividere i dilemmi esistenziali che la loro condizione medica faceva affiorare (Strang, 2001; Orchard, 2004). Così come emerge anche nello studio di Delgado-Guay già citato (Delgado-Guay et al. 2021), dove su un campione di 325 pazienti oncologici in fase avanzata, oltre il 50% ha riferito che i loro bisogni spirituali e religiosi non sono stati supportati dall'*équipe* medica e che solo il 24% ha ricevuto attenzione pastorale all'interno dell'ospedale. Questa problematica viene riportata anche in uno studio di Astrow (2007) con un campione di 369 pazienti oncologici americani, dove si evidenzia che la presenza di bisogni spirituali insoddisfatti è correlata a una minore soddisfazione per le cure e a una percezione di minore qualità di quest'ultime, così come in una revisione sull'assistenza spirituale nei malati di cancro (Ripamonti et al., 2018), dove la valutazione dei bisogni spirituali/religiosi viene considerata parte

fondamentale della cura oncologica. In una revisione sistematica sulla spiritualità nelle malattie gravi e negli esiti di salute (Balboni et al., 2022) vengono suggerite implicazioni per l'integrazione della spiritualità nell'assistenza sanitaria, in quanto potrebbe migliorare la qualità della vita dei pazienti e delle loro famiglie. In questa revisione si sottolinea, inoltre, che anche i bisogni spirituali insoddisfatti possono essere associati a un ridotto benessere del paziente. Da una revisione retrospettiva di 31.623 pazienti oncologici, emerge anche che i pazienti che ricevono cure spirituali tendono ad essere più anziani e più malati di coloro che non le ricevono; questione di gravidanza attuale considerato l'invecchiamento della popolazione di pazienti e il progresso della tecnologia medica, che consente interventi di sostegno vitale per quelli gravemente malati (Chow, 2022).

In conclusione di questa revisione della letteratura, si può affermare che gli studi disponibili legittimano la posizione di coloro che suggeriscono di dare più spazio alla dimensione della spiritualità, sia in ambito scientifico (inserire misurazioni di R e S in studi sulla QdV) sia a livello pragmatico, ovvero dando più spazio e considerazione alla religiosità nella relazione con il paziente, in particolare nell'ambito delle cure palliative. Questa affermazione viene sostenuta anche da una revisione della letteratura sull'assistenza spirituale interprofessionale in oncologia (Puchalski et al., 2019), che fornisce raccomandazioni per l'integrazione di tale assistenza nella pratica oncologica, dimostrando come la spiritualità sia una componente importante della salute e del benessere di questi pazienti, in particolare della loro Qualità di Vita. Anche Proserpio et al. (2018) sottolineano come sia auspicabile l'integrazione degli assistenti spirituali nell'*équipe* multidisciplinare ospedaliera, per offrire una risposta più efficace alla sofferenza personale dei pazienti.

L'attenzione alla religiosità va data non perché chi non è religioso non è in grado di attivare *coping* costruttivi e adattivi alla sofferenza – per esempio, il 15% dei 117 pazienti studiati dalla Holland (1999) si dichiarava non religioso e non coinvolto in questioni spirituali, pur essendo in grado di attivare *coping* efficaci all'esperienza che viveva –, ma perché le ricerche indicano l'esistenza di una correlazione positiva tra i costrutti della religiosità e della Qualità di Vita. Questo avviene nonostante sia stato sostenuto che la religione non sia niente più che una forma di irrazionale credenza nel soprannaturale, e che Freud non esiti ad indicarla come una forma di nevrosi, una risposta infantile, o nella migliore delle ipotesi un approccio passivo ad una esperienza minacciante (Ellis, 1988; Freud, 1927).

