



ORDINE
DEGLI PSICOLOGI
DELLA LOMBARDIA



VERSO UN MONDO PIÙ GIUSTO

PSICOLOGIA DEI DIRITTI

VOL.2



ORDINE
DEGLI PSICOLOGI
DELLA LOMBARDIA

corso Buenos Aires, 75 - 20124 MILANO

tel: +39 02 2222 6551

PEO: segreteria@opl.it

PEC: segreteria@pec.opl.it

sito: www.opl.it

La Presidente

Laura Parolin

A cura di:

Damiano Rizzi

Coordinatore Osservatorio Diritti Umani

Componenti Osservatorio Diritti Umani

Progetto grafico

Alessandra Riva

Opera curata da: Ordine degli Psicologi della Lombardia - 2024

Tutti i diritti riservati. Riproduzione in qualsiasi forma, memorizzazione o trascrizione con qualunque mezzo (elettronico, meccanico, in fotocopia, su disco o in altro modo, compresi cinema, radio, televisione) sono vietate senza autorizzazione scritta dell'editore.

Ma, al momento attuale, siamo sicuri di poter incominciare a dedicarci alla "malattia"?
Ciò che – nella nostra istituzione psichiatrica – è rimasto, dopo la serie di riduzioni successive che ha liberato il malato mentale dalle incrostazioni istituzionali e scientifiche di cui era coperto, è da ritenersi la "malattia"?
O il peso dei ricoverati che - non avendo all'esterno una soluzione sociale - siamo costretti a continuare a gestire, ci impedisce ancora di essere ciò che vogliamo, obbligandoci a creare una nuova istituzione per poter sopravvivere? Questo è il segno della nostra impotenza, o dell'impossibilità di agire all'interno del sistema?

(F. Basaglia, Il problema della gestione, in L'istituzione negata, Einaudi Edizioni, Torino, 1968)

INTRODUZIONE

Il presente volume esplora e approfondisce i contributi dei cinque gruppi di lavoro (Gdl) che operano all'interno dell'Osservatorio sui Diritti Umani, evidenziando il loro impegno nella promozione di una cultura che unisca psicologia e diritti. Un aspetto centrale e comune a tutti i gruppi è il riconoscimento del diritto alla salute psicologica come elemento cardine, declinato nei vari ambiti di intervento in linea con il mandato istituzionale della nostra professione (Legge 56/89). Tale mandato si articola attraverso le funzioni fondamentali di prevenzione, diagnosi, intervento, abilitazione e riabilitazione, ognuna delle quali è strettamente connessa alla tutela e alla promozione dei diritti umani. Di seguito, viene illustrato brevemente il razionale di ciascun gruppo:

1. Psicologia per i diritti delle persone con disabilità: inclusione delle persone con disabilità, promuovendo il diritto a una vita autonoma e dignitosa. Focus sull'eliminazione di barriere fisiche, psicologiche e sociali, contribuendo a favorire una piena integrazione nella società e nel mondo del lavoro.
2. Psicologia per i diritti nel fine vita: rispetto della dignità delle persone nelle fasi finali della vita. Focus sul garantire un'assistenza psicologica che, oltre agli aspetti medici, si occupi del benessere emotivo e psicologico, promuovendo il diritto all'autodeterminazione e alla cura rispettosa negli ultimi momenti di vita.
3. Psicologia per i diritti dell'infanzia e dell'adolescenza: protezione dei diritti dei minori, con particolare attenzione alla lotta contro lo sfruttamento, l'abuso e l'isolamento sociale. Focus sulla sensibilizzazione della comunità sul benessere psicologico di bambini e adolescenti, promuovendo un approccio inclusivo che ne tuteli la dignità e favorisca lo sviluppo armonioso.
4. Psicologia per la fragilità psichica: sfide legate alla salute mentale, promuovendo un approccio integrato e centrato sulla persona. Focus su un dialogo collaborativo per rafforzare il ruolo degli psicologi e psicoterapeuti nella gestione delle fragilità psichiche, sottolineando l'importanza del diritto a una salute mentale dignitosa e accessibile.
5. Psicologia per i diritti dei migranti: sfide psicologiche legate alla migrazione, sostenendo i diritti dei migranti e cercando di superare traumi, discriminazioni e difficoltà di integrazione. Promozione di interventi per garantire a tutti i migranti dignità e pari opportunità, indipendentemente dalle loro origini.

Questi cinque gruppi di lavoro hanno operato con l'obiettivo comune di aumentare la consapevolezza e le competenze relative ai diritti umani, tanto all'interno della comunità professionale degli psicologi quanto nella società civile. Grazie al prezioso contributo delle colleghe e dei colleghi coinvolti, sono state sviluppate numerose iniziative di formazione, sensibilizzazione e divulgazione. Tra queste figurano la produzione di materiali informativi, corsi di aggiornamento e altre attività finalizzate a diffondere una cultura dei diritti umani, consolidando l'impegno dell'Ordine degli psicologi della Lombardia (Opl) in questo campo.

Le tematiche trattate in questo volume evidenziano le profonde interconnessioni tra psicologia e diritti umani, offrendo riflessioni e strumenti pratici per rendere la professione psicologica sempre più consapevole del suo potenziale trasformativo. Il ruolo degli psicologi, infatti, è cruciale nella promozione di una società che rispetti e garantisca i diritti di ogni individuo. Questo lavoro collettivo rappresenta un passo significativo verso un futuro più equo e inclusivo.

La riflessione sui diritti umani non è solo un imperativo etico, ma ha anche un'importanza centrale nell'ambito deontologico della professione psicologica. La nuova versione del Codice deontologico degli psicologi sottolinea esplicitamente l'importanza della professione nel difendere e garantire i diritti umani, intesi come la possibilità per ogni individuo di sviluppare pienamente la propria individualità nel rispetto della propria dignità.

Quest'ultimo tratto di percorso ha visto tutti i Gruppi di lavoro impegnati in una causa comune: fare della salute psicologica il quadro di riferimento attraverso cui affrontare le diverse aree di interesse. La salute mentale è stata riconosciuta come un elemento fondamentale, non solo dal punto di vista clinico, ma anche come condizione imprescindibile per il pieno godimento dei diritti umani. Ogni forma di violazione o restrizione dei diritti, infatti, ha ricadute dirette sul benessere psicologico delle persone, creando vulnerabilità e fragilità che vanno affrontate in modo tempestivo e integrato.

Rendere il benessere psicologico il perno centrale di ogni riflessione significa promuovere un approccio olistico alla tutela dei diritti, in cui la salute mentale non è solo un obiettivo individuale, ma anche una priorità sociale e collettiva. Gli psicologi, con il loro contributo, possono e devono facilitare una lettura multidimensionale delle problematiche che toccano le persone nei vari ambiti di intervento: dall'infanzia all'adolescenza, dalle persone con disabilità ai migranti, fino alle delicate fasi della vita che riguardano il fine vita e le fragilità psichiche.

Collocare la salute psicologica al centro delle strategie di intervento significa, quindi, considerare la dignità umana in tutta la sua complessità, riconoscendo che un benessere psicologico stabile è il presupposto necessario per una piena partecipazione alla vita sociale, per la realizzazione dei propri diritti e per il godimento di una vita libera e dignitosa. In questo modo, il lavoro degli psicologi non si limita alla cura del disagio, ma diventa parte integrante di un più ampio progetto di giustizia sociale, inclusione e promozione dei diritti umani.

In sintesi, attraverso le funzioni di prevenzione, diagnosi, intervento, abilitazione e riabilitazione, i cinque GdL hanno lavorato in modo coordinato per promuovere una cultura dei diritti umani che ponga al centro il benessere psicologico. Il loro contributo dimostra come la psicologia possa essere un potente strumento di trasformazione sociale, capace di incidere positivamente sulla vita

delle persone e di garantire che i diritti umani non siano solo un principio astratto, ma una realtà concreta e tangibile per tutti.

Prima di lasciarvi alla lettura di questo volume, teniamo a ringraziare Ivan Giacomel e Chiara Vegis per il loro prezioso ed indispensabile contributo alla realizzazione del presente volume.

Laura Parolin

La Presidente dell'Ordine degli Psicologi

Damiano Rizzi

Il Coordinatore dell'Osservatorio Diritti Umani

VOLUME II

IL CONTRIBUTO DEI GRUPPI DI LAVORO

- GDL PSICOLOGIA PER I DIRITTI DELL'INFANZIA E DELL' ADOLESCENZA:**
La salute mentale dei bambini e degli adolescenti: il contributo della psicologia
Gloriana Rangone, Luca Milani e Daniela Invernizzi 8
- GDL PSICOLOGIA DEI DIRITTI PER I MIGRANTI:**
L'accoglienza delle persone migranti: Novità normative e intervento psicologico.
Maria Luisa Gennari Wanda Ielasi, Michela Mineo e Lapo Frangini 22
- GDL PSICOLOGIA PER I DIRITTI NEL FINE VITA:**
La psicologia palliativa e la cura del morire
Cristina Vacchini, Jacopo Casiraghi, Ines Testoni e Primo Gelati 46
- GDL PSICOLOGIA E FRAGILITÀ PSICHICHE:**
Il posto del professionista psicologo e psicoterapeuta nella lotta per i diritti nel campo della salute mentale.
Anna Barracco 65
- GDL PSICOLOGIA PER I DIRITTI DELLE PERSONE CON DISABILITÀ:**
Disabilità e diritti: uno sguardo oltre le barriere
Jacopo Casiraghi, Riccardo Biella e Isabella Cadirola 86

GDL PSICOLOGIA PER I DIRITTI DELL'INFANZIA E DELL'ADOLESCENZA:

IL CONTRIBUTO DELLA PSICOLOGIA

Gloriana Rangone, Luca Milani e Daniela Invernizzi

GRUPPO DI LAVORO: TAVOLO PSICOLOGIA PER I DIRITTI DELL'INFANZIA

INTRODUZIONE

L'ordine degli psicologi della Lombardia ha promosso nel 2016 il progetto "La Psicologia per i diritti dell'Infanzia e dell'Adolescenza" nell'ambito del progetto "Psicologia e diritti umani".

Da allora, un gruppo di lavoro interdisciplinare ha operato, in modo continuativo, per diffondere tra gli psicologi la consapevolezza di agire con l'intento di promuovere e tutelare i diritti degli under 18 in una prospettiva di individuazione e prevenzione delle violazioni e di cura. La Convenzione sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza (CRC)¹ è lo scenario culturale, giuridico e operativo di riferimento che, se condiviso tra le diverse professionalità che si occupano di persone di minore età, può diventare uno strumento operativo e di comunicazione trasversale e sinergico con l'obiettivo di mirare al benessere olistico dei minorenni. Gli esseri umani di età compresa tra 0 e 18 sono considerati soggetti titolari di diritti politici, civili, economici, culturali, sociali (*Rights Holders*). Questo assunto teorico è molto significativo in una prospettiva di superamento di una cultura adultocentrica e comporta nuove riflessioni sull'approccio di tutti i professionisti con il minorenne in cura e con le istituzioni e gli adulti di riferimento. In una società sempre più multietnica che registra la presenza di migliaia di minorenni provenienti da paesi teatri di guerre, conflitti e tratta di bambini, bambine e adolescenti e di minori stranieri non accompagnati, una riflessione è stata rivolta anche ai tre protocolli opzionali alla CRC. Il protocollo opzionale concernente la vendita, la prostituzione e la pornografia rappresentante persone di minore età, il Protocollo nazionale sul coinvolgimento delle persone di minore età nei conflitti armati, il terzo protocollo sulle procedure di reclamo².

Nella prima fase di lavoro del gruppo, si è dato ampio spazio alla produzione di materiali³ per far conoscere la CRC agli psicologi e anche ai diretti interessati – i minorenni – cercando, attraverso eventi e corsi di formazione, di fornire esempi concreti dell'utilizzo dei diritti umani come indicatori per leggere e capire le problematiche evidenziate da singoli o da gruppi. Mettendo in evidenza e esplicitando il fondamentale contributo della psicologia per la tutela e la promozione dei diritti dell'infanzia e dell'adolescenza e in particolare per la prevenzione e la diagnosi del disagio psicologico. Successivamente, di anno in anno, sono stati selezionati e approfonditi temi e ricerche qualitative ritenuti rilevanti in relazione a contesti di vulnerabilità (minori stranieri non

1 La Convenzione sui Diritti dell'Infanzia e dell'Adolescenza (CRC) è stata approvata dall'Assemblea Nazioni Unite il 20 novembre del 1989 ed è entrata in vigore il 2 Settembre 1990. L'Italia ha ratificato la Convenzione con la legge n. 176 del 27 maggio 1991.

2 L'Italia ha ratificato i primi due protocolli con Legge n. 46 del 11 marzo 2002 pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale n. 77 del 2 aprile 2002 Supplemento Ordinario n. 65. Il terzo protocollo è stato firmato dall'Italia il 28 febbraio 2012 durante la cerimonia ufficiale di apertura alle firme e ratificato con Legge 199/2015, entrata in vigore il 18 dicembre 2015.

3 Tutti i materiali prodotti sono consultabili online.

accompagnati, violenza assistita intra-familiare, bullismo, percezione della guerra e diritto all'informazione). Molto spazio è stato dedicato alle conseguenze della pandemia Covid-19 cercando di dare la parola a ragazze e ragazzi affinché potessero esprimere il loro vissuto con varie modalità comunicative. L'analisi della realtà e del suo impatto sui minorenni ha orientato le nostre scelte fondate su principi enunciati nella CRC, in particolare sull'articolo 12 inerente al diritto all'ascolto e alla partecipazione.

Di seguito, alcuni pensieri e riflessioni espressi dagli studenti e dalle studentesse, raccolti nell'antologia "Covid-19 – un'esperienza da raccontare" a cura di Opl con il patrocinio di Unicef e del Garante regionale per l'infanzia e l'adolescenza.

«Penso di non riuscire a riassumere in una sola parola tutto quello che ho provato durante il periodo di lockdown e quello che provo tutt'ora, quando il potente Covid-19, virus che proviene dalla Cina e che ha colpito fortemente tutto il mondo tra febbraio e marzo 2020, circola impavido tra le nostre vite... spesso mi ritrovo con una miriade di pensieri per la testa, domande a cui non riesco a dare una risposta, insicurezze e debolezze dell'animo, un senso unico di confusione a cui non riesco a dare un freno»

«Ho ripreso con entusiasmo questo anno scolastico, anche se le regole anti-Covid a volte mi sembrano un po' costrittive. Le cose che prima facevo quotidianamente e con libertà, sono diventate meno naturali e più controllate»

«Non avrei mai pensato che quello che ci è successo quest'anno potesse accadere»

«Torneremo mai alla vita di prima? Andare a scuola normalmente, senza mascherina, senza il timore di essere troppo vicini? Quando riprenderemo a fare sport e a viaggiare senza limiti e paure?»

Nel nostro percorso di lavoro abbiamo preso in considerazione sia i Rapporti governativi sullo stato di attuazione della CRC nel nostro Paese presentati periodicamente al Comitato Onu sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza, sia i rapporti elaborati dal gruppo di lavoro sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza composto da oltre cento associazioni della società civile⁴. In questo contesto, riportiamo alcuni dati e riflessioni contenuti nel tredicesimo rapporto di aggiornamento sul monitoraggio della Convenzione sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza in Italia redatto dal gruppo CRC, dove si sottolinea che non sono stati compiuti molti passi avanti per migliorare la salute mentale delle persone di minore età. Inoltre, manca una raccolta dati nazionale e sistematica del Ministero della Salute per monitorare lo stato di benessere psicofisico e la salute mentale della fascia di età 0-17 anche in relazione alle conseguenze del Covid-19 su medio e lungo periodo. Il Rapporto descrive come, nella nostra società, le giovani generazioni manifestino molti segnali di malessere che riguardano diversi ambiti dell'esistenza, differenti fasce di età e spazi urbani e non.

Del resto i dati ci dicono che 1 giovane su 10 in Italia abbandona precocemente gli studi; 1 bambino su 5 nell'età compresa tra i 6 e i 10 anni non pratica sport; quasi il 12% degli adolescenti, soprattutto maschi, è a rischio di dipendenza dai videogiochi, e che gli studenti di età compresa tra i 15 e i 19 anni che si sono isolati volontariamente per sei mesi o più risultano essere il 9,1% del totale; sono aumentati i disturbi del comportamento alimentare, in particolare per le ragazze di 15-19 anni, e nell'ultimo decennio è raddoppiato il numero di utenti che si rivolgono ai servizi di Npia; c'è una progressione nel numero dei casi in cui i minorenni diventano protagonisti di casi di

⁴ www.CRC.net

detenzione e diffusione online di pedopornografia ed un crescente coinvolgimento di bambini e ragazzi nel sextortion, il 25,3% degli studenti delle scuole superiori ha dichiarato di essere stato vittima di bullismo da parte dei compagni (21% occasionalmente e il 4,3% in modo sistematico) ed il 18,1% ha ammesso di aver preso parte attivamente ad episodi di bullismo⁵. Nel mese di luglio il Cesvi ha presentato il Sesto indice regionale sul maltrattamento e la cura all'infanzia⁶ con un focus sulla violenza verbale, l'abuso psicologico più diffuso che riguarda il 36% dei minorenni nel mondo. Il tema centrale di questa edizione è dedicato al ruolo del linguaggio nel maltrattamento e nella cura delle persone di minore età. I professionisti che si occupano di infanzia e adolescenza, attraverso la conoscenza di questi strumenti periodici e aggiornati, hanno la possibilità di avere non solo un quadro generale della problematica considerata ma anche il supporto di analisi e dati regionali. Quindi più concrete rispetto al territorio in cui si opera. Possono porre maggiore attenzione ai fattori di rischio e individuare fattori protettivi adeguati. La pandemia Covid-19 ha messo in evidenza il tema della salute mentale degli under 18 ma le risorse a disposizione sono ancora troppo limitate per una reale attuazione del diritto alla salute.

Come le violazioni dei diritti incidono sullo sviluppo di bambini e adolescenti: lo sguardo della ricerca internazionale

Quando i diritti umani vengono sistematicamente violati, quello che rimane in "eredità" può intossicare in modo drammatico gli individui, soprattutto se bambini e adolescenti, e ramificarsi a deteriorare il funzionamento delle culture e delle società. Nel contesto della violenza e della violazione dei diritti umani, eventi come la minaccia di morte, l'assistere alla morte di altri, la tortura o lo stupro e l'assistere ad atrocità di ogni tipo sono di sovente messi in atto con l'obiettivo di incutere terrore, vendicarsi o dimostrare il potere del gruppo che li commette. Non sorprende, dunque, che la ricerca abbia dimostrato da anni come l'esposizione alle violazioni dei diritti umani, soprattutto se viene unita a privazioni e avversità durature, produce effetti consistenti sulla salute mentale, in particolare creando il rischio di disturbi psicologici come il disturbo da stress post-traumatico e la depressione⁷.

Da tempo si riconosce, tuttavia, che limitarsi al considerare le sole patologie conclamate come possibili conseguenze della violazione dei diritti umani sia potenzialmente riduttivo. Le categorie diagnostiche possono infatti essere inadeguate a descrivere gli effetti di questi eventi in più ambiti.

I sopravvissuti alle violazioni dei diritti umani, infatti, mostrano spesso anche una serie di altre reazioni, tra cui cambiamenti profondi e compromettenti del concetto di Sé, dell'autoefficacia e delle convinzioni esistenziali di base, oltre a sentimenti pervasivi di rabbia, umiliazione e tradimento.

Questo è tanto più vero quanto più si pensa alla violazione precoce dei diritti umani, che avviene in infanzia e in adolescenza. Non a caso, Judith Herman nel 1992⁸ è stata la prima a usare il ter-

5 <https://gruppoCRC.net/wp-content/uploads/2024/01/13%C2%B0-Rapporto-CRC-VERSIONE-DEFINITIVA-3.pdf>

6 <https://www.cesvi.org/wp-content/uploads/2024/07/indice-maltrattamento-cesvi-2024-bassa.pdf>

7 Z. Steel, T. Chey, D. Silove, D. Marnane, R.A. Bryant, M. Van Ommeren, Association of torture and other potentially traumatic events with mental health outcomes among populations exposed to mass conflict and displacement: A systematic review and meta-analysis, in «Journal of the American Medical Association», 302(5), 2009, pp. 537-549.

8 J. Herman, Trauma and recovery, Basic Books, New York 1992.

mine "Ptd complesso", nel tentativo di cogliere la profondità e la cronicità dei disturbi psicologici conseguenti alla traumatizzazione interpersonale ripetuta e che avviene sin dalle prime fasi della vita. Questo costrutto implica la possibilità di cambiamenti della personalità nel corso del ciclo di vita, che a loro volta esitano in deficit nella regolazione delle emozioni, degli affetti e degli impulsi, in disturbi dell'attenzione e della coscienza, in profonde alterazioni nella percezione di sé e della propria identità, nella incapacità di impegnarsi in relazioni interpersonali funzionali, e infine nel rischio di somatizzazione.

Gran parte della ricerca sul Ptd complesso si è concentrata sui traumi interpersonali ripetuti durante l'infanzia e, di conseguenza, ne ha ipotizzato una verosimile causa evolutiva: vi è una stretta relazione tra l'esposizione ripetuta a diversi tipi di eventi traumatici soprattutto interpersonali in età evolutiva e la complessità e pervasività dei sintomi⁹.

Il percorso attraverso cui la violazione sistematica dei diritti umani – soprattutto in infanzia e adolescenza – causa e mantiene il danno psicosociale (vale a dire una combinazione di disagio psicologico e compromissione del funzionamento psicologico e sociale) sarebbe correlato a una fondamentale messa in scacco di tre processi chiave: 1) funzionamento interpersonale; 2) possibilità di controllo e 3) identità individuale e di gruppo¹⁰.

Fratture nel funzionamento interpersonale

I traumi precoci e le violazioni dei diritti umani si verificano spesso in contesti di violenza di massa o di conflitto e sono caratterizzati da una specifica violenza interpersonale che viene messa in atto di proposito per reprimere il dissenso o soggiogare una minoranza o un sottogruppo della popolazione. In questi contesti, è comune essere esposti a molteplici casi e tipi di trauma interpersonale, come essere aggrediti o feriti, assistere al ferimento o alla morte di persone care o estranee, subire violenze sessuali o essere torturati. Al di là dell'impatto deleterio di questi eventi sulla salute mentale, questi processi di aggressione mettono profondamente in discussione le concezioni di benevolenza del genere umano e influenzano negativamente la fiducia e il funzionamento interpersonale.

Diminuzione della percezione di controllo

Le violazioni dei diritti umani pongono l'individuo in uno stato di impotenza, a maggior ragione se ci riferiamo a un bambino o a un adolescente. Nei contesti in cui si verificano tipicamente le violazioni, la persona può essere vittima di innumerevoli e imprevedibili casi di persecuzione e violenza; inoltre, può essere testimone di atrocità perpetrate contro familiari, amici o estranei, senza poter intervenire. Questo senso di impotenza può essere aggravato dal fatto che la persona viene privata del controllo di altre aree della sua vita, per esempio, essere costretta a fuggire dalla propria casa, o non essere in grado di rimanere con la propria famiglia.

9 M. McDonnell, K. Robjant, C. Katona, Complex posttraumatic stress disorder and survivors of human rights violations, in «Current opinion in psychiatry», 26(1), 2013, pp. 1-6.

10 A. Nickerson, R.A. Bryant, L. Rosebrock, B.T. Litz, The mechanisms of psychosocial injury following human rights violations, mass trauma, and torture, in «Clinical Psychology: Science and Practice», 21(2), 2014, pp. 172-172.

Denigrazione dell'identità individuale e di gruppo

Le violazioni dei diritti umani, infine, sono spesso legate alla persecuzione sulla base di qualche caratteristica legata all'identità etnica, politica, religiosa, culturale o di altro tipo. La discriminazione di una componente importante della propria identità attraverso la violenza, la svalutazione e la disumanizzazione rappresenta un potente perpetuatore del trauma nel ciclo di vita.

Bambini e adolescenti come soggetti in grado di esprimersi, avere opinioni e portare il proprio contributo: le ricerche del GdL

Il GdL ha sempre creduto nella opportunità che bambini e adolescenti non siano “soltanto” soggetti portatori di diritti e da tutelare, ma soprattutto dei membri della società in grado di portare contributi e far valere le proprie opinioni. Non a caso nella CRC l'Articolo 13, Capo primo, recita: «Il fanciullo ha diritto alla libertà di espressione. Questo diritto comprende la libertà di ricercare, di ricevere e di divulgare informazioni e idee di ogni specie, indipendentemente dalle frontiere, sotto forma orale, scritta, stampata o artistica, o con ogni altro mezzo a scelta del fanciullo».

Questo diritto non è solo – in astratto – la possibilità di esprimere opinioni e valutazioni in merito ai diversi argomenti, ma in concreto rappresenta la possibilità di considerare bambine e adolescenti come portatrici del punto di vista maggiormente rilevante in merito alla propria condizione di vita, la cui conoscenza – per chi lavora nel campo della salute mentale come le psicologhe e gli psicologi – rimane una conditio sine qua non per qualsiasi tipo di intervento.

In conformità con questo orientamento, il lavoro del GdL ha inteso far emergere il punto di vista dei bambini e degli adolescenti coniugando la possibilità di dare voce con l'obiettivo di raccogliere dati anche rigorosi dal punto di vista scientifico. In particolare, sono state attivate due ricerche specifiche, tese a far emergere la voce dei minorenni in relazione a due eventi di portata globale, in grado di sconvolgere l'equilibrio adattivo in un'età delicata e densa di sfide come quella evolutiva: l'epidemia globale di Covid-19 e relativo lockdown del 2020 e l'invasione russa dell'Ucraina del 2022. Entrambe le ricerche, condotte in collaborazione con Unicef, hanno dato luogo a due specifici report a cura del GdL e editi dall'Ordine degli Psicologi della Lombardia. Vediamo nel dettaglio un sunto dei principali risultati, rimandando alla lettura dei due report disponibili sul sito istituzionale Opl per i dati complessivi.

La condizione adolescenziale nella pandemia da COVID-19: profili di rischio e fattori di adattamento positivo¹¹

Il progetto di ricerca era orientato ad indagare le aree di potenziale malessere tra gli adolescenti, correlate alla pandemia da Covid-19, con l'obiettivo di poter “dare voce” alle ragazze e ai ragazzi che hanno vissuto la pandemia in prima persona, focalizzandosi su specifiche aree di funzionamento psicologico. È stato dunque ideato un questionario con domande chiuse e con domande aperte, indirizzato agli studenti del territorio milanese, a cui è stato chiesto in che modo il periodo pandemico avesse inciso su: le loro relazioni sociali, l'uso delle nuove tecnologie

¹¹ https://www.opl.it/public/files/18876-OPL_Dossier_Adolescenti-e-pandemia.pdf

e l'incontro con contenuti disturbanti online ed infine sullo stress percepito. Il campione è stato costituito da studenti appartenenti alle classi dalla III alla IV di tre istituti (scuole secondarie di secondo grado) di Milano e provincia: il liceo Carlo Tenca di Milano; l'istituto Rizzoli per l'insegnamento delle arti grafiche di Milano e l'istituto di istruzione Superiore Enrico De Nicola di Sesto San Giovanni. I dati sono stati raccolti nel periodo di settembre-ottobre 2021 e, nonostante le complicazioni dovute allo stato di emergenza, la ricerca ha ricevuto la collaborazione di 415 ragazze e ragazzi di età compresa tra 15 e 23 anni (56% femmine, 41% maschi, 3% non binari; 93% nati in Italia).

I principali risultati hanno mostrato come per l'uso delle nuove tecnologie si riscontrasse un aumento trasversale sia di Internet sia dell'utilizzo dei videogiochi durante e immediatamente dopo il "lockdown", con una percezione diffusa di una certa difficoltà nel limitare l'uso delle tecnologie una volta terminata la prima emergenza pandemica (es. oltre il 70% ha dichiarato di avere incrementato l'uso di Internet durante il lockdown, e più del 50% ha dichiarato di aver proseguito a usare la rete per la stessa quantità di tempo anche molto dopo la fine del lockdown; stessi dati per i videogiochi). Di particolare allarme il fatto che – tra i rispondenti – ben l'11% mostrasse decisi segnali di rischio di Internet gaming disorder (IGD), e un altro 22% evidenziasse un rischio più moderato ma sempre rilevante. In periodo pre-pandemico, i ratei di prevalenza di Igd e di rischio, misurati con le stesse modalità, erano rispettivamente del 2,1% e del 15,2%¹²: il confronto tra i dati pre e post-pandemici evidenzia un incremento notevole.

L'uso della rete in sé non appare esente da rischi, considerato che il 62% dei rispondenti ha riferito di aver incontrato almeno una volta contenuti "disturbanti" nel corso delle navigazioni (*hate speech*, discriminazione, razzismo, violenza, pornografia, etc...) e che ben il 32% di loro non ne abbia parlato con nessuno, né adulti né coetanei, preferendo gestire "da sé" la problematicità dei contenuti trovati.

In merito alla percezione di difficoltà e stress, i rispondenti hanno dichiarato che l'incertezza per il futuro fosse il problema maggiormente saliente e in grado di produrre risposte stressogene, seguito dalla difficoltà di "tenere insieme" la vita privata con quella scolastica e la gestione della didattica (tenendo conto del precedente periodo di lockdown).

Accanto a diverse aree di rischio, tuttavia, le ragazze e i ragazzi che hanno preso parte alla ricerca hanno avuto modo di evidenziare una sostanziale "tenuta" – se non addirittura miglioramento – delle relazioni strette nel periodo pandemico. In particolare, nel 35% dei casi hanno dichiarato di aver migliorato il loro rapporto con la madre, nel 30% con il padre, nel 43% con gli amici e infine nel 19% con gli insegnanti. Le relazioni sono state valutate come "stabili" rispettivamente nel 51%, 56%, 39% e 62% dei casi, confermando come nel periodo di lockdown e post-lockdown le relazioni siano state considerate un fattore protettivo.

Riportiamo alcune delle parole più significative emerse dalla sezione qualitativa del questionario, selezionate tra le centinaia di risposte pervenute:

«Durante la pandemia trascorrevi ore infinite su Instagram per guardare video, Tiktok o foto che mettevano ogni giorno i miei amici. In estate ho deciso di disinstallare Instagram perché ho notato un eccessivo uso quasi diventato un abuso durante la pandemia e ad oggi mi sento molto bene e più libera con la mente, trascorrendo ed impegnando il mio tempo in attività decisamente

12 Milani, L., La Torre, G., Fiore, M., Grumi, S., Gentile, D. A., Ferrante, M., ... & Di Blasio, P. (2018). Internet gaming addiction in adolescence: Risk factors and maladjustment correlates. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 16, 888-904.

più interessanti»

«Un rapporto più consapevole, perché sono stato esposto ad un uso di internet così intenso, e per certi versi anche tossico, che dopo il lockdown non ho avuto la stessa voglia di prima di usare la rete in generale. Ho anche approfondito per conto mio, attraverso la lettura di diversi libri, gli effetti negativi che la rete può avere sulle persone (eg. dipendenza, manipolazione nel marketing...) e l'argomento mi ha affascinato così tanto da aver scelto psicologia come futuro studio universitario»

«Video gore, ho subito eliminato i media, mi sentivo molto a disagio, è capitato due volte, poi ho deciso di evitare come la peste questa cosa. Ancora oggi però ho dei flashback ogni tanto. All'epoca stetti malissimo dopo aver visto quei video. Reperiti tramite Telegram. Social molto poco soggetto a moderazione a parer mio»

«Prima della pandemia lo usavo in maniera normale, a inizio pandemia è leggermente aumentato, ma diventando le giornate monotone il mio uso è drasticamente diminuito, avevo bisogno di far qualcosa di diverso, quindi ho comprato dei libri ed ho iniziato a leggere»

La percezione della guerra e il diritto a essere informati¹³

Il 24 febbraio del 2022 la Federazione Russa ha invaso militarmente l'Ucraina, imprimendo una tragica e distruttiva escalation alla guerra "tiepida" di invasione che la stessa Federazione aveva già avviato nel 2014 annettendo da prima la penisola di Crimea e successivamente occupando militarmente la regione ucraina del Donbass, sotto la "giustificazione" della protezione delle minoranze russofone della zona da supposte persecuzioni ucraine. Tali azioni, perpetrate nello spregio del diritto internazionale, sono state aggravate da una forma di "guerra ibrida" portata contro i paesi occidentali da parte della federazione russa (sottoforma di infiltrazioni in alcuni gangli amministrativo/politici delle cancellerie europee, diffusione di fake news e disinformazione, manipolazione dei social network, finanziamenti di organi di informazione, sospette ingerenze nelle elezioni di alcuni stati occidentali, etc...), oltre all'abbattimento - il 17 luglio 2014 - del volo MH.17 Malaysia Airlines con un missile terra-aria del sistema "Buk", causando 283 vittime civili oltre all'uccisione di tutti e 15 i membri dell'equipaggio.