Un'altra diretta conseguenza di queste evidenze che giungono dalla ricerca psico-oncologica è l'introduzione di terapie psicologiche che si pongono come dispositivi che hanno l'intento di aiutare i pazienti a significare l'esperienza che stanno vivendo (Park et al., 2015; Davari et al., 2022); **emblematica è l'esperienza grupale effettuata al Cancer Center di New York**. Queste esperienze, che trovano una solida base teoretica nel lavoro di Frankl, perseguono anche l'obiettivo di non abbandonare la persona grave in quell'isolamento esistenziale **che Yalom (2019) ha definito "l'abisso di solitudine", perché è solo con la presenza dell'altro che si può continuare quel cammino di significazione al disperante dolore che l'angoscia della morte inesorabilmente genera**. Per quanto riguarda la religiosità e la spiritualità, l'aver condotto delle misurazioni di questo aspetto della vita umana correlandolo con i dati provenienti dagli studi sulla QdV ha permesso di creare degli scenari che inesorabilmente stanno influenzando l'organizzazione dei programmi di assistenza per i malati gravi (Rousseau, 2002).

Inoltre, questi studi stanno dando una legittimità ed una forza scientifica a concetti che, per quanto focali nella vita umana, avevano ricevuto sempre poca attenzione sia clinica che scientifica.

### Aspetti transculturali

Un aspetto importante è quello transculturale. Lavori provenienti da culture diverse giungono tutti alla stessa conclusione, e cioè che gli interventi spirituali contribuiscono a migliorare la Qualità della Vita in oncologia.

A questa conclusione è giunta un'indagine fatta al King Hussein Cancer Center di Amman, in Giordania – ci riferiamo a una ricerca che coinvolgeva 150 **donne giordane affette da tumore mammario** (Al-Natour et al., 2017) –, così come ad esempio lo studio multicentrico di Delgado-Guay sui pazienti **latinoamericani** in fase avanzata (Delgado-Guay et al., 2021), la revisione della letteratura di Hunter-Hernández et al. (2015), sempre riferita ai pazienti oncologici latini, lo studio di Barata et al. (2022) su 242 **pazienti oncologiche ispaniche** sottoposte a chemioterapia, lo studio trasversale di Moysés et al. (2023) su 119 **donne amazzoniche** affette da cancro cervicale, lo studio di Pahlevan Sharif e Ong (2019) su 145 **pazienti oncologiche musulmane in Malesia**, lo studio di Yavuz e Koç (2023) su 261 pazienti **musulmani** anziani con cancro in **Turchia**, lo studio di Harbali e Koç (2022) su 406 pazienti oncologici musulmani in **Turchia** e uno **studio polacco** su 101 **pazienti oncologici cattolici** (Majda et al., 2022). Un lavoro svolto da Chaar e collaboratori (2018) della Saint-Joseph University di Beirut, giungeva alla conclusione che la spiritualità migliorava la QdV e diminuiva i livelli di ansia e depressione in 115 pazienti ammessi al Hotel-Dieu di Beirut. Degli studi condotti da un gruppo **cinese** abbiamo già parlato in precedenza (Xing, 2018), come di un lavoro svolto da un gruppo **americano** (Jim et al., 2015).

Anche un'indagine realizzata dalla Medical School di Londra (Thuné-Boyle et al., 2013) affermava che l'uso di risorse religiose e spirituali favoriva un *coping* positivo alla malattia e al trattamento in un campione di 155 donne operate al seno per tumore mammario. Uno studio sulle **donne musulmane tunisine con carcinoma mammario** ha evidenziato come le pazienti abbiano utilizzato prevalentemente il *coping* religioso positivo per far fronte alla malattia tumorale (Fekih-Romdhane, 2021).

Un interessante **studio multiculturale** effettuato a Brooklyn, New York, ha interessato 727 pazienti di ematologia e oncologia **eticamente e religiosamente differenziati** (bianco non ispanico, ispanico, nero, asiatico/cattolico, protestante, ebreo, buddista, ortodosso orientale, musulmano, spirituale ma non religioso) per valutare i bisogni spirituali ed esaminare l'associazione tra questi e la percezione della qualità delle cure. I risultati hanno mostrato che i bisogni spirituali sono comuni in una popolazione di pazienti etnicamente, religiosamente e linguisticamente diversificata, ma possono differire per *background* culturale, e che alti livelli di bisogno spirituale sono associati a livelli più bassi di soddisfazione e a una ridotta percezione della qualità delle cure (Astrow et al., 2018).