L'invasione militare del 24 febbraio 2022 ha rappresentato uno spartiacque nell'equilibrio globale del pianeta, rappresentando di fatto la prima guerra con obiettivi di annessione territoriale imperialista da parte di una potenza nucleare dal secondo dopoguerra ad oggi, e il primo conflitto aperto tra nazioni sovrane sul territorio europeo dal 1945. Le minacce nucleari russe che hanno accompagnato l'invasione dell'Ucraina hanno riportato l'orologio del tempo indietro sino alla crisi dei missili di Cuba, all'acme del rischio di conflitto termonucleare.

Le notizie che sin da marzo 2022 si sono diffuse in merito ai massacri di popolazione inerme condotti da militari regolari russi nelle cittadine di Bucha e Irpin, con notizie di stupri di gruppo di civili dai 4 agli 82 anni di età (report Commissione ONU di inchiesta sull'Ucraina¹⁴), gli attacchi indiscriminati alla stazione di Vinnytsia, la distruzione completa della città di Mariupol (dove sono state raccolte prove dell'uso di forni crematori mobili da parte dell'esercito russo per nasconde-

¹³ https://www.opl.it/public/files/32492-OPL_PercezioneGuerra24.pdf

¹⁴ <https://www.ohchr.org/en/hr-bodies/hrc/iic/hr-ukraine/index>

re il numero totale di civili uccisi), l'attacco contro l'ospedale pediatrico di Mariupol sono solo alcuni degli esempi delle informazioni che sin dalle prime settimane dell'invasione sono state rese pubbliche, spesso con dovizia di particolari e con testimonianze grafiche e filmate.

Come sappiamo, l'esposizione a situazioni di conflitto – anche se non direttamente riguardanti il proprio Paese di residenza – può rappresentare un fattore di rischio per lo sviluppo di malessere psicologico, quando non veri e propri disturbi. La natura del tutto unica del conflitto che la Federazione Russa ha portato sul suolo d'Ucraina, sia in termini di perniciosità ed efferatezza, sia per il rischio di escalation in un conflitto mondiale, sia infine per la copertura mediatica – che ne ha mostrato “in diretta” le mostruosità, anche grazie al contributo di canali di informazione informali come l'ex “Twitter” – rappresenta un ulteriore fattore di rischio perché la percezione di insicurezza e di fragilità possa colpire soprattutto bambine e bambini, fanciulle e fanciulli.

Oltre a questo, rimane del tutto ovvio che la situazione di conflitto in sé sia una violazione capitale ai diritti dell'infanzia e dell'adolescenza, con elevato rischio di subire violenze fisiche e psichiche. Secondo stime dell'Unicef, tra il 2005 e il 2022 sono state compiute, da differenti gruppi armati, più di 315.000 gravi violazioni contro minorenni in costante inosservanza del diritto umanitario internazionale che dovrebbe proteggere tutti i civili. Tra queste, più di 120.000 minorenni uccisi o mutilati; almeno 105.000 reclutati o utilizzati da eserciti o gruppi armati; più di 32.500 rapiti; più di 16.000 soggetti a violenza sessuale.

Per questo, il Gdl ha deciso di realizzare un progetto di ricerca allo scopo di raccogliere le percezioni e i vissuti sulla guerra in Ucraina e la correlazione tra il “clima” generato da queste tematiche e le possibili situazioni di malessere psicologico e stati d'ansia a carico delle studentesse e degli studenti delle scuole secondarie di secondo grado. La ricerca, di natura qualitativa, ha voluto rilevare indicazioni circa le conoscenze e i vissuti relativi al tema guerra; le fonti d'informazione utilizzate dagli studenti; il livello di stress e le risorse messe in atto per gestirlo; la visione del futuro.

Hanno preso parte alla ricerca 135 ragazze e ragazzi delle classi dalla prima alla quinta, dei quali il 53,44% è di genere maschile, il 42,75% è di genere femminile e per il 3,82% non ha dichiarato il genere. Il 92,37% è nato/a in Italia e il 7,63% è nato/a fuori dal Paese. Le scuole che hanno aderito sono state: Ciofs Milano, Istituto Rizzoli Arti Grafiche, Liceo Scienze Umane Preziosissimo Sangue. I dati sono stati raccolti nella primavera del 2023.

I risultati principali hanno mostrato come la prima fonte di informazione per i ragazzi sul tema del conflitto sia la rete, seguita dalla Tv e dal contesto familiare. La maggior parte dei rispondenti ha ritenuto che le informazioni fossero sufficienti, anche se quasi un terzo ha comunque riferito di considerare insufficienti o gravemente lacunose le informazioni diffuse. In merito alle specifiche informazioni, emerge un quadro nel quale una ampia quota dei rispondenti (24,5%) desidererebbe maggiori informazioni sul conflitto in sé, in particolare nei termini delle cause che vi sottendono, del suo andamento e delle sue conseguenze. Un'ampia fetta dei rispondenti (21%) vorrebbe inoltre poter contare su informazioni di prima mano dagli abitanti delle zone invase. Relativamente alle sensazioni suscitate dal conflitto una buona fetta dei ragazzi che hanno risposto alla domanda si sente male, in particolare addolorato o dispiaciuto per la situazione e la sofferenza (32,7%), tuttavia all'incirca la stessa quantità di ragazzi dice di non avere sensazioni in positivo o negativo riguardo tale guerra o di non sentirsi coinvolta in merito.

Se ci concentriamo sulle preoccupazioni e le ansie suscitate dal conflitto, il quadro che emerge

mostra circa la metà dei rispondenti (49,1%) che esprime il suo timore per un allargamento della guerra, e in particolare il timore che diventi un conflitto mondiale o che arrivi a coinvolgere anche l'Italia. Altri rispondenti sono preoccupati circa i cambiamenti che la guerra porterà nella vita e nella società (12,7%), e molti sono i ragazzi che esprimono preoccupazioni riguardo all'evoluzione del conflitto sul suolo ucraino e alle condizioni degli abitanti di quel Paese (10,1%). I ragazzi si sentono ascoltati in merito a queste preoccupazioni? In termini generali il quadro mostra che tra i rispondenti circa un terzo si sente ascoltato (33,8%), e un altrettanto terzo no (32,3%). La fonte principale di ascolto e accoglienza delle preoccupazioni è la famiglia (39%), seguita immediatamente dal contesto amicale ravvicinato (35,7%).

Abbiamo infine chiesto loro se avrebbero voluto condividere un pensiero con un coetaneo o una coetanea ucraina, e la maggior parte dei rispondenti ha dichiarato che vorrebbe esprimere vicinanza dicendo di non mollare e non perdere mai la speranza nei sogni (50,8%).

Anche in questo caso riportiamo alcune delle parole più significative emerse dalle testimonianze dei rispondenti:

«Vorrei essere più competente nella ricerca del materiale informativo riguardante l'attualità. Inoltre, vorrei essere maggiormente sollecitato dalle istituzioni ad informarmi; ovviamente questo non mi scusa dal fatto che in autonomia io non mi impegni abbastanza nella ricerca»

«La Russia bombarda l'Ucraina perché Putin vuole i territori più ricchi? Vorrei sapere i motivi dell'attacco della Russia»

«Nonostante questa guerra sia in atto già da un anno, non riesco ancora a comprendere il motivo per il quale la Russia abbia privato un altro paese della sua libertà e si sia presa il diritto di devastare e uccidere solo per avidità e desiderio»

«Considerando la mia insufficiente informazione sull'argomento in generale, penso si dovrebbe evitare l'errore di credere che la guerra sia dovuta ad un soggetto unico, che è stato lasciato libero di agire e che con la sua eliminazione si potrà avere un ritorno alla pace e alla giustizia. Noi come Nazione, da un punto di vista più esterno, rispetto ai protagonisti della situazione, dobbiamo impedire che la violenza si intensifichi per le nostre scelte»

«Sono molto dispiaciuta e delusa da questa guerra, attaccare innocenti ogni giorno è più di un'assurdità. Non esistono giuste motivazioni per fare una guerra»

«Mi sento molto fortunata a vivere in Italia»

«L'inizio della fine».

Cosa può fare la psicologia: la riflessione del Gdl

Come anticipato nella introduzione, il Gruppo di lavoro sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza ha prodotto molti materiali diversificati e rivolti a diversi interlocutori, dalla storica pubblicazione "La CRC nella mente degli psicologi" ai fumetti usufruibili dagli adolescenti fino all'antologia scritta dalle studentesse e dagli studenti sul tema dell'impatto del Covid-19 sulle loro vite e all'ultima ricerca realizzata nelle scuole secondarie di secondo grado sulla guerra (cfr. paragrafo precedente). Questi interessanti materiali possono essere visionati sul sito e alcuni sono disponibili anche in versione cartacea.

Ma qual è il rapporto tra il tema dei diritti dei minorenni e gli psicologi? Bisogna subito chiarire che il rispetto dei diritti dei bambini e degli adolescenti non riguarda solo la nostra categoria

professionale: medici, insegnanti, educatori, operatori socio-sanitari, allenatori sportivi e più in generale tutti i membri della società civile hanno il compito di promuovere questi diritti, di vigilare sul loro rispetto e intervenire correttamente in caso di violazione. Il contributo specifico che la psicologia può dare riguarda però il diritto alla salute mentale di questa fascia di popolazione, tema che comprende ovviamente anche l'attenzione alla presenza sul territorio di servizi in grado di intervenire efficacemente e rapidamente quando bambini e adolescenti stanno male.

Il discorso però è molto più complesso. A volte i diritti violati si presentano in modo esplicito all'attenzione dello psicologo, ad esempio quando la violazione comporta maltrattamenti che lasciano segni visibili sul corpo ma spesso le evidenze non sono così chiare. Gravi trascuratezze, maltrattamenti psicologici, abusi sessuali, violenza assistita lasciano tracce spesso non facilmente individuabili che comportano ferite che incidono sullo sviluppo in modo spesso drammatico, sotto forma di traumi che lasciano segni destinati a manifestarsi a volte nell'immediato, altre volte dopo qualche tempo ma non raramente anche a distanza di molti anni, compromettendo irrimediabilmente i percorsi di vita delle vittime.

Che ruolo può avere lo psicologo in tutto questo? Un ruolo di fondamentale importanza, qualunque sia il contesto nel quale opera, sia privato sia istituzionale, e qualunque sia la popolazione con la quale si interfaccia. Chi lavora con bambini e adolescenti può confrontarsi direttamente con le vittime, ma anche chi lavora all'interno di servizi dedicati agli adulti può svolgere un ruolo importante. I pazienti sono spesso anche genitori e un'attenzione allo stato di salute mentale e fisica dei figli è atto doveroso. Quella condizione psicopatologica come incide sull'esercizio della genitorialità? Sarà una genitorialità fragile, che dovrà essere sostenuta, o una genitorialità pericolosa che necessita di interventi di messa in protezione? Non dimentichiamo poi che gli adulti sofferenti sono stati con grande probabilità bambini non visti, spesso vittime di esperienze traumatiche mai riconosciute. È importante che lo psicologo sappia prendersi cura anche del bambino sofferente che spesso si cela dietro l'adulto portatore di gravi disturbi. Il territorio è vasto e complesso, ma non dobbiamo lasciarci scoraggiare. Proviamo ad esplorare le aree che più chiamano in causa il professionista e all'interno delle quali il suo intervento può essere significativo e fare davvero la differenza.

Sensibilizzazione e prevenzione

Un primo ambito da considerare è sicuramente quello della sensibilizzazione e della prevenzione. Gli psicologi possono svolgere un ruolo importante nel sensibilizzare altri professionisti ma anche più in generale la società civile su queste tematiche, promuovendo incontri e scambi che possono diventare veicolo di conoscenza ma anche dar vita a reti di supporto che consentano al singolo di non essere solo qualora si trovasse a essere testimone di violazioni dei diritti. Vale qui la pena di ricordare che la realtà sommersa che contraddistingue queste violazioni è solo in parte spiegabile con la mancanza di conoscenze e di informazioni: spesso chi non agisce sa di trovarsi di fronte a un fatto grave ma non segnala e non denuncia perché non riesce a gestire da solo il peso dell'evento. Quindi creare reti virtuose è di importanza fondamentale.

Rilevazione delle violazioni dei diritti di bambini e adolescenti

Lo psicologo si trova sicuramente in una posizione privilegiata per quel che riguarda la possibilità di rilevare le violazioni di cui stiamo parlando. A volte raccoglie testimonianze dirette delle vittime o dei familiari, vede segni inequivocabili come lividi o ferite, ma con grande frequenza si confronta con stati di malessere o forme di conclamata psicopatologia che possono celare situazioni di crescita in contesti avversi, esperienze sfavorevoli e/o apertamente traumatiche. Situazioni quindi in cui il diritto dei bambini e degli adolescenti a crescere in contesti che rispondano ai loro bisogni, a essere ascoltati e validati, accompagnati nel loro sviluppo e protetti quando è necessario è stato violato talvolta episodicamente, talvolta in modo continuativo e in forma grave. È quindi importante che lo psicologo sappia andare al di là della diagnosi e si addentri nel contesto relazionale nel quale il suo piccolo paziente è cresciuto e sta crescendo nell'attualità. La mobilitazione delle risorse presenti nel suo contesto di vita sarà pertanto indispensabile, qualunque sia il tipo di approccio dello psicologo: in primo luogo i genitori ma anche gli insegnanti possono aiutarlo a dare un significato a comportamenti e atteggiamenti apparentemente inspiegabili. «Un fenomeno resta inspiegabile finché il campo di osservazione non è abbastanza ampio da includere il contesto in cui il fenomeno si verifica», ci ricorda Watzlawick¹⁵.

Grande attenzione andrà posta pertanto al coinvolgimento dei genitori: potremo trovarci di fronte a genitori non direttamente responsabili del danno ma che non hanno visto o hanno sottovalutato o viceversa genitori che hanno attivamente danneggiato il figlio. Questa fattispecie è ovviamente la più grave, in quanto in questi casi il danno arriva direttamente da chi dovrebbe accudire e sostenere. Le prassi sono ovviamente diverse: genitori che non hanno visto, non hanno capito, hanno sottovalutato potranno essere sostenuti e aiutati a diventare loro stessi risorsa di fondamentale importanza per il figlio o la figlia all'interno di un percorso che potrà svolgersi non solo nella stanza di terapia ma anche, se necessario, coinvolgere i servizi e la magistratura. Vediamo ad esempio cos'è successo nel caso di Caterina.

Caterina, 16 anni chiede di andare a parlare con una psicologa. È una ragazza intelligente e capace, con un buon profitto scolastico. I genitori, pur non capendo i motivi della richiesta, acconsentono. Nel primo colloquio che Caterina svolge con la psicologa comunica immediatamente i motivi della sua richiesta: racconta di essere stata abusata sessualmente da uno zio materno, alle cui cure è stata affidata dall'età di 8 anni fino ai 13, causa la complicata situazione lavorativa di entrambi i genitori. Dice di aver cercato di mettere da parte quella terribile esperienza e di essere riuscita a non pensarci fino al momento in cui un ragazzino coetaneo si è avvicinato e le ha fatto una carezza, facendole intendere di essere interessato a lei. Quel piccolo avvicinamento ha risvegliato le antiche paure e dopo lunghi ripensamenti ha capito che doveva agire. Non è stato facile per la psicologa sostenere Caterina a parlare in sua presenza ai genitori degli abusi subiti e a concordare con genitori e figlia l'opportunità di procedere sul piano giudiziario, ma l'intervento ha raggiunto l'obiettivo.

In questo caso la psicologa ha agito tempestivamente e correttamente. L'accoglienza riservata sia alla ragazza sia ai genitori ha consentito anche di sostenere questi ultimi a fare i conti con

¹⁵ P. Watzlawick, J.H. Beavin, D.D. Jackson, *Pragmatica della comunicazione umana*, Astrolabio, Roma 1971.

le loro responsabilità (come mai non hanno visto? Eppure, c'erano stati dei segnali...) e anche a comprendere che la difficile situazione nella quale si trovavano (problemi della loro relazione di coppia, criticità economiche...) aveva compromesso la loro capacità di essere bravi genitori.

Altra cosa se il luogo in cui la grave violazione dei diritti avviene è lo stesso nucleo familiare e chi agisce il danno è ad esempio direttamente un genitore. Nel ricordare che lo psicologo ha comunque una responsabilità individuale come professionista, non possiamo non sottolineare ancora una volta l'importanza di chiedere aiuto e sostegno. Dobbiamo accettare l'idea che, per quanto lo psicologo sappia esattamente cosa deve fare, possa avere difficoltà a procedere se è solo!

Rilevare e segnalare non è solo un dovere dello psicologo (come giustamente ci ricorda il nostro codice deontologico) ma anche un indispensabile atto di cura nei confronti dei nostri pazienti.

Presenza in carico e riparazione del danno

Se il danno è avvenuto nel passato e non sussiste un pericolo nell'attualità, non dovrà comunque essere trascurato in quanto se quel passato doloroso non viene rivisitato e almeno parzialmente riparato è destinato a riverberare i suoi effetti nel presente e nel futuro, a volte attraverso veri e propri sintomi, altre volte attraverso stati di sofferenza importanti, compromissioni del progetto di vita, rischio di ripetere nelle relazioni proprio quei maltrattamenti e quegli abusi che non sono stati visti né trattati. Ovviamente questo processo non è semplice né veloce. Molti sono gli "ingredienti" affinché si snodi in modo efficace: il nostro giovane paziente dovrà usufruire di una condizione di sicurezza per poter esplorare il suo difficile passato, sarà necessario coinvolgere i genitori o gli altri adulti di riferimento per costruire una squadra in grado di attraversare un mare tempestoso e ricco di incognite. La base di tutto questo sarà la buona relazione terapeutica che lo psicologo saprà instaurare con tutti gli interlocutori coinvolti. Un punto di attenzione è costituito dal fatto che, essendo gli eventi avversi avvenuti nel passato, può essere che il nostro interlocutore (soprattutto se è un adolescente) tenda a sottovalutarli e in qualche modo ad archivarli («ma è successo quando ero piccolo!»), come anche i genitori («è vero non ci siamo accorti... ma ormai è passato tanto tempo!») L'importante è che lo psicologo non cada in questa trappola e, con tutte le cautele necessarie, guidi i suoi interlocutori a fare i conti con il passato.

Ma a volte il pericolo è ancora presente nell'attualità. Il minore subisce preoccupanti violazioni dei suoi diritti che magari sono cominciate in passato ma che continuano nel presente. Può essere oggetto di maltrattamenti fisici e psicologici, abusi sessuali, vittima di violenza assistita, di bullismo, di vessazioni all'interno delle prime relazioni sentimentali... magari tutto questo accade sotto gli occhi disattenti o minimizzanti di molti e nessuno interviene.

Queste situazioni richiedono spesso interventi tempestivi, che consentano di promuovere la messa in sicurezza della vittima. Troppo spesso però anche il professionista più informato può trovarsi in difficoltà. È possibile che sappia come bisogna procedere ma può sentirsi travolto da emozioni e pensieri ostativi che impediscono di agire correttamente: paura di mettersi nei guai, di aver travisato certe comunicazioni, di accusare qualcuno ingiustamente, di contribuire all'apertura di iter giudiziari lunghi e di esito incerto, di aver messo il proprio giovane paziente in una situazione addirittura peggiore della precedente.

Lavorare con il trauma traumatizza: possiamo provare angoscia, possiamo congelarci in atteggi-

giamenti inefficaci, procrastinare ma anche dubitare della nostra lucidità, sperimentare pensieri fastidiosi e interferenti. Riconoscere i propri limiti ed essere indulgenti con noi stessi (non è così strano essere in difficoltà a fronte di avvenimenti che la mente e il cuore faticano a contenere) sono la premessa indispensabile per poter intervenire correttamente. La prima regola è sicuramente quella della condivisione: potersi riferire a un gruppo di lavoro aperto e disponibile, accogliente e non giudicante è la *conditio sine qua non* per poter agire efficacemente. Questa condizione però non è scontata, ma solitamente è frutto di un lavoro lungo e accurato che ha come primo obiettivo senz'altro la condivisione di alcuni prerequisiti fondamentali che riguardano la conoscenza dei diritti dei bambini e degli adolescenti e le conseguenze della loro violazione con relative prassi di intervento ma anche la presa d'atto che muoversi in questi territori è operazione non facile che non può essere svolta in solitudine.

Ma se lo psicologo è solo? Se all'interno del suo studio privato entra in contatto con queste situazioni come può muoversi? Sicuramente in questi casi siamo di fronte a una complessità maggiore. La rete è indispensabile ma andrà costruita: possono essere colleghi o servizi preposti, come ad esempio i servizi tutela o i centri antiviolenza (nel caso di donne maltrattate con bambini ai quali chiedere un confronto e un sostegno nelle situazioni di violenza assistita).

La possibilità che danni anche importanti trovino una riparazione non può prescindere, infine, dalla condizione di protezione e sicurezza di cui deve poter usufruire la vittima per poter esplorare le esperienze subite, tenendo conto che con questi termini non ci riferiamo solo all'interruzione delle esperienze traumatiche ma anche alla possibilità di usufruire di un contesto di crescita sano e accogliente. Se i genitori, adeguatamente aiutati, riescono a diventare risorsa per il figlio o la figlia, questa è sicuramente l'opportunità migliore. Ma l'esperienza ci insegna che a volte questa strada è preclusa. Sarà nostro compito (è ancora una volta la rete e la collaborazione sono concetti cardine) fare tutto quanto è in nostro potere per garantire al minorenne ciò di cui ha diritto.

Formazione continua e lavoro di rete

In sintesi: è estremamente importante che gli psicologi conoscano quali sono i diritti dei bambini e degli adolescenti e non ne sottovalutino le violazioni. Grande attenzione andrà posta a violazioni che tendono a sparire dietro la cortina fumogena dei pregiudizi «ma lo fanno tutti. Cosa c'è di così grave? Quattro schiaffi non hanno mai fatto male a nessuno». La formazione dei professionisti non può prescindere da questi aspetti conoscitivi che devono includere anche le prassi che devono essere seguite in caso di necessità. Tuttavia, l'esperienza ci insegna che la formazione istruttiva non basta. Un professionista può essere adeguatamente informato ma non fare quello che è indispensabile in questi casi. La parola d'ordine è "insieme è possibile": solo se il tuo problema diventa il nostro problema possiamo aspettarci quel cambiamento rilevante che può trasformare il corso della vita di bambini e adolescenti vittime di esperienze avverse.

Un altro focus importante è, come già accennato, quello relativo ai servizi dedicati alla salute mentale dei bambini e degli adolescenti. È sicuramente indispensabile che bambini e adolescenti in difficoltà possano accedere ai servizi preposti, ma sappiamo che la realtà è fatta di lunghe liste d'attesa e di interventi sottodimensionati rispetto alle necessità dei piccoli. Se è vero che anche gli adulti hanno diritto ad essere presi in carico dai servizi sanitari in tempi ragionevoli e coerenti

con le necessità della loro patologia, non dobbiamo dimenticare che i tempi dei bambini sono diversi. Per un bimbo di due anni, sei mesi sono un lasso di tempo enorme, all'interno del quale possono accadere eventi che possono segnare in modo irreversibile la sua vita, per un adulto potrebbe essere una circostanza maggiormente accettabile.

Quindi un aspetto importante riguarda proprio i tempi di accesso ai servizi dedicati e la possibilità, se necessario, di fornire un successivo intervento adeguato in termini di frequenza.

Ribadiamo ancora quanto sia fondamentale (e gli psicologi possono fungere da risorsa preziosa!) tenere nella mente che dietro comportamenti disregolati, magari oppositivi o decisamente violenti, chiusure inspiegabili, difficoltà a socializzare, improvvisi cambiamenti di umore che tanto mettono in difficoltà gli adulti (genitori, insegnanti, educatori) possano esserci proprio quelle esperienze avverse di cui abbiamo parlato e che sono al contempo un trauma per chi ne è vittima ma anche una violazione dei diritti dei piccoli che chiamano in causa tutta la società civile.

La frequenza con la quale ci capita di confrontarci con casi in cui palesi violazioni dei diritti con conseguenti esposizioni a esperienze traumatiche mai adeguatamente considerate anche a fronte di lunghi percorsi di cura ci deve allertare e stimolare ad approfondire le motivazioni che concorrono a creare questo tipo di difficoltà e conseguentemente a mettere a punto strategie efficaci di miglioramento.

Per concludere

Come psicologi abbiamo un compito davvero importante, che per essere svolto al meglio richiede dedizione, impegno, propensione a collaborare, aggiornamento costante. Ma non solo. Ricordiamoci che lavorare su questi temi può comportare emozioni intense e difficili da gestire, momenti di scoraggiamento, voglia di rinunciare... aspetti che, per poter essere adeguatamente gestiti, devono in primo luogo essere riconosciuti.

Come ci ricorda Rachel Naomi Remen¹⁶ «*The expectation that we can be immersed in suffering and loss daily and not be touched by it is as unrealistic as expecting to walk through water without getting wet*».

¹⁶ R.N. Remen, Kitchen table wisdom: Stories that heal, Pan Australia, 2010.

GDL PSICOLOGIA DEI DIRITTI PER I MIGRANTI: L'ACCOGLIENZA DELLE PERSONE MIGRANTI: NOVITÀ NORMATIVE E INTERVENTO PSICOLOGICO.

Maria Luisa Gennari, Wanda Ielasi, Michela Mineo e Lapo Frangini

GRUPPO DI LAVORO: TAVOLO PSICOLOGIA DEI DIRITTI PER I MIGRANTI

L'intervento psicologico nel lavoro con le persone migranti

Etno dal greco *éthnos*, "popolo", prefisso che nelle parole etnopsicologia e etnopsichiatria rimanda alla necessità di contestualizzare, comprendere la salute mentale individuale all'interno del gruppo socio-culturale che l'ha generata, quando i protagonisti dell'incontro clinico provengono da orizzonti geo-culturali diversi¹⁷. Un altro termine per identificare questo ambito disciplinare è transculturale¹⁸, proprio nell'accezione di favorire gli sconfinamenti che consentono di toccare la comune umanità dell'altro, nonostante e a partire dalle differenze culturali. Le nostre pratiche psicologiche e professionali vengono, in questo ambito, interrogate dalle diverse umanità espresse dalle determinanti geo-culturali.

Nel presente contributo intendiamo delineare ruolo, obiettivi, competenze e metodi psicologici utili per operare con le persone di provenienza migrante, che incontriamo nei diversi contesti di vita e professionali: un focus specifico verrà posto nell'ultimo paragrafo sulle persone protagoniste delle migrazioni forzate, in quanto i bisogni delle persone migranti sono ingenti e necessitano di competenze professionali psicologiche specifiche.

Sensibilizzazione alla cura psicologica: chi è lo psicologo per le persone migranti?

L'arte psicologica è frutto del paradigma cartesiano occidentale, che distingue aree di funzionamento umano separate: la realtà biologica e la realtà psicologica. Nel resto del mondo – in antropologia distinguiamo l'Occidente West dal resto del mondo Rest – prevalgono ontologie, ovvero modi di intendere l'essere umano, diverse: prevale una visione unitaria, olistica, secondo la quale la cura della persona viene agita da un unico professionista della salute che riassume in sé i saperi medici e dell'anima. Ne consegue che la figura psicologica spesso non è conosciuta e se conosciuta – perché il paradigma bio-medico è diffuso sull'intero globo terrestre – è poco frequentata. La prima necessità è quindi non dare per scontata la natura dell'intervento psicologico e dedicare il primo tempo della relazione per spiegare la funzione dello psicologo, anche attraverso la costruzione di assonanze con figure della cura presenti nei Paesi di provenienza (guaritori come per esempio il curandero, il marabutto, ecc.).

Partiamo quindi dalla consapevolezza che la salute umana e le modalità per coltivarla o ripristinarla in caso di malattia variano a seconda del contesto geo-culturale di vita, ma la grandissima

17 P. Coppo, *Tra psiche e culture. Elementi di etnopsichiatria*, Bollati Boringhieri, Torino 2003.

18 A. Ancora, *Verso una cultura dell'incontro. Studi per una terapia transculturale*, FrancoAngeli-Scienze e Salute, Milano 2017.

varietà di provenienza geo-culturale in Italia non permette di sviluppare competenze specifiche esaustive al riguardo. Sappiamo che ci sono differenze culturali in gioco, ma per esplicitarle, renderle visibili, risorsa preziosa è la funzione della mediazione linguistico-culturale: avvalersi della collaborazione di figure della Mediazione linguistico-culturale (Mlc) per costruire ponti comunicativo-relazionali, non solo linguistici ma anche e soprattutto per condividere rappresentazioni e significati delle esperienze di vita e in particolare dei modi di pensare e agire la malattia e la cura. Includere la mediazione linguistico-culturale nel setting psicologico implica la competenza di saper valorizzare la risorsa della mediazione, costruire un'alleanza di lavoro di reciproca fiducia, per potersi affidare a codici e modalità comunicativi altri, dedicando ad esempio un tempo aggiuntivo, prima e/o dopo il colloquio psicologico al confronto con il mediatore.

Nella fase iniziale è utile favorire la distinzione tra il fare cura dello psicologo rispetto ad altre figure della cura: medico, psichiatra, operatore sociale, educatore, assistente sociale, insegnante.

Il lavoro psicologico nella migrazione avviene soprattutto in rete con le figure di riferimento in équipe trans-disciplinari: operatori sociali, legali, sanitari, eventuali coordinatori di progetto e spesso la presa in carico psicologica prevede – in alcuni momenti salienti come l'avvio e la conclusione della consultazione o l'evenienza di momenti critici nella vita del beneficiario – l'inclusione nel setting di operatori/persona di riferimento significativi.

Lo psicologo contribuisce ad una visione integrata del benessere delle persone migranti e al sostegno dei processi di crescita, di rete e di inclusione sociale.

La cura psicologica

Attraverso la capacità di maturare una comprensione critica, consapevole del proprio fare clinico grazie al contributo delle discipline etno-psicologiche e antropologiche, emergono le competenze specifiche, un saper fare transculturale di seguito dettagliato:

- sviluppare una sensibilità – empatia culturale a partire dal riconoscimento che ciascun essere umano è abitato da un pregiudizio etnocentrico: si guarda la realtà e gli altri attraverso le lenti culturali costruite nel proprio contesto di vita, lenti che spontaneamente si ritengono essere le migliori possibili e quindi universalmente condivise. Anche lo sguardo professionale, psicologico, è sempre localizzato, storico: appartiene alla nostra specifica società e non ad altri orizzonti umani. In qualità di operatori della salute in ambito transculturale, diviene necessario operare quindi uno sforzo di decentramento culturale. Nell'incontro psicologico spesso accade di non comprendere ciò che la persona racconta/agisce, tuttavia la certezza della presenza di significati motiva l'operatore alla ricerca di una possibile comprensione attraverso il dialogo con l'altro. In questo processo si esercita l'ascolto attivo, ovvero si mette tra parentesi il noto, la valigetta degli attrezzi abituali, culturalmente determinati, per aprire uno spazio in cui il modo di farsi umano dell'altro possa manifestarsi. Il compito consiste nel far sì che il bagaglio culturale invisibile, che ciascun essere umano, operatori della salute inclusi, porta inevitabilmente con sé, divenga visibile: è la cornice di senso entro cui le umanità divengono intelleggibili.