### Conclusione

Questo lavoro dimostra la stretta correlazione tra spiritualità e Qualità della Vita in soggetti che soffrono di una patologia oncologica. Questa affermazione è peraltro estendibile a tutte le patologie mediche ad elevato costo emotivo (ECE). In condizioni di gravi patologie organiche, la spiritualità aiuta a dare senso a questi eventi e a esercitare un

controllo sui sentimenti di depressione e assenza di speranza. Altri studi evidenziavano che, in pazienti in fase terminale di malattia, la fede era associata ad una soglia del dolore più alta e ad una maggiore efficacia del farmaco antalgico (Zucchi, 2005).

## BIBLIOGRAFIA

Al-Natour, A., Al Momani, S. M. e Qandil, A. M. A. (2017). The Relationship Between Spirituality and Quality of Life of Jordanian Women Diagnosed with Breast Cancer. *Journal of Religion and Health*, 56(6), 2096-2108.

Allport, G. W. (1950). *The individual and his religion*. New York: The McMillan Company.

Allport, G. W. e Ross, J. M. (1967). Personal religious orientation and prejudice. *Journal of Personality and Social Psychology*, 5(4), 432-43.

Astrow, A. B., Kwok, G., Sharma, R. K., Fromer, N. e Sulmasy, D. P. (2018). Spiritual Needs and Perception of Quality of Care and Satisfaction With Care in Hematology/Medical Oncology Patients: A Multicultural Assessment. *Journal of Pain and Symptom Management*, 55(1), 56-64.

Astrow, A. B., Wexler, A., Texeira, K., He, M. K. e Sulmasy, D. P. (2007). Is failure to meet spiritual needs associated with cancer patients' perceptions of quality of care and their satisfaction with care? *Journal of Clinical Oncology: Official Journal of the American Society of Clinical Oncology*, 25(36), 5753-5757.

Baider, L., Russak, S. M., Perry, S., Kash, K., Gronert, M., Fox, B., Holland, J. e Kaplan-Denour A. (1999). The role of religious and spiritual beliefs in coping with malignant melanoma: an Israeli sample. *Psycho-oncology*, 8(1), 27-35.

Balboni, M. J., Sullivan, A., Enzinger, A. C., Epstein-Peterson, Z. D., Tseng, Y. D., Mitchell, C., Niska, J., Zollfrank, A., VanderWeele, T. J. e Balboni, T. A. (2014). Nurse and physician barriers to spiritual care provision at the end of life. *Journal of Pain and Symptom Management*, 48(3), 400-410.

Balboni, T. A., VanderWeele, T. J., Doan-Soares, S. D., Long, K. N. G., Ferrell, B. R., Fitchett, G., Koenig, H. G., Bain, P. A., Puchalski, C., Steinhäuser, K. E., Sulmasy, D. P. e Koh, H. K. (2022). Spirituality in Serious Illness and Health. *JAMA*, 328(2), 184-197.

Barata, A., Hoogland, A. I., Small, B. J., Acevedo, K. I., Antoni, M. H., Gonzalez, B. D., Jacobsen, P. B., Lechner, S. C., Tyson, D. M., Meade, C. D., Rodriguez, Y., Salsman, J. M., Sherman, A. C., Sutton, S. K. e Jim, H. S. L. (2022). Spiritual well-being, distress and quality of life in Hispanic women diagnosed with cancer undergoing treatment with chemotherapy. *Psycho-oncology*, 31(11), 1933-1940.

Brady, M. J., Peterman, A. H., Fitchett, G., Mo, M. e Cella, D. (1999). A case for including spirituality in quality of life measurement in oncology. *Psycho-oncology*, 8(5), 417-28.

Büssing, A. (2021). The Spiritual Needs Questionnaire in Research and Clinical Application: A Summary of Findings. *Journal of Religion and Health*, 60(5), 3732-3748.