Come afferma Marianella Sclavi¹⁹ «se vuoi comprendere quel che un altro sta dicendo, devi assumere che abbia ragione e chiedergli di aiutarti a vedere le cose e gli eventi dalla sua prospettiva». Diviene necessario attingere ai saperi transculturali soprattutto quando le emozioni nel setting psicologico divengono particolarmente faticose, difficili, disturbanti: è il controtransfert culturale, che diventa leggibile e si traduce in leva terapeutica, se si lascia spazio alla narrazione e alla verità dell'altro. Così si scopre che la prospettiva dell'operatore è solo una tra quelle possibili, si abita in questo modo una lettura decentrata della realtà. L'auto-consapevolezza emozionale e il posizionamento decentrato permettono la convivenza di rappresentazioni e attribuzioni valoriali dissonanti, al fine di intessere nuovi equilibri di salute:

- conoscere o predisporre a conoscere universi di cura diversi dai propri che ordinano i modi di ammalarsi, di dare un nome alla malattia, di curare e di individuare gli esperti della cura. Ciò permette di valutare l'opportunità di accogliere e legittimare azioni di cura culturali, che il paziente sente di poter attivare in autonomia, in quanto leve terapeutiche ulteriori e complementari all'intervento psicologico occidentale. Per comprendere le diverse e inedite forme di sofferenza create dalla funzione patoplastica culturale, è necessario sviluppare anche una sensibilità spirituale, attraverso cui riconoscere come in molte società la dimensione spirituale, dell'invisibile che rimanda anche ai credi religiosi, abbia una funzione di orientare e attribuire un senso alla vita quotidiana, tra cui i modi di ammalarsi e curarsi. Divenire spiritualmente sensibili in un contesto clinico²⁰²¹ implica lo sviluppo di uno sguardo consapevole sul proprio orientamento alla trascendenza e la capacità di riconoscere e permettere all'altro di accedere alle proprie risorse terapeutiche in senso ampio.
- conoscere e saper lavorare con il trauma in tutte le sue declinazioni in quanto ci si confronta soprattutto con flussi migratori "forzati"²², ovvero frutto di condizioni avverse climatiche e umanitarie (guerre, persecuzioni, genocidi, discriminazioni). Allo stesso tempo è imprescindibile la capacità di riconoscere, far emergere e valorizzare le competenze, le risorse e le specificità dell'Altro, oltre gli stereotipi di vulnerabilità e debolezza che possono offuscare la percezione delle persone incontrate nelle attività di accoglienza. Ricordiamo anche il processo di crescita post-traumatica, che se opportunamente accompagnato, porta ad un arricchimento e a un rafforzamento identitari in chi attraversa, e viene attraversato, dal trauma.
- abitare setting a geometria variabile²³, includendo, oltre all'eventuale presenza del me-

19 M. Sclavi, *Arte di ascoltare e mondi possibili*, Mondadori, Milano 2000.

20 K.I. Pargament, W.R. Miller, D. Meichenbaum, *Spiritually integrated psychotherapy. Understanding and addressing the sacred*, Guilford Press, New York 2011.

21 C. Vieten, S. Scammell, *Spiritual and Religious Competencies in Clinical Practice: Guidelines for Psychotherapists and Mental Health Professionals*, New Harbinger Publications, Oakland 2015.

22 N. Losi, *Critica del trauma. Modelli, metodi ed esperienze etnopsichiatriche*, Quodlibet, Macerata 2020.

23 M.R. Moro, Q. De La Noe, Y. Mouchenik, T. Baubet, *Manuale di psichiatria transculturale. Dalla clinica alla società*, FrancoAngeli, Milano 2009 (ed. it.).

diatore linguistico-culturale, anche altri interlocutori significativi: operatori (sociali, legali, educativi, sanitari), figure di riferimento (referenti religiosi e di “comunità” migrante, persone di legame affettivo).

- avvalersi di metodologie/strumenti che siano complementari all’uso del mero canale verbale, che accolgano con cautela e consapevolezza la dimensione corporea (approcci psico-corporei, psico-drammatici, arte-terapeutici) e propongano medium oggettuali: fotografie, carte tematiche, risorse telematiche, oggetti personali con particolare valenza simbolica e/o affettiva.
- lavorare in “micro-équipe” con gli operatori di riferimento, sul singolo caso inviato in consultazione psicologica, per effettuare l’analisi della domanda e raccordare l’intervento psicologico con le altre azioni di intervento psicosociale. Emerge qui la necessità di esplicitare le modalità di comunicazione con gli operatori, non ledendo la privacy sui contenuti sensibili, garantendo quindi uno spazio psicologico protetto.
- lavorare in rete con altre figure e altri servizi/enti della cura coinvolti, favorendo un raccordo che restituisca unitarietà di senso ad una molteplicità di interventi che rischiano di ingenerare frammentazione. In modo particolare è saliente la collaborazione con i servizi di salute ed educativo-ricreativi o la psichiatria territoriale laddove il disagio sia particolarmente invalidante.
- lavorare con la mediazione linguistico-culturale: capire la pluralità di livelli in cui si esplica la sua funzione, costruire un’alleanza di lavoro in cui non si “usa” il mediatore ma piuttosto si collabora costruendo insieme una modalità comunicativa efficace che permetta il più possibile l’incontro umano, culturale e di salute.
- lavorare con le risorse umane e temporali accessibili, nella consapevolezza di disporre spesso di un orizzonte di tempo limitato per poter co-costruire condizioni di salute migliori.
- infine, diviene indispensabile comprendere i contesti socio-politici (nel senso della polis, del vivere comune) più ampi entro cui si inscrivono gli interventi psicologici. Gli equilibri geo-politici mondiali così come i quadri normativi relativi a politiche migratorie, sanitarie e sociali definiscono i gradi di libertà entro cui si muove lo psicologo. L’antropologia medica critica contemporanea e i saperi etno-psichiatrici²⁴ offrono preziosi strumenti per imparare a leggere i macro-determinanti – socio-economici e politici – della salute e della malattia, che portano le persone nelle diaspore migratorie ad esprimere il malessere esistenziale in forme di resistenza incarnata. La sfida per l’etno-psicologo è di riuscire a transitare nelle diverse dimensioni – bio-psico-sociale secondo la definizione di salute dell’Organizzazione mondiale della sanità, culturale, spirituale e geo-politica – contribuendo a costruire con le persone migranti, e i diversi interlocutori in gioco, un nuovo equilibrio di salute integrata.

24 R. Benudece, *Etnopsichiatria. Sofferenza mentale e alterità fra Storia, dominio e cultura*, Carocci, Roma 2007.

Formazione, supervisione, consulenza al ruolo, co-visione, attività scientifica

Per lavorare in ambito transculturale e tenersi adeguatamente aggiornati, è indispensabile avvalersi in prima persona di una formazione continua nella materia particolarmente soggetta a mutazioni: cambiano le norme giuridiche, cambia il flusso della storia e degli equilibri geo-politici che vanno a determinare i movimenti migratori.

Sempre in evoluzione anche il sapere clinico transculturale: il confronto e la co-visione con realtà e colleghi impegnati nello stesso ambito, sostengono le necessarie abilità di creatività e di determinazione – nonostante condizioni sociali spesso sfidanti – nell'individuare risposte e azioni cliniche e psico-sociali adeguate.

Offrire percorsi di formazione, studio e approfondimento, supervisione, co-visione e consulenza al ruolo per tutti gli operatori e i professionisti attivi nell'ambito della migrazione è utile per:

- favorire una cornice clinico-culturale per incontrare la diversità umana, leggere i bisogni e modulare la relazione di aiuto a partire da uno sguardo più competente in merito alle specificità umane, culturali, storiche in gioco;
- prevenire e curare eventuali effetti di trauma vicario o secondario, legati al contatto con persone che sono state esposte a o che hanno vissuto in prima persona eventi traumatici.

-

Attività di sensibilizzazione della comunità e inclusione sociale

Promuovere una sensibilizzazione comunitaria: offrire opportunità di conoscenza del fenomeno migratorio in tutta la sua complessità, in concertazione con altre figure competenti (legali, politiche, sociali, educative, sanitarie, della mediazione) affinché la cittadinanza "locale" possa conoscere e comprendere i protagonisti della migrazione e a propria volta contribuire ai processi di accoglienza e inclusione sociale. L'incontro e lo scambio tra persone, di provenienza migrante e di provenienza autoctona, in eventi sociali, artistici, culturali, ludici, formali e informali, contribuiscono ai processi di armonizzazione comunitaria. Valorizzare le risorse – per la popolazione migrante ma anche per la società che accoglie e tutti i cittadini – già presenti sul territorio, nei gruppi, nelle associazioni e nelle cosiddette comunità migranti. Attraversare mondi e modi di essere umani altri, permette una crescita identitaria sia come professionisti che come persone. Un'attenzione particolare va posta ai contesti di prossimità di vita: appartamenti e condomini coinvolti dai progetti di accoglienza, quartieri, scuole, luoghi di aggregazione sociale, sportiva, ludica e culturale.

Accoglienza di persone migranti e diritto

I. Il diritto dell'immigrazione e le modifiche normative dell'ultimo anno.

L'impatto sociale e le ripercussioni sui cittadini stranieri presenti in Italia

Nel corso di questo breve lavoro si cercherà di delineare alcune delle modifiche normative introdotte nell'ultimo anno nel diritto dell'immigrazione che potrebbero avere un impatto sulle vite delle persone e sul loro benessere psicologico.

In particolare, si tratteranno per sommi capi le modifiche al sistema di accoglienza per i richiedenti protezione internazionale e quelle concernenti la protezione speciale, l'implementazione dei paesi di origine sicuri e la procedura accelerata, il nuovo "permesso di soggiorno" per cure mediche e le ripercussioni che tali norme hanno sulla collettività e sulla comunità che li accoglie.

È bene però sottolineare che oltre alle novità legislative anzidette, con il Dpcm del 27 settembre 2023, rubricato "programmazione dei flussi d'ingresso legale in Italia dei lavoratori stranieri per il triennio 2023-2025", sono stati definiti i criteri per la determinazione dei flussi e le modalità procedurali per l'ammissione in Italia di 452 mila cittadini stranieri, per motivi di lavoro subordinato stagionale, non stagionale e di lavoro autonomo, così suddivisi: 136.000 cittadini stranieri per l'anno 2023; 151.000 cittadini stranieri per l'anno 2024; 165.000 cittadini stranieri per l'anno 2025²⁵.

II. Il diritto di asilo, le norme internazionali e comunitarie. Il recepimento della normativa nazionale e le varie forme di protezione

È bene ricordare che il diritto di asilo è riconosciuto dall'articolo 10, terzo comma, della Costituzione secondo il quale «lo straniero, al quale sia impedito nel suo paese l'effettivo esercizio delle libertà democratiche garantite dalla Costituzione italiana, ha diritto d'asilo nel territorio della Repubblica, secondo le condizioni stabilite dalla legge».

Si noti come le norme comunitarie hanno influenzato significativamente la disciplina normativa interna in materia di asilo, competenza dell'Unione Europea, con l'intento di perseguire una politica unitaria a tutti i paesi membri, attraverso un "sistema europeo comune di asilo", così come disciplinato dall'articolo 78 del Trattato sul funzionamento dell'Unione europea. Tale norma, infatti, impone di offrire protezione internazionale a chi ne ha bisogno, conformemente alla Convenzione di Ginevra del 1951 e all'art. 14 della Dichiarazione universale dei diritti dell'uomo che riconosce il diritto di asilo.

La normativa europea introduce la protezione internazionale, riconoscendo lo status di rifugiato o la protezione sussidiaria a chi ne ha bisogno.

La differente tutela attiene ad una serie di parametri oggettivi e soggettivi, che si riferiscono alla storia personale dei richiedenti, alle ragioni delle richieste e al paese di provenienza.

In estrema sintesi, lo status di rifugiato è accordato a chi sia esposto nel proprio Paese ad atti di persecuzione individuale, configuranti una violazione grave dei suoi diritti fondamentali. La protezione sussidiaria, viene invece riservata a chi non è in grado di provare di aver subito specifici atti di persecuzione, ma che se ritornasse nel Paese di origine, correrebbero il rischio effettivo di subire un grave danno, non potendo o non volendo per dette ragioni trovare protezione da parte del loro Paese di origine, così come chiarito dall'art. 14 del D.Lgs. 251/2007.

In Italia, oltre alla protezione internazionale, esiste anche la protezione speciale per chi non può essere espulso verso un Paese dove rischia persecuzioni o torture (D.Lgs. 286/1998, art. 19).

Lo status di rifugiato, la protezione sussidiaria e quella speciale sono riconosciute all'esito

²⁵ Per approfondimenti si rinvia alla circolare congiunta prot. n. 5969 del 27 ottobre 2023 del Ministero dell'Interno (cfr. <https://www.lavoro.gov.it/priorita/pagine/flussi-2023-2025-pubblicato-il-decreto-da-450mila-ingressi>).

dell'istruttoria svolta dalle Commissioni territoriali²⁶ per il riconoscimento della protezione internazionale. In questa sede è importante soffermarsi sulle tempistiche della domanda, in modo da capire gli effetti sui richiedenti, sia in punto di diritti, che sui rischi connessi al protrarsi dell'attesa. A titolo esemplificativo, oggi per una procedura ordinaria in Lombardia i tempi per la convocazione in audizione e la decisione da parte della Commissione non sono inferiori ad un anno e mezzo, due anni.

In caso di rigetto della domanda, il richiedente può ricorrere al Tribunale e il tempo medio del giudizio si attesta su una media di tre anni.

Pertanto, il tempo per la valutazione di una richiesta asilo potrebbe superare i cinque-sei anni. In tale periodo, il richiedente ha diritto al permesso di soggiorno temporaneo della durata di sei mesi, rinnovabile sino alla decisione della sua domanda, all'accesso al lavoro, al welfare e all'accoglienza in una struttura per richiedenti asilo (sino all'occorrenza di un reddito annuo lordo inferiore a quello stabilito per l'assegno sociale annuo - € 6.947,33 nel 2024).

Di contro, l'attesa durante il processo di richiesta di asilo o il dilatarsi dei tempi della burocrazia italiana per l'ottenimento del permesso di soggiorno, per l'iscrizione anagrafica e per il conseguente accesso al mercato del lavoro, possono avere profondi effetti sul benessere psicologico del richiedente.

L'ansia legata all'attesa di una decisione sul proprio futuro può diventare debilitante, così come la mancanza di attività significativa durante l'attesa può contribuire ulteriormente al disagio psicologico. I richiedenti asilo spesso non hanno accesso al lavoro in tempi rapidi per colpa della burocrazia, o lo perdono per i tempi connessi al rinnovo del permesso di soggiorno temporaneo, con il rischio che tale inattività forzata, combinata con l'incertezza sul futuro, possa portare ad acuire il loro disagio fisico e mentale. L'esperienza traumatica vissuta prima dell'arrivo, come guerre, persecuzioni o torture, può infatti peggiorare ulteriormente la situazione. Senza un adeguato supporto psicologico e sociale, queste esperienze traumatiche possono riaffiorare durante l'attesa, intensificando i sintomi di stress post-traumatico.

Ed è in questo contesto che si innestano alcune novità legislative che potrebbero acuire la già complessa situazione di chi è richiedente asilo e di chi cerca di regolarizzarsi in Italia.

Tra queste è di interesse parlare dell'evoluzione della protezione speciale, alla luce del recente intervento legislativo.

Come è noto, la protezione speciale, già umanitaria, è stata introdotta nel nostro ordinamento sul suggerimento europeo per proteggere persone in stato di vulnerabilità, per le quali sussistono gravi motivi umanitari che impediscano il rientro nel paese d'origine, per tutti quei casi in cui non si potesse riconoscere l'asilo o la protezione sussidiaria.