Canada, A. L., Murphy, P. E., Stein, K., Alcaraz, K. I., Leach, C. R. e Fitchett, G. (2023). Assessing the impact of religious resources and struggle on well-being: a report from the American Cancer Society's Study of Cancer Survivors-I. *Journal of Cancer Survivorship: Research and Practice*, 17(2), 360-369.

Canada, A. L., Murphy, P. E., Stein, K., Alcaraz, K. I., Leach, C. R. e Fitchett, G. (2020). Examining the impact of cancer on survivors' religious faith: A report from the American Cancer Society study of cancer survivors-I. *Psycho-oncology*, 29(6), 1036-1043.

Canada, A. L., Murphy, P. E., Stein, K. D., Alcaraz, K. I. e Fitchett, G. (2019). Trajectories of spiritual well-being in long-term survivors of cancer: A report from the American Cancer Society's Studies of Cancer Survivors-I. *Cancer*, 125(10), 1726-1736.

Cannon, A. J., Dokucu, M. E. e Loberiza, F. R., Jr (2022). Interplay between spirituality and religiosity on the physical and mental well-being of cancer survivors. *Supportive care in cancer: official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, 30(2), 1407-1417.

Carver, C., Pozo, S. e Harris, S. O. (1993). How coping mediates the effect of optimism on distress: a study of women with early stage breast cancer. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65, 375-390.

Cavalcanti, I. D. L., Costa, D. T., Soares, J. C. S. e Nogueira, M. C. B. L. (2023). Benefits of Spiritual and Religious Support in the Pain Management of Cancer Patients: A Literature Scoping Review. *Journal of Religion and Health*, 62(3), 1998-2032.

Chaar, E. A., Hallit, S., Hajj, A., Aaraj, R., Kattan, J., Jabbour, H. e Khabbaz, L. R. (2018). Evaluating the impact of spirituality on the quality of life, anxiety, and depression among patients with cancer: an observational transversal study. *Support Care Cancer*, 26(8), 2581-2590.

Chang, T. G., Huang, P. C., Hsu, C. Y. e Yen, T. T. (2022). Demoralization in oral cancer inpatients and its association with spiritual needs, quality of life, and suicidal ideation: a cross-sectional study. *Health and Quality of Life Outcomes*, 20(1), 60.

Chow, R., Tenenbaum, L., Balboni, T. A. e Prsic, E. H. (2022). Medical Outcomes of Oncology Inpatients With and Without Chaplain Spiritual Care Visit: The Yale New Haven Hospital Experience. *JCO oncology practice*, 18(3), e334-e338.

Cohen, S. R., Mount, B. M., Strobel, M. G. e Bui, F. (1995). The McGill Quality of Life Questionnaire: a measure of quality of life appropriate for people with advanced disease. A preliminary study of validity and acceptability. *Palliative Medicine*, 9(3), 207-219.

Cotton, S. P., Levine, E. G., Fitzpatrick, C. M., Dold, K. H. e Targ E. (1999). Exploring the relationship among spiritual wellbeing, quality of life and psychological adjustment in women with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 8, 429-438.

Coyle McDonald, M., Coyle, N. e Passik, S. (1987). Addressing the needs of the patient who request physician-assisted suicide or euthanasia. In J. Holland, J. Rowland (eds.), *Handbook of Psycho-Oncology*. New York: Oxford University Press.

Davari, S., Boogar, I. R., Talepasand, S. e Evazi, M. R. (2022). The Effect of Religious-Spiritual Psychotherapy on Illness Perception and Inner Strength among Patients with Breast Cancer in Iran. *Journal of Religion and Health*, 61(6), 4302-4319.

Delgado-Guay, M. O., Palma, A., Duarte, E., Grez, M., Tupper, L., Liu, D. D. e Bruera, E. (2021). Association between Spirituality, Religiosity, Spiritual Pain, Symptom Distress, and Quality of Life among Latin American Patients with Advanced Cancer: A Multicenter Study. *Journal of Palliative Medicine*, 24(11), 1606-1615.