La casistica iniziale aveva individuato alcune situazioni o condizioni personali tipiche, fra cui le ipotesi di minori non accompagnati, persone a rischio di epidemie nel proprio Paese, individui provenienti da paesi in cui vi è un conflitto armato non così grave da giustificare la protezione sussidiaria, ma anche richiedenti che, in attesa della decisione sulla domanda e dopo anni nel territorio italiano, avevano avuto modo di inserirsi stabilmente nella società nazionale, mediante il lavoro e l'apprendimento della lingua e che, per tali motivi, non dovevano essere sradicati dal nuovo contesto di vita.

²⁶ La Commissione territoriale per il riconoscimento della protezione internazionale è l'organo competente all'esame e alla valutazione delle richieste di asilo in Italia. Il numero, la composizione e la competenza sono fissati per legge. Attualmente in Italia ci sono venti commissioni territoriali e fino a trenta sezioni. L'intervista è condotta singolarmente da un componente della commissione, con l'assistenza dell'interprete. Successivamente la commissione territoriale procede, in collegiale, all'esame della richiesta e decide se riconoscere una delle forme di protezione internazionale (cfr. <http://www.libertaciviliimmigrazione.dlci.interno.gov.it/protezione-italia>).

III. Le modifiche alla protezione speciale con il Decreto legge “Cutro” n. 20/2023 e gli effetti di tale normativa

Orbene, il Decreto legge “Cutro” n. 20 del 10 marzo 2023, poi convertito con la legge n. 50/2023, ha modificato sensibilmente il testo normativo che disciplina la protezione speciale di cui all’art. 19, comma 1.1, del D.Lgs. n. 286/1998, andando ad abrogare il terzo e il quarto periodo della norma che tenevano conto della natura e della effettività dei vincoli familiari dell’interessato, del suo effettivo inserimento sociale e della durata del suo soggiorno in Italia.

Oggi, pertanto, la norma ridisegnata dal legislatore null’altro è che una forma di protezione residuale da riconoscersi ove sussistono gravi motivi umanitari che impediscano il rientro nel Paese d’origine, non ricompresi in quelli tipizzati per la protezione internazionale e sussidiaria.

Peraltro, mentre prima era data la possibilità al cittadino straniero presente in Italia di formulare istanza diretta al Questore per l’ottenimento della protezione speciale, oggi tale possibilità è stata abolita e l’unico soggetto titolato alla sua concessione è la Commissione territoriale mediante l’istanza di protezione internazionale.

È bene evidenziare che la protezione speciale del testo previgente poteva essere utilizzata anche come norma di chiusura dell’ordinamento per l’ottenimento di un permesso di soggiorno biennale, non solo per quegli individui meritevoli che avevano dimostrato di essersi perfettamente integrati nella nostra società, ma anche per chi, magari dopo un percorso di anni da regolare, era divenuto irregolare per un “inciampo” nella propria vita, dovuto a fragilità o agli ostacoli del proprio vissuto, ma che ormai aveva perso ogni contatto con il proprio paese d’origine.

Sempre in tema, un’altra limitazione di cui tenere di conto è l’impossibilità di conversione in lavoro dei permessi di soggiorno per protezione speciale che è stata aggiunta con la legge n. 50/2023 che ha abrogato detta facoltà prevista dall’art. 6, co. 1-bis Tui.

Le novità normative sulla protezione speciale rischiano di avere un effetto dirompente sugli individui, perché l’ordinamento oggi non prevede una norma che tuteli il richiedente asilo perfettamente integrato che attende da anni l’esito della sua richiesta di protezione internazionale, così come chi è irregolare, ma è comunque integrato, nonché quei soggetti che sono divenuti irregolari dopo anni di presenza sul territorio dello stato a causa di una difficoltà personale e non hanno altre vie per tornare ad essere titolari di un permesso di soggiorno valido.

IV. Il nuovo permesso per cure mediche e gli effetti in concreto dell’applicazione della normativa

Le stesse criticità sono ravvisabili anche per la modifica della disciplina normativa del “permesso per cure mediche”, introdotta sempre con il Decreto “Cutro” n. 20/2023.

Infatti, il nuovo testo normativo di cui all’art. 19, comma 2 del Testo unico sull’immigrazione prevede che “non è consentita l’espulsione, nei confronti degli stranieri che versano in condizioni di salute derivanti da patologie di particolare gravità, non adeguatamente curabili nel Paese di origine, accertate mediante idonea documentazione rilasciata da una struttura sanitaria pubblica o da un medico convenzionato con il Servizio sanitario nazionale, tali da determinare un rilevante pregiudizio alla salute degli stessi, in caso di rientro nel Paese di origine o di provenienza”. In tali ipotesi, il questore rilascia un permesso di soggiorno per cure mediche, per il tempo attestato

dalla certificazione sanitaria, comunque non superiore ad un anno, rinnovabile finché persistono le condizioni di cui al periodo precedente debitamente certificate, valido solo nel territorio nazionale.

Dunque, il testo della norma previgente “gravi condizioni psicofisiche o derivanti da gravi patologie” è stato sostituito con “condizioni di salute derivanti da patologie di particolare gravità, non adeguatamente curabili nel Paese di origine”.

Inoltre, il Dl Cutro, entrato in vigore il 6 maggio 2023, ha eliminato anche in questo caso la possibilità di convertire in lavoro o altro il permesso di soggiorno per cure mediche.

In questo caso l’interpretazione della norma e la sua applicazione in concreto stanno producendo non poche criticità, vuoi per le difficoltà di dimostrare la non curabilità nel paese di provenienza, vuoi perché si richiede la presenza di una patologia grave attestata mediante certificazione del Ssn.

Peraltro, il tema cruciale, anche in questo caso è connesso all’impossibilità di conversione in lavoro e/o in altro titolo del permesso per cure mediche. Si pensi ancora ad una volta ai soggetti che da anni vivono in Italia regolari, ma che hanno un “inciampo” dovuto ad una patologia fisica, o anche connesso ad una dipendenza, che magari per questo sono stati costretti a passare già da un permesso per lavoro ad uno per cure mediche, ma che non possono poi più riconvertirlo in altro, così come, allo stesso tempo, non possono più chiedere al Questore una protezione speciale per le ragioni già rappresentate.

Il paradosso è che per questi soggetti non vi sia una concreta possibilità di reinserimento sociale, con ogni conseguente effetto sulla loro stabilità fisica e mentale, tanto da non poter fornire prospettive future, dopo il superamento della propria patologia.

E dunque, il rischio concreto è che questi individui siano emarginati dal sistema e non abbiamo altra via d’uscita se non presentare una nuova domanda strumentale di protezione internazionale, ripartendo così il loro percorso dall’inizio, rendendoli “vittime” inconsapevoli del lungo tempo di attesa che li aspetterà e con ogni ripercussione sulla loro stabilità.

V. L’eliminazione dei servizi di assistenza psicologica, legale e la somministrazione di corsi di lingua italiana nei Cas e l’introduzione della nuova figura multidisciplinare dell’operatore sociale

Sempre con il cosiddetto Decreto “Cutro” e, in particolare, con la legge di conversione n. 50/2023, il Parlamento, dopo l’art. 6, rubricato “misure straordinarie in materia di gestione dei centri per migranti”, ha introdotto alcuni nuovi articoli, tra cui l’art. art. 6-ter che ha abrogato nei Cas (Centri di accoglienza straordinaria) l’assistenza psicologica, la somministrazione di corsi di lingua italiana e i servizi di orientamento legale e al territorio.

Pertanto, in sede di conversione il legislatore ha sostanzialmente modificato il sistema dell’accoglienza in Italia, privando i richiedenti asilo di servizi essenziali quali l’assistenza psicologica, l’informativa normativa e i corsi di lingua italiana, così rischiando di comprometterli nel loro percorso di integrazione e creando soprattutto un cortocircuito istituzionale, non potendo i Servizi territoriali esterni sopperire a tali specifiche richieste.

Difatti, il sostegno psicologico, una adeguata informativa normativa circa le procedure e le leggi del nostro Paese e l’apprendimento della lingua, sono condizioni imprescindibili per il rag-

giungimento degli obiettivi e dei risultati previsti in un percorso volto all'autonomia del migrante richiedente protezione internazionale, soprattutto in un luogo come il Cas che da centro di accoglienza straordinaria è diventato il luogo ordinario, con permanenza media dei richiedenti asilo per diversi anni.

Del resto, è la stessa Direttiva n. 2013/33/UE del 26 giugno 2013 - recante norme relative all'accoglienza dei richiedenti protezione internazionale, recepita dal decreto legislativo 142/2014 e oggetto delle presenti modifiche normative approvate dal Senato - che tra i suoi obiettivi promuoveva un sistema europeo comune di asilo, volto alla progressiva realizzazione di uno spazio di libertà, sicurezza e giustizia aperto a quanti, spinti dalle circostanze, cercano legittimamente protezione nell'Unione. Tale politica dovrebbe essere governata dal principio di solidarietà, in piena e completa applicazione della convenzione di Ginevra relativa allo status dei rifugiati del 28 luglio 1951, come integrata dal Protocollo di New York del 31 gennaio 1967.

Sulla scorta dei principi solidaristici sopra richiamati, l'assenza di tali servizi essenziali all'interno delle strutture di accoglienza potrà vedere il peggioramento del percorso d'integrazione, la compromissione del diritto di difesa e di accesso alla giustizia, il deterioramento del benessere fisico, mentale e sociale del richiedente asilo che non sarà più ascoltato e aiutato nell'elaborazione dei traumi connessi al proprio percorso migratorio che certamente non si esauriscono con l'arrivo in Italia e/o in una Struttura di accoglienza.

In tale contesto e data l'immediata applicazione della norma, buona parte degli operatori del terzo settore che gestiscono strutture di accoglienza hanno cercato, per quanto possibile, di garantire detti servizi e di attivarsi con progetti alternativi, sensibilizzando le Istituzioni sui rischi connessi all'assenza di tali prestazioni e sulle ricadute sulla collettività.

In tale ambito è però da segnalarsi un recentissimo intervento normativo sul punto con il Decreto del Ministero dell'interno del 04.03.2024 che ha approvato il nuovo schema di capitolato di gara di appalto per la fornitura di beni e servizi relativi alla gestione e al funzionamento dei centri di accoglienza.

Il nuovo schema di capitolato prevede che l'orientamento legale e il supporto psicologico siano servizi da garantire solo all'interno degli hotspot, dei Sai (Servizio di accoglienza e integrazione) e dei Cpr (Centro di permanenza per i rimpatri), mentre non sono previsti all'interno dei Cas che, come abbiamo già avuto modo di chiarire, sono i luoghi in cui i richiedenti asilo permangono per il maggior tempo e per diversi anni.

Con tale provvedimento, pur in applicazione delle norme introdotte con il decreto Cutro, si introduce però nei nuovi bandi di gara per i Cas la figura dell'operatore sociale a partire dal 1° giugno 2024.

Dalla lettura del capitolato, emerge che detto nuovo servizio deve essere reso secondo un approccio di tipo multidisciplinare, mediante l'impiego di operatori sociali con diversi titoli di studio e dotati di specifiche qualifiche professionali. Infatti, a tale nuova figura, vengono attribuiti i seguenti principali compiti:

- Attività preordinate alla tutela della salute fisica e mentale dei beneficiari, mediante la costante osservazione delle condizioni psico-fisiche e dei comportamenti del beneficiario, nonché nel costante dialogo con quest'ultimo e sono finalizzate all'emersione e tutela di eventuali situazioni di vulnerabilità ed alla valutazione di esigenze di accoglienza par-

ticolari e il raccordo con le Istituzioni e il Ssn. Tanto è vero che si prevede che l'operatore sociale, inoltre, in accordo con il direttore del centro di cui all'articolo 6, segnali alle competenti Autorità e alla rete dei servizi per la salute mentale nell'ambito territoriale dell'Azienda sanitaria locale (ASL) e/o dell'Aziende pubbliche di servizi alla persona (Asp) la sussistenza di ulteriori indicatori delle fattispecie di vulnerabilità cui all'articolo 17 del d.lgs. n. 142/2015.

- Attività concordate con la Prefettura per la segnalazione dei soggetti aventi diritto ai fini dell'inserimento nel Sai;
- Attività destinate ai minori, consistenti nel supporto all'inserimento scolastico, e nello svolgimento di correlate attività didattiche e ludico/ricreative;
- Attività di diffusione e traduzione, con il costante ausilio del mediatore linguistico-culturale, delle regole comportamentali vigenti nel centro.
- Attività ricreative e di formazione per gli adulti mediante la fruizione di corsi formativi gratuiti esterni per l'apprendimento della lingua italiana, per l'educazione civica o per l'apprendimento di arti e mestieri, nonché supporto nell'accesso alle procedure amministrative e nell'inserimento sociale e territoriale.
- Attività informativa circa l'effettiva comprensione delle modalità di svolgimento e dei possibili esiti della domanda di protezione internazionale, delle procedure di rilascio del permesso di soggiorno e di iscrizione anagrafica previste per i richiedenti protezione internazionale, anche mediante la diffusione di materiale informativo cartaceo, ivi compresa la guida pratica per richiedenti protezione internazionale in Italia.

Ora a ben guardare il nuovo schema di capitolato, facendo un breve raffronto con quello precedente all'introduzione del Decreto Cutro, pare potersi affermare che i servizi all'interno del Cas che prima erano resi dallo psicologo e dall'informatore legale, oggi sono stati in parte assorbiti nelle mansioni della nuova figura dell'operatore sociale.

La riprova di quanto sopra è confermata dallo stesso testo dell'allegato C del decreto ministeriale del 4.03.2024, laddove si chiarisce che per operatore sociale si intende quella figura che svolge le attività sopra menzionate e disciplinate dall'art. 2 lettera B), n. 2 dello schema di capitolato, specificando altresì che nell'esercizio delle sue funzioni l'operatore sociale agisce, secondo un approccio multidisciplinare, in sinergia con il mediatore linguistico-culturale e il personale sanitario presente in struttura.

Inoltre, si esplicita che laddove sia prevista la compresenza di più operatori sociali è opportuno che l'ente gestore favorisca l'erogazione dei servizi tramite l'impiego di personale con diversi titoli di studio: laurea in antropologia, scienze politiche, sociologia, scienze giuridiche, giurisprudenza, psicologia.

Sul punto, se da un lato possiamo affermare che l'introduzione di tale figura può colmare alcune lacune all'interno dei Cas lasciate dall'abrogazione dei servizi di assistenza legale, psicologica

e apprendimento della lingua, non possiamo fare a meno di evidenziare comunque alcune criticità circa l'operatività in concreto. Senza dilungarsi troppo e a titolo esemplificativo, si pensi solo al caso dei piccoli centri che accolgono un numero inferiore a 50 ospiti, ove sono previste solo 28 ore a settimana di operatore sociale, rendendo così difficoltoso l'impiego di più figure professionali, con l'effetto che verrà meno quella invocata multidisciplinarietà e le mansioni saranno tutte accorpate in capo ad un singolo operatore sociale che non potrà avere competenze specifiche in tutte le materie.

VI. La nuova lista dei Paesi di Origine Sicura introdotta con il DM del 7.05.2024 e procedure accelerate per i richiedenti asilo

Da ultimo, si vuole fare un breve cenno alle procedure accelerate per i richiedenti asilo provenienti da Paesi di Origine Sicuri²⁷, all'esito dell'aggiornamento della lista ad opera del decreto del Ministero degli Esteri del 7 maggio 2024.

In particolare, ai sensi dell'art. 2-bis del decreto legislativo 28 gennaio 2008, n. 25, sono oggi considerati Paesi di origine sicuri: Albania, Algeria, Bangladesh, Bosnia-Erzegovina, Camerun, Capo Verde, Colombia, Costa d'Avorio, Egitto, Gambia, Georgia, Ghana, Kosovo, Macedonia del Nord, Marocco, Montenegro, Nigeria, Perù, Senegal, Serbia, Sri Lanka e Tunisia.

Basti pensare che nel 2023 i dati del Ministero dell'interno sugli sbarchi in Italia complessivi sono stati di 157.652 persone, di cui più di un terzo erano provenienti da Paesi che oggi sono considerati sicuri (Tunisia 17.322, Costa d'Avorio 16.005, Egitto 11.072, Bangladesh 12.169).