Ellis, A. (1988). Is religiosity pathological? *Free Inquiry*, 8 (2), 27-32.

Ellison, C. W. (1983). Spiritual well-being: Conceptualization and measurement. *Journal of Psychology and Theology*, 11(4), 330-340.

- Feher, S. e Maly, R. (1999). Coping with breast cancer in later life: the role of religious faith. *Psycho-Oncology*, 8, 408-416.
- Fekih-Romdhane, F., Hakiri, A., Fendri, S., Balti, M., Labbane, R. e Cheour, M. (2021). Evaluation of Religious Coping in Tunisian Muslim Women with Newly Diagnosed Breast Cancer. *Journal of Religion and Health*, 60(3), 1839-1855.
- Filiberti, A. (1997). Riflessioni finali. In G. Apolone, P. Mosconi, M. Ballatori, F. Roila (a cura di), *Misurare la qualità di vita in oncologia*. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore.
- Filiberti, A., Mosconi, P. e Apolone G. (2000). Sull'uso del questionario di misurazione della qualità della vita EORTC QLQ-C30. *Argomenti di Oncologia*, 21, 427-438.
- Filiberti, A. (2006). Angoscia di morte e spiritualità. In A. Filiberti, L. Ramón (a cura di), *La spiritualità nella sofferenza*. Milano: Franco Angeli.
- Filiberti, A. (2006). Qualità di vita, coping e spiritualità. In A. Filiberti, L. Ramón (a cura di), *La spiritualità nella sofferenza*. Milano: Franco Angeli.
- Fisch, M. J., Titzer, M. L., Kristeller, J. L., Shen, J., Loehrer, P. J., Jung, S. H., Passik, S. D. e Einhorn, L. H. (2003). Assessment of quality of life in outpatients with advanced cancer: the accuracy of clinician estimations and the relevance of spiritual well-being – a Hoosier Oncology Group Study. *Journal of Clinical Oncology*, 21(14), 2754-2759.
- Fitchett, G., Peterman, A. H. e Cella, D. (1996). *Spiritual beliefs and quality of life in cancer and HIV patients*. Paper presented at the World Congress of Psycho- Oncology, New York.
- Frankl, V. (2022). *Sul senso della vita*. Milano: Mondadori.
- Freud, S. (1927). L'avvenire di un'illusione. In S. Freud, *Opere*, vol. X, Torino: Boringhieri.
- Gallup, G. (1995). *The Gallup Poll: Public opinion poll*. Wilmington: Scholarly Resources.
- Genia, V. (1993). A Psychometric Evaluation of the Allport-Ross I/E Scales in a Religiously Heterogeneous Sample. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 32(3), 284-290.
- Giovanni Paolo II (1984). *Salvifici doloris* (11 febbraio 1984). Disponibile da: [https://www.vatican.va/content/john-paul-ii/it/apost\\_letters/1984/documents/hf\\_jp-ii\\_apl\\_11021984\\_salvifici-doloris.html](https://www.vatican.va/content/john-paul-ii/it/apost_letters/1984/documents/hf_jp-ii_apl_11021984_salvifici-doloris.html) (u. a. 14 febbraio 2025).

Goyarrola, R., Lipsanen, J., Saarelainen, S. M., Suviranta, R., Rahko, E., Lamminmäki, A., Klaavuniemi, T., Ahtiluoto, S., Ohvanainen, A., Metso, P. e Pöyhiä, R. (2023). Spiritual well-being correlates with quality of life of both cancer and non-cancer patients in palliative care – further validation of EORTC QLQ-SWB32 in Finnish. *BMC Palliative Care*, 22(1), 33.

Gudenkauf, L. M., Clark, M. M., Novotny, P. J., Piderman, K. M., Ehlers, S. L., Patten, C. A., Nes, L. S., Ruddy, K. J., Sloan, J. A. e Yang, P. (2019). Spirituality and Emotional Distress Among Lung Cancer Survivors. *Clinical Lung Cancer*, 20(6), e661-e666.