Per capire le ripercussioni sul sistema, si noti come nell'ambito dell'esame delle domande di protezione internazionale dei cittadini di detti Paesi, ai sensi dell'art. 28 bis commi 1 e 2, la Commissione territoriale competente procede con un esame prioritario seguendo procedure amministrative diverse da quelle ordinaria, le cosiddette accelerate.

Tali procedure si caratterizzano per una notevole concentrazione dei tempi. L'art. 28 bis del D.Lgs. n. 25/2008 prevede, infatti, che in tali casi la Questura provvede senza ritardo alla trasmissione della documentazione necessaria alla Commissione territoriale – nei casi dei richiedenti asilo provenienti da Paesi di Origine Sicura – che entro 7 giorni dalla data di ricezione della documentazione, provvede all'audizione e decide entro i successivi 2 giorni.

Nel caso di diniego a seguito di una domanda esaminata con procedura accelerata per i provenienti da Paesi di origine sicura, le conseguenze sono estremamente complesse: i termini per impugnare il provvedimento dinnanzi al Tribunale sono infatti ridotti della metà a 15 giorni, ma soprattutto non è previsto l'effetto sospensivo automatico quando si impugna il provvedimento di diniego; ciò significa che la sospensiva va richiesta al Tribunale e nel caso il giudice non la accolga, il richiedente, anche in pendenza di ricorso contro il diniego della Commissione territoriale, è un soggetto espellibile e non ha più diritto ad avere un permesso di soggiorno temporaneo e, se accolto in un centro, perde anche le misure di accoglienza.

Ciò comporta che in pochi mesi dall'arrivo in Italia il richiedente asilo proveniente da Paese di Origine Sicura si trovi in condizioni di irregolarità con un'espulsione che però non viene eseguita

27 Paesi di origine sicuri. Secondo l'art. 2 bis del D.Lgs. 25/2008, n. 25, uno Stato non appartenente all'Unione europea può essere considerato Paese di origine sicuro se, sulla base del suo ordinamento giuridico, dell'applicazione della legge all'interno di un sistema democratico e della situazione politica generale, si può dimostrare che, in via generale e costante, non sussistono atti di persecuzione quali definiti dall'articolo 7 del decreto legislativo 19 novembre 2007, n. 251, né tortura o altre forme di pena o trattamento inumano o degradante, né pericolo a causa di violenza indiscriminata in situazioni di conflitto armato interno o internazionale. La designazione di un Paese di origine sicuro può essere fatta con l'eccezione di parti del territorio o di categorie di persone. La lista di detti Paesi viene adottata con decreto del Ministro degli affari esteri, di concerto con quello dell'interno e della giustizia, e viene aggiornata periodicamente e notificata alla Commissione europea.

coattivamente, con ogni inevitabile ripercussione sulla collettività, tenuto conto che detti individui poi permangono come invisibili sul territorio.

Questi sono solo alcuni dei tanti interventi normativi introdotti nel corso dell'ultimo anno su cui si è voluto porre attenzione in questo lavoro, al fine di far comprendere quanto le norme e la loro interpretazione possono avere effetti sulla collettività in un sistema così complesso come quello migratorio.

I centri di accoglienza delle persone migranti

Il presente breve paragrafo ha come obiettivo quello di analizzare la realtà complessa e variegata dell'accoglienza delle persone migranti in Italia, anche a seguito della normativa di riferimento entrata in vigore dal marzo 2023, già citato Decreto Cutro. Schematicamente possiamo suddividere il sistema di accoglienza italiano in due parti a seconda dei due livelli, primo e secondo, di articolazione dell'accoglienza.

Secondo quanto stabilito dall'art. 10 ter del D.Lgs. 286/1998, gli stranieri che vengano rintracciati in occasione dell'attraversamento irregolare della frontiera interna o esterna, ovvero siano giunti nel territorio nazionale a seguito di operazioni di salvataggio in mare, sono condotti per le esigenze di soccorso e di prima assistenza presso appositi punti di crisi allestiti nell'ambito delle strutture che, dal 2015, in ragione degli impegni assunti dal governo italiano con la Commissione europea, hanno preso il nome di hotspot.

In tali strutture, secondo la normativa vigente, oltre ad essere garantita la prima assistenza sanitaria, il fotosegnalamento e la prima pre-identificazione, deve essere assicurata l'informazione sulla procedura di protezione internazionale, sul programma di ricollocazione in altri Stati membri dell'Unione europea e sulla possibilità di ricorso al rimpatrio volontario assistito, per chi ne manifestasse interesse. In queste strutture di primissima accoglienza è previsto il servizio di assistenza psicologica - oltre che quello di assistenza legale e sociale - che contempla l'impiego di personale qualificato e l'attivazione di sostegno psico-sociale in base alle specifiche esigenze della persona e dei necessari interventi psico-socio-sanitari finalizzati all'adozione di misure di assistenza e di supporto. Dall'espletamento di tali prime procedure, si procede alla differenziazione tra i soggetti che manifestano la volontà di formalizzare la richiesta di asilo, rispetto ai cosiddetti migranti economici che dovrebbero essere trasferiti nei Centri di permanenza per il rimpatrio (Cpr) o lasciati sul territorio in condizione di soggiorno irregolare.

Coloro che chiedono asilo sono poi trasferiti presso strutture governative diffuse su tutto il territorio nazionale, ove viene avviata la procedura di richiesta di protezione internazionale. Nonostante l'intenzione del legislatore di favorire l'accoglienza diffusa con il progetto Sai (Sistema accoglienza e integrazione), di cui parleremo successivamente, la realtà vede il collocamento della maggior parte dei richiedenti asilo in Centri di accoglienza straordinaria (Cas) che sono una sorta di ibrido tra prima e seconda accoglienza, istituiti direttamente dalle singole Prefetture, mediante procedure di affidamento con gare e contratti pubblici a soggetti privati, prevalentemente svolti da operanti nel terzo settore. In tali strutture, una volta avviata la procedura di richiesta asilo, si dovrebbero verificare le eventuali condizioni di vulnerabilità psicologica e medica degli ospiti.

Tale valutazione è resa oggi ancor più difficile dalla riduzione al minimo nei servizi offerti nei

Cas, poiché il cosiddetto decreto “Cutro”, convertito nella legge n. 50/2023, ha eliminato dai centri governativi i servizi di assistenza psicologica, i corsi di lingua italiana e i servizi di orientamento legale e al territorio (cfr. paragrafo precedente). Oltre all'accoglienza materiale, dunque, rimangono attivi solo l'assistenza sanitaria, l'assistenza sociale (mediante la figura dell'operatore sociale, già precedentemente citato) e la mediazione linguistico-culturale, con ogni conseguente compromissione dei diritti dei richiedenti asilo.

Come anticipato poi, è previsto un sistema di accoglienza di cosiddetto “secondo livello”, ovvero un'accoglienza più improntata verso l'integrazione, il cosiddetto sistema Sai.

Con le nuove regole il Sistema di accoglienza e integrazione sai (già Siproimi e prima ancora Sprar) torna ad essere un sistema dedicato esclusivamente ai titolari di protezione, o quasi. Solo ad alcune categorie di richiedenti asilo, infatti, sarà ancora permesso di accedere al Sai. Tra questi i Minori stranieri non accompagnati (Msna), le persone che si trovano in particolari condizioni di vulnerabilità o chi sia entrato in Italia tramite “corridoi umanitari”. Infine, in considerazione di norme specifiche, l'accesso al Sai è consentito anche ai richiedenti ucraini e afgani. Data l'esistenza di queste eccezioni la struttura a due livelli già prevista per il Sai è stata mantenuta. Il primo livello è riservato ai richiedenti asilo, ed è basato sull'assistenza materiale, legale, sanitaria e linguistica. I servizi di secondo livello sono riservati ai titolari di protezione e hanno anche funzioni di integrazione e orientamento lavorativo. A differenza degli Hotspot e dei centri governativi (Cas), gestiti esclusivamente dal Ministero dell'Interno, il Sai è coordinato dal Servizio centrale, la cui gestione è assegnata all'Associazione nazionale dei comuni italiani (Anci).

La titolarità dei progetti è assegnata agli enti locali che, su base volontaria, attivano e realizzano progetti di accoglienza e integrazione. I progetti devono implementare il principio base del sistema: l'accoglienza integrata, che implica la costituzione di una rete locale (con enti del terzo settore, volontariato, ma anche altri attori) per curare un'integrazione a 360 gradi nella comunità locale, da realizzarsi attraverso attività di inclusione sociale, scolastica, lavorativa, culturale. Fondamentale è quindi l'inserimento in queste strutture di figure specializzate per l'obiettivo di una reale accoglienza e integrazione: il supporto psicologico in questi contesti è fondamentale poiché il coinvolgimento dello psicologo nel lavoro di presa in carico – anche in termini di collaborazione con i locali servizi psico-socio-sanitari del territorio – è importante per far incontrare le esigenze e le istanze del singolo nella sua complessità, nonché per l'eventuale intervento in casi di supporto specifico di particolari fragilità o di difficoltà ad accettare le nuove condizioni di vita.

È bene evidenziare che molto spesso i Cas e i Sai presenti sul territorio non sono in grado di sopperire alla domanda di posti per richiedenti asilo, titolari di protezione internazionale, minori stranieri non accompagnati e cittadini con particolari fragilità. In questo contesto, le Amministrazioni locali hanno istituito luoghi di accoglienza per persone senza fissa dimora e/o avviato altre iniziative, con lo scopo di favorire l'autonomia individuale, garantendo la formazione linguistica, l'orientamento lavorativo, ai servizi pubblici essenziali e la conoscenza dei diritti e dei doveri fondamentali sanciti dalla Costituzione.

Tali strutture vengono destinate alla grave emarginazione adulta, anche per quei migranti cui l'accoglienza è stata revocata dalle strutture governative per svariati motivi, quali, a titolo esemplificativo e non esaustivo, il rigetto della domanda di protezione internazionale per i richiedenti provenienti da Paesi di origine sicuri.

Tra queste strutture ibride troviamo ad esempio i dormitori e i “centri polifunzionali” ovvero

strutture per l'accoglienza temporanea di persone in grave stato di bisogno, prive di una diversa risorsa alloggiativa e senza mezzi economici per procurarsela. L'accoglienza in questi luoghi, generalmente gestiti dall'Ente territoriale che appalta al terzo settore, è caratterizzata da una presa in carico socio-educativa, sanitaria, legale e psicologica, finalizzata a potenziare l'autonomia individuale di quanti si rivolgono alla struttura, il tutto coadiuvato da personale professionale specializzato che si occupa di tutti quegli aspetti che sono stati trattati (talvolta non adeguatamente), nelle strutture che hanno accolto queste persone in precedenza. In tali luoghi, infatti, è spesso presente il consulente legale e lo psicologo che, messi a disposizione dagli enti gestori, fanno un lavoro indispensabile in questi servizi di accoglienza in favore di persone con specifiche vulnerabilità, come, per esempio, nel caso di supporto a vittime di tortura o violenza estrema, o sopravvissuti a naufragi in relazione al benessere psico-fisico degli ospiti.

In conclusione, con il grande numero di arrivi in Italia del 2023²⁸, i Cas che 15 anni fa erano immaginati per sopperire alla mancanza di posti nelle strutture ordinarie o nei servizi predisposti dagli enti locali in caso di arrivi consistenti e ravvicinati di richiedenti asilo - sono ormai diventati la norma. Costituiscono, infatti, il 60% di tutta l'accoglienza, con un aumento degli affidamenti diretti. Il nuovo sistema, infatti, oltre a non permettere più ai richiedenti asilo (o almeno a quasi tutti) di accedere ai servizi del Sai, prevede una riduzione dei servizi di assistenza e integrazione nei centri governativi e nei Cas. È bene ricordare che oggi le tempistiche medie della prima valutazione di una domanda di protezione internazionale su Milano, ad esempio, come già rappresentato sono molto lunghi, così come in caso di esito negativo e di ricorso al Tribunale.

In aggiunta viene creato un ulteriore livello di accoglienza straordinaria, ovvero le strutture di accoglienza provvisoria, con ancora meno servizi attivi per il supporto e l'integrazione.

Competenze psicologiche dell'accoglienza di persone migranti

Gli operatori psicologici impegnati nei servizi di prima accoglienza per i migranti necessitano di un insieme articolato di competenze per rispondere adeguatamente alle esigenze complesse e spesso urgenti di questa popolazione. Nel paragrafo iniziale si è già discusso di alcune competenze generali utili a strutturare un intervento psicologico con gli immigrati tra cui la formazione culturale, intesa come capacità di comprensione approfondita delle differenze culturali, al fine di offrire un supporto sensibile e rispettoso delle diverse tradizioni e valori, ma anche del lavoro necessariamente in team multidisciplinare che declina l'importanza di collaborare efficacemente con altri professionisti, come medici, assistenti sociali e mediatori linguistico-culturali, per garantire un approccio integrato e coordinato nell'assistenza ai migranti.

In questo paragrafo affronteremo invece l'importanza di alcune competenze specialistiche in quanto appositamente declinate per una psicologia dell'accoglienza; quindi, di interventi che sono cruciali negli hotspot, Cas, Sai e Cpr in quanto, potremmo dire, luoghi di soglia dell'accesso.

Alcune competenze psicologiche in questi luoghi sono fondamentali per garantire un supporto efficace e sensibile ai migranti in prima accoglienza, contribuendo al loro benessere psico-

28 Nel 2023 sono sbarcati in Italia circa 158 mila migranti, il 50% in più rispetto al 2022 e oltre il 130% di più rispetto al 2021. In crescita anche gli arrivi di minori non accompagnati: 17 mila, +23% rispetto al 2022 e +72% rispetto al 2021.

Sono dati pubblicati dal Ministero dell'Interno nel cruscotto statistico del 31 dicembre 2023, secondo il quale i principali Paesi di origine sono stati: Guinea (18 mila), Tunisia (17 mila), Costa d'Avorio (16 mila), Bangladesh (12 mila), Egitto (11 mila) e Siria (10 mila). A fine anno si contavano circa 139 mila presenze in accoglienza, tra Centri di Accoglienza Straordinaria (circa 103 mila), Sistema di Accoglienza e Integrazione (circa 35 mila) e Hotspot (poco più di un migliaio). Le Regioni con il più alto numero di presenze erano Lombardia (18 mila), Emilia-Romagna (13 mila), Piemonte (12 mila), Lazio (12 mila) e Campania (11 mila).

Fonte Ministero dell'Interno "Cruscotto statistico giornaliero sbarchi" 31/12/2023.

logico e facilitando il loro processo di posizione attiva e responsabile della propria richiesta di accoglienza.

Interventi psicologici in luoghi di prima accoglienza: l'importanza dell'incontro Importanza della valutazione psicologica

La valutazione psicologica nei servizi di prima accoglienza per migranti è cruciale per identificare e affrontare le necessità psicologiche immediate e a lungo termine di questa popolazione vulnerabile. La valutazione psicologica non solo intende identificare i bisogni immediati, ma dovrebbe guidare anche la pianificazione degli interventi a lungo termine. I risultati della valutazione, infatti, potrebbero indirizzare verso interventi psicoterapeutici, consulenziali o di supporto sociale, o verso altre risorse necessarie per promuovere il benessere delle persone migranti²⁹.

La valutazione psicologica non potrà che essere culturalmente sensibile, riconoscendo che le espressioni di sofferenza psicologica possono variare notevolmente tra le diverse culture. Ad esempio, in alcune culture il disagio psicologico può manifestarsi attraverso sintomi somatici piuttosto che emotivi. È importante quindi utilizzare un approccio che integri la lettura culturale della persona migrante circa la propria salute con i criteri diagnostici occidentali propri dell'operatore dell'accoglienza.