Harbali, S. M. e Koç, Z. (2022). Psychosocial Problems in Relation to Spiritual Orientation and Religious Coping Among Oncology Muslim Patients. *Cancer nursing*, 45(2), 120-131.

Hatch, R. L., Burg, M. A., Naberhaus, D. S. e Hellmich, L. K. (1998). The Spiritual Involvement and Beliefs Scale. Development and testing of a new instrument. *The Journal of Family Practice*, 46(6), 476-86.

Hill, P.C. e Hood Jr., R.W. (1999). *Measures of Religiosity*. Birmingham: Religious Education Press.

Hiratsuka, Y., Suh, S. Y., Maeda, I., Morita, T., Mori, M., Ito, S., Nishi, T., Hisanaga, T., Iriyama, T., Kaneishi, K., Ikari, T., Tagami, K. e Inoue, A. (2021). Factors influencing spiritual well-being in terminally ill cancer inpatients in Japan. *Supportive care in cancer: official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, 29(5), 2795-2802.

Holland, J. C., Kash, K. M., Passik, S., Gronert, M. K., Sison, A., Lederberg, M., Russak, S. M., Baider, L. e Fox, B. (1998). A brief spiritual beliefs inventory for use in quality of life research in life-threatening illness. *Psychooncology*, 7(6), 460-469.

Holland, J. C., Passik, S., Kash, K. M., Russak, S. M., Gronert, M. K., Sison, A., Lederberg, M., Fox, B. e Baider, L. (1999). The role of religious and spiritual beliefs in coping with malignant melanoma. *Psychooncology*, 8(1), 14-26.

Hunter-Hernández, M., Costas-Muñíz, R. e Gany, F. (2015). Missed Opportunity: Spirituality as a Bridge to Resilience in Latinos with Cancer. *Journal of Religion and Health*, 54(6), 2367-2375.

Jenkins, R. A. e Pargament, K. I. (1995). Religion and Spirituality as Resources for Coping with Cancer. *Journal of Psychosocial Oncology*, 13(1-2), 51-74.

Jim, H. S., Pustejovsky, J. E., Park, C. L., Danhauer, S. C., Sherman, A. C., Fitchett, G., Merluzzi, T. V., Munoz, A. R., George, L., Snyder, M. A. e Salsman,

- J. M. (2015). Religion, spirituality, and physical health in cancer patients: A meta-analysis. *Cancer*, 121(21), 3760-3768.
- Kaczorowski, J. M. (1989). Spiritual well-being and anxiety in adults diagnosed with cancer. *The Hospice Journal*, 5(3-4), 105-116.
- Kahraman, B. N. e Pehlivan, S. (2023). The effect of spiritual well-being on illness perception of lung cancer patients. *Supportive Care in Cancer: Official Journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, 31(2), 107.
- Kash, K. M., Holland, J. C., Passik, S. D. et al. (1995). The Systems of Beliefs Inventory (SBI): a scale to measure spiritual and religion beliefs in quality of life and coping research. *Psychosomatic Medicine*, 57, 62.
- Kass, J. D., Friedman, R., Leserman, J., Zuttermeister, P. C. e Benson, H. (1991). Health outcomes and a new index of spiritual experience. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 30(2), 203-211.
- King, D. E. e Bushwick, B. (1994). Beliefs and attitudes of hospital inpatients about faith healing and prayer. *The Journal of Family Practice*, 39(4), 349-352.
- King, M., Speck, P. e Thomas, A. (2001). The royal free interview for spiritual and religious beliefs: development and validation of a self-report version. *Psychological Medicine*, 31(6), 1015-1023.
- Koenig, H. G., Bearon, L. B., Hover, M. e Travis, J. L. (1991). Religious perspectives of doctors, nurses, patients, and families. *Journal of Pastoral Care*, 45(3), 254-267.
- Kristeller, J. L., Zumbun, C. S. e Schilling, R. F. (1999). 'I would if I could': how oncologists and oncology nurses address spiritual distress in cancer patients. *Psycho-oncology*, 8(5), 451-458.
- Kruizinga, R., Hartog, I. D., Jacobs, M., Daams, J. G., Scherer-Rath, M., Schilderman, J. B., Sprangers, M. A. e Van Laarhoven, H. W. (2016). The effect of spiritual interventions addressing existential themes using a narrative approach on quality of life of cancer patients: a systematic review and meta-analysis. *Psycho-oncology*, 25(3), 253-265.
- Larson, D. B., Pattison, E. M., Blazer, D. G., Omran, A. R. e Kaplan, B. H. (1986). Systematic analysis of research on religious variables in four major psychiatric journals, 1978-1982. *The American Journal of Psychiatry*, 143(3), 329-334.
- Lazarus R. S. e Folkman S. (1984). *Appraisal, and Coping*. New York: Springer Company.

- Majda, A., Szul, N., Kołodziej, K., Wojcieszek, A., Pucko, Z. e Bakun, K. (2022). Influence of Spirituality and Religiosity of Cancer Patients on Their Quality of Life. *International journal of environmental research and public health*, 19(9), 4952.
- Malo, A. (2018). *Antropologia del perdono*. Roma: EDUSC.
- Marcel, G. (1935). *Etre et avoir*. Paris: Aubier.
- McNichol, T. (1996). The new faith in medicine. *USA Today Weekend*, 6 Aprile.
- Mickley, J. R., Soeken, K. e Belcher, A. (1992). Spiritual well-being, religiousness and hope among women with breast cancer. *Image*, 24(4), 267-272.
- Mickley, J. e Soeken, K. (1993). Religiousness and hope in Hispanic and Anglo-American women with breast cancer. *Oncology Nursing Forum*, 20, 1171-1177.
- Morelli, U. (2024). *Diagnosi e cura nella crisi dell'antropocene*. Corso FAD, Stilema. Disponibile da: [stilemaeventi.it/event/diagnosi-e-cura-nella-crisi-dell-antropocene](http://stilemaeventi.it/event/diagnosi-e-cura-nella-crisi-dell-antropocene) (u. a. 18 febbraio 2025).
- Moysés, R., Marques, I., Santos, B. D., Benzaken, A. e Pereira, M. G. (2023). Quality of Life in Amazonian Women during Cervical Cancer Treatment: The Moderating Role of Spirituality. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(3), 2487.
- Mytko, J. J. e Knight, S. J. (1999). Body, mind and spirit: towards the integration of religiosity and spirituality in cancer quality of life research. *Psychooncology*, 8(5), 439-450.
- Neves, N. M., Queiroz, L. A., Cuck, G., Dzik, C. e Pereira, F. M. T. (2024). Prostate Cancer and Spirituality: A Systematic Review. *Journal of Religion and Health*, 63(2), 1360-1372.
- O'Connell, L. J. (1995). Religious dimensions of dying and death. *The Western Journal of Medicine*, 163(3), 231-235.
- Orchard, H. (2001). Spiritual Care in 'God's Waiting Room': a Review of the Questions. *Progress in Palliative Care*, 9(4), 131-135.
- Pahlevan Sharif, S. e Ong, F. S. (2019). Education Moderates the Relationship Between Spirituality with Quality of Life and Stress Among Malay Muslim Women with Breast Cancer. *Journal of Religion and Health*, 58(4), 1060-1071.
- Pargament, K. I., Smith, B. W., Koenig, H. G. e Perez, L. (1998). Patterns of positive and negative religious coping with major life stressors. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 37(4), 710-724.

- Park, C. L., Sherman, A. C., Jim, H. S. e Salsman, J. M. (2015). Religion/spirituality and health in the context of cancer: Cross-domain integration, unresolved issues, and future directions. *Cancer*, 121(21), 3789-3794.
- Peterman, A. H., Fitchett, G. e Cella, D. (1996). *Modeling the relationship between quality of life dimensions and an overall sense of well-being*. Presentation at World Congress of Psycho-Oncology, New York.
- Potter, R. L. (1993). Religious themes in medical journals. *Journal of Religion and Health*, 32(3), 217-222.
- Proserpio, T., Ferrari, A., Veneroni, L., Arice, C., Massimino, M. e Clerici, C. A. (2018). Cooperation between in-hospital psychological support and pastoral care providers: obstacles and opportunities for a modern approach. *Tumori*, 104(4), 243-251.
- Puchalski, C. e Romer, A. L. (2000). Taking a spiritual history allows clinicians to understand patients more fully. *Journal of Palliative Medicine*, 3(1), 129-37.
- Puchalski, C. M., Sbrana, A., Ferrell, B., Jafari, N., King, S., Balboni, T., Miccinesi, G., Vandenhoeck, A., Silbermann, M., Balducci, L., Yong, J., Antonuzzo, A., Falcone, A. e Ripamonti, C. I. (2019). Interprofessional spiritual care in oncology: a literature review. *ESMO Open*, 4(1), e000465.
- Reed, P. G. (1987). Spirituality and well-being in terminally ill hospitalized adults. *Research in Nursing & Health*, 10(5), 335-44.
- Ripamonti, C. I., Giuntoli, F., Gonella, S. e Miccinesi, G. (2018). Spiritual care in cancer patients: a need or an option? *Current Opinion in Oncology*, 30(4), 212-218.
- Risberg, T., Wist, E., Kaasa, S., Lund, E. e Norum, J. (1996). Spiritual healing among Norwegian hospitalised cancer patients and patients' religious needs and preferences of pastoral services. *European Journal of Cancer*, 32A(2), 274-281.
- Roberts, J. A., Brown, D., Elkins, T. e Larson, D. B. (1997). Factors influencing views of patients with gynecologic cancer about end-of-life decisions. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 176(1 Pt 1), 166-172.
- Rousseau, P. (2000). Spirituality and the dying patient. *Journal of Clinical Oncology: Official Journal of the American Society of Clinical Oncology*, 18(9), 2000-2002.
- Silberfarb, P. M., Anderson, K. M., Rundle, A. C., Holland, J. C., Cooper, M. R. e McIntyre, O. R. (1991). Mood and clinical status in patients with multiple myeloma. *Journal of Clinical Oncology*, 9(12), 2219-2224.

Sleight, A. G., Boyd, P., Klein, W. M. P. e Jensen, R. E. (2021). Spiritual peace and life meaning may buffer the effect of anxiety on physical well-being in newly diagnosed cancer survivors. *Psycho-oncology*, 30(1), 52-58.

Strang, S., Strang, P., & Ternstedt, B. M. (2001). Existential support in brain tumour patients and their spouses. *Supportive Care in Cancer: Official Journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, 9(8), 625-633.

Thuné-Boyle, I. C., Stygall, J., Keshtgar, M. R., Davidson, T. I. e Newman, S. P. (2013). Religious/spiritual coping resources and their relationship with adjustment in patients newly diagnosed with breast cancer in the UK. *Psycho-oncology*, 22(3), 646-658.

Vial, V. (2015). *Psicologia e vita cristiana*. Roma: EDUSC.

Wallis, C. (1996). Faith & healing. *Time and CNN*, 24 giugno.

Xing, L., Guo, X., Bai, L., Qian, J. e Chen, J. (2018). Are spiritual interventions beneficial to patients with cancer: A meta-analysis of randomized controlled trials following PRISMA. *Medicine (Baltimore)*, 97(35), e11948.

Yalom, I. (2019). *Psicoterapia esistenziale*. Vicenza: Neri Pozza Editore.

Yavuz, D. e Koç, Z. (2023). Religious attitude, spirituality and mental adjustment in Turkish geriatric oncology patients. *Psycho-oncology*, 32(7), 1030-1037.

Zucchi, P. (2005). La terapia del dolore. *Dolentium Hominum*, 58, 28-34.