In generale possiamo dire che è indispensabile coinvolgere attivamente le persone migranti nel processo di valutazione dei bisogni, assicurando che le loro voci siano ascoltate e rispettate, per migliorare la comprensione, la rilevanza e l'efficacia degli interventi³⁰. Questa consapevolezza porta a prediligere alcuni strumenti piuttosto che altri, indipendentemente dalla loro validità. I colloqui clinici semi-strutturati sono per esempio uno strumento fondamentale per raccogliere informazioni dettagliate sulla storia di vita e i sintomi attuali dei migranti³¹. Questi colloqui devono essere condotti con sensibilità culturale e, se possibile, con l'assistenza di mediatori linguistico-culturali o interpreti. Anche l'osservazione del comportamento e dell'interazione tra persone e con l'ambiente può fornire ulteriori informazioni sul loro stato psicologico e sulle loro capacità di adattamento³². L'uso di strumenti di valutazione standardizzati, invece, anche se validati e adattati culturalmente, è nella prima fase di accoglienza sconsigliato, soprattutto quando si tratta di strumenti carta matita, poiché i loro esiti possono essere soggetti a bias culturali e di scolarizzazione. Strumenti più esperienziali e narrativi sono invece più facilmente utilizzabili ed efficaci con persone di vario genere, età e provenienza, ovviamente meno sensibili ai bias del livello di scolarizzazione o delle connotazioni culturali.

Gli operatori psicologici nei servizi di prima accoglienza per persone migranti hanno necessità di una lettura olistica e differenziale dei bisogni, per comprendere e rispondere efficacemente alle diverse esigenze. Questa competenza è cruciale per fornire un supporto integrato e perso-

29 D. Silove, Z. Steel, P. McGorry, P. Mohan, Trauma exposure, postmigration stressors, and symptoms of severe mental disorder among Tamil asylum seekers: Comparison with refugees and immigrants, in «Acta Psychiatrica Scandinavica», 102(3), 2000, pp. 174-180.

30 D. Silove, Z. Steel, P. McGorry, P. Mohan, Trauma exposure, postmigration stressors, and symptoms of severe mental disorder among Tamil asylum seekers: Comparison with refugees and immigrants, in «Acta Psychiatrica Scandinavica», 102(3), 2000, pp. 174-180.

31 M. Hodes, Psychological distressed refugee children in the United Kingdom, in «Child Psychology & Psychiatry Review», 5(2), 2000, pp. 57-68.

32 C. Rousseau, A. Drapeau, R. Platt, Family environment and emotional and behavioural symptoms in adolescent Cambodian refugees: Influence of time, gender, and acculturation, in «Medicine, Conflict and Survival», 14(3), 1998, pp. 234-249.

nalizzato, che tenga conto delle complessità individuali e culturali: le persone migranti possono avere una gamma di bisogni interconnessi, che vanno dai bisogni fisici e psicologici a quelli sociali e legali³³.

La valutazione psicologica così declinata consentirà di individuare prontamente alcuni elementi essenziali che impatteranno nel percorso di accoglienza e di integrazione, è quindi preziosa al fine di avere una conoscenza di fragilità e risorse della persona appena giunta nel territorio dell'accoglienza. Fra gli aspetti di fragilità quelli più comuni eventualmente da identificare si possono trovare:

- disturbi mentali comuni e la loro prognosi: tra i migranti, vi è una prevalenza significativa di disturbi da stress post-traumatico (Ptd), ansia e depressione, spesso dovuti alle esperienze traumatiche nei paesi di provenienza e durante il viaggio³⁴. In questa prospettiva si tratta di disturbi transitori, ma a volte accade che le espressioni di sofferenza siano più strutturate ed è quindi rilevante riuscire a fare una diagnosi differenziale.
- bisogni specifici: Le esperienze individuali variano ampiamente e la valutazione aiuta a personalizzare gli interventi, tenendo conto di fattori come età, genere, background culturale, sociale e storico di trauma.

Ugualmente indispensabile è invece individuare gli aspetti di risorsa che possono essere utili per accompagnare la persona migrante nel percorso di accoglienza. Comprendere e valorizzare le risorse e le capacità di resilienza può migliorare significativamente l'efficacia dei programmi di accoglienza. A questo proposito è necessario identificare:

- le competenze e le risorse personali. Le risorse personali includono competenze linguistiche, esperienze lavorative, educazione e abilità personali che possono essere utilizzate per affrontare le sfide del percorso di accoglienza³⁵.
- le strategie di coping e le capacità di adattamento che i migranti utilizzano per gestire lo stress e le sfide quotidiane³⁶ permette di implementare la resilienza e il benessere psicologico
- La rete sociale presente in terra di accoglienza e anche il legame con persone e gruppi in terra di provenienza che possono avere una funzione di sostegno e di motivazione nel percorso migratorio ma potrebbero anche rappresentare vincoli e ostacoli ad un adattamento funzionale.

33 R.K. Papadopoulos, Refugees and psychological trauma: Psychosocial perspective, in R.K. PAPAPOPOULOS (a cura di), Therapeutic care for refugees: No place like home, Karnac Books, Londra 2006.

34 M. Fazel, J. Wheeler, J. Danesh, Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: A systematic review, in «The Lancet», 365(9467), 2005, pp. 1309-1314.

35 S.S. Luthar, D. Cicchetti, B. Becker, The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work, in «Child Development», 71(3), 2000, pp. 543-562.

36 S. Folkman, J.T. Moskowitz, Coping: Pitfalls and promise, in «Annual Review of Psychology», 55, 2004, pp. 745-774.

L'avvio: l'intervento in situazioni di crisi

L'intervento in situazioni di crisi è una componente critica nei servizi di prima accoglienza per migranti. Gli operatori devono essere pronti a gestire una vasta gamma di emergenze psicologiche e sociali, che possono includere traumi acuti, stati di ansia elevata e reazioni psicologiche a eventi recenti o passati. È utile ricordare che gli interventi in situazioni di crisi non solo forniscono supporto immediato, ma possono anche aprire la strada, qualora ci fosse bisogno, a trattamenti psicologici più approfonditi e a lungo termine. È inoltre necessario personalizzare gli interventi come già ricordato.

L'intervento tempestivo e adeguato in situazioni di crisi è finalizzato a:

- Stabilizzare le condizioni psicologiche: riconoscere e affrontare immediatamente sintomi di trauma acuto, stress severo o altre reazioni emotive intense è fondamentale per prevenire il peggioramento delle condizioni di salute³⁷.
- Ridurre i rischi di ulteriori complicazioni: l'intervento clinico ha l'obiettivo di ridurre il rischio di sviluppare disturbi psicologici più gravi, come il Ptsd complesso o la depressione, fornendo supporto e stabilità nei momenti critici, evitando di cronicizzare alcune forme di sofferenza³⁸. Molti sono gli interventi rintracciabili in letteratura utili a questo scopo. Ne citiamo alcuni a scopo esemplificativo:
- Interventi di primo soccorso psicologico (Pfa): Il Pfa è una pratica di intervento breve che mira a ridurre lo stress iniziale causato da eventi traumatici e a promuovere il coping adattivo. È particolarmente utile in contesti di emergenza per fornire supporto immediato e pratico³⁹.
- Tecniche di de-escalation: possono essere utilizzate per stabilizzare individui che mostrano sintomi acuti di stress o ansia. Queste tecniche includono l'uso di un linguaggio calmo, la creazione di un ambiente sicuro e il coinvolgimento dell'individuo in attività di grounding, ovvero strategie che aiutano a connettersi o "radicarsi" nel momento presente, aumentando la consapevolezza e permettendo di regolare l'attivazione emotiva legata a fattori di stress interno o esterno⁴⁰.
- Supporto emotivo e ascolto attivo: fornire un supporto emotivo empatico e un ascolto attivo è essenziale per aiutare le persone migranti a sentirsi compresi e meno soli nelle loro esperienze traumatiche. In generale la partecipazione attiva dell'operatore psicologico nella costruzione della relazione può facilitare la costruzione di un rapporto di fiducia.
- Stabilizzazione fisica e ambientale: garantire che i bisogni di base siano soddisfatti, come la sicurezza fisica, il cibo e il riparo, è fondamentale per stabilizzare le persone migranti in crisi. Questo può includere anche il trasferimento in un ambiente più sicuro se necessario⁴¹.
- Approccio etno-narrativo che permette di ricostruire il proprio viaggio migratorio, valoriz-

37 D. Silove, I. Sinnerbrink, A. Field, V. Manicavasagar, Z. Steel, Anxiety, depression and PTSD in asylum-seekers: Associations with pre-migration trauma and post-migration stressors, in «The British Journal of Psychiatry», 170(4), 1997, pp. 351-357.

38 V. Patel, R. Araya, M. De Lima, A. Ludermir, C. Todd, Women, poverty and common mental disorders in four restructuring societies, in «Social Science & Medicine», 49(11), 1999, pp. 1461-1471.

39 World health organization, Psychological first aid: Guide for field workers, 2011.

40 M. Brymer, A. Jacobs, C. Layne, R. Pynoos, J. Ruzek, A. Steinberg, P. Watson, Psychological first aid: Field operations guide, National Child Traumatic Stress Network and National Center for PTSD, 2006.

41 D. Silove, Z. Steel, P. McGorry, P. Mohan, Trauma exposure, postmigration stressors, and symptoms of severe mental disorder among Tamil asylum seekers: Comparison with refugees and immigrants, in «Acta Psychiatrica Scandinavica», 102(3), 2000, pp. 174-180.

zando le risorse che, nonostante gli ostacoli e la sofferenza, hanno permesso di portarlo a termine. Queste competenze possono diventare la premessa per la progettazione e sperimentazione di un progetto di adattamento in terra di approdo⁴².

La centralità delle competenze comunicative

Le competenze comunicative sono cruciali nel lavoro psicologico con le persone migranti. Queste competenze non solo facilitano la comprensione e la connessione reciproca, ma sono anche essenziali per fornire loro un supporto efficace e culturalmente sensibile. In particolar modo esse sono fondamentali nei Servizi di prima accoglienza al fine di stabilire una relazione di fiducia tra estranei e diversi. Una comunicazione molto partecipata e guidata dall'operatore aiuta a costruire un rapporto di fiducia, fondamentale per la costruzione di una relazione di autenticità e apertura. Inoltre, permette di superare barriere linguistiche e culturali: infatti l'abilità di comunicare attraverso le differenze linguistiche e culturali è vitale per comprendere le esigenze e le esperienze dei migranti⁴³.

Nel paragrafo iniziale abbiamo già definito l'importanza di aspetti come l'empatia culturale e la sensibilità culturale, così come dell'ascolto attivo, tre cardini del discorso psicologico con i migranti. In questa sede ci pare importante sottolineare la competenza della chiarezza e semplicità. Comunicare in modo chiaro e semplice, evitando termini tecnici o complessi, che potrebbero non essere compresi o male interpretati, migliora la collaborazione e l'adesione alla presa in carico. Anche fornire feedback riflessivi, che aiutano a chiarire e confermare la comprensione reciproca, permette agli operatori di adattare continuamente la comunicazione alle esigenze delle persone migranti. Infine, è essenziale che le competenze comunicative siano adattate al contesto culturale degli interlocutori. Questo approccio comprende sia il riconoscere e considerare come le diverse culture interpretano e esprimono la sofferenza psicologica⁴⁴, sia la capacità di modificare gli approcci comunicativi per rispettare le norme culturali e le aspettative delle persone migranti⁴⁵.

Il ruolo del supporto emotivo e relazionale

Le competenze di supporto emotivo e relazionale aiutano a creare un ambiente sicuro e di sostegno, facilitando il benessere psicologico delle persone migranti e migliorando l'efficacia degli interventi. Le competenze di supporto emotivo e relazionale sono particolarmente importanti nell'accoglienza per:

- Stabilire una relazione di fiducia e di contenimento: una relazione di fiducia permette il contenimento di ansie e sofferenze, in quanto ripropone un contesto di holding essenziale per il successo degli interventi di presa in carico nei contesti di prima accoglienza.

42 N. Losi, *Critica del trauma. Modelli, metodi ed esperienze etnopsichiatriche*, Quodlibet, Macerata 2020

43 R. Tribe, J. Morrissey, *The refugee context and the role of interpreters*, in «*Clinical Child Psychology and Psychiatry*», 9(2), 2004, pp. 265-277.

44 A. Kleinman, *Anthropology and psychiatry. The role of culture in cross-cultural research on illness*, in «*The British Journal of Psychiatry*», 151(4), 1987, pp. 447-454.

45 D.W. Sue, D. Sue, *Counseling the culturally diverse: Theory and practice*, John Wiley & Sons, New Jersey 2012.

- Fornire un ambiente sicuro e accogliente: le persone migranti spesso provengono da situazioni traumatiche e hanno bisogno di un ambiente che li faccia sentire al sicuro e accolti, protetti e liberi di esprimersi.
- Facilitare l'espressione emotiva: aiutare le persone migranti ad esprimere le loro emozioni e a comunicare esperienze di sofferenza, di incertezza, di fragilità è una componente chiave del supporto psicologico dentro una relazione supportiva e comprensiva.

Frequentemente il supporto emotivo e relazionale nei contesti di prima accoglienza avrà per oggetto i seguenti aspetti:

- Supporto nella gestione dello stress e dell'ansia, ovvero aiutare i migranti a gestire lo stress e l'ansia attraverso tecniche di rilassamento, pratiche di consapevolezza di mindfulness, supporto emotivo e strategie di coping.
- Supporto relazionale continuativo, ovvero mantenere un supporto relazionale che può includere incontri regolari e la disponibilità per emergenze emotive. Ad esempio, in caso di rifiuto legale dell'accoglienza dei migranti la sfida significativa per gli operatori e le comunità ospitanti è rappresentata dall'affrontare le conseguenze emotive e psicologiche di tale rifiuto. Il supporto in questi casi deve concentrarsi su diversi obiettivi chiave: la gestione dello stress, il potenziamento della resilienza e la promozione della speranza e del senso di sicurezza, nonostante il respingimento delle richieste, per sostenere comunque le capacità adattive e progettuali della persona. È pertanto necessaria anche una consapevolezza delle dinamiche di potere e dei pregiudizi che possono influenzare l'esperienza di rifiuto.

Nell'ambito dell'accoglienza delle migrazioni forzate, può essere utile organizzare "gruppi di parola" con le persone in accoglienza nei progetti, gli operatori di progetto di riferimento (operatori sociali e legali), in presenza dei Mlc al fine di:

- condividere significati e obiettivi dell'opportunità della risorsa psicologica;
- favorire un primo approccio di conoscenza reciproca a partire dal proprio nome e dalla provenienza (operatori inclusi) in una presentazione alla pari, in cui prevalga l'esperienza di umanità condivisa e di valorizzazione individuale;
- promuovere un processo di "normalizzazione" e comprensione profonda dei segnali di disagio che possono accompagnare le difficoltà/sofferenze pre-peri-post migratorie e l'adattamento acculturativo nella terra di accoglienza;
- permettere l'eventuale emersione di sofferenze psicologiche e/o traumatiche che necessiteranno di un orientamento specifico al servizio di consulenza psicologica, dopo aver operato, attraverso questo intervento di accoglienza gruppale, un primo fondamentale contenimento emotivo del vissuto migratorio.

In questa fase di accoglienza, in concertazione con i coordinatori di progetto, lo psicologo può promuovere degli incontri con le équipes dei progetti di accoglienza per:

- chiarire il possibile contributo psicologico all'interno del progetto (attività clinica rivolta ai beneficiari e consulenza clinica e al ruolo per gli operatori di progetto in merito alla relazione di aiuto),
- fornire informazioni psico-educative utili per riconoscere ed eventualmente accompagnare alla presa in carico psicologica le persone che manifestano disagio attraverso diversi canali comunicativi: somatici, emotivi, comportamentali, verbali, relazionali.

Conoscenza delle risorse e dei servizi nei servizi di prima accoglienza per migranti

Gli operatori psicologici nei servizi di prima accoglienza per migranti devono possedere una conoscenza approfondita delle risorse e dei servizi disponibili sul territorio, consapevoli che l'intervento degli operatori di prima accoglienza, complice anche la scarsità di risorse deputate ad esso, non è sufficiente per coprire i bisogni delle persone migranti. Queste competenze sono essenziali per fornire un supporto efficace e indirizzare i migranti verso le risorse appropriate che possono facilitare il loro adattamento e benessere.

Le competenze relative alla conoscenza delle risorse e dei servizi territoriali possono orientare le persone migranti ai servizi appropriati e supportarle nella ricerca di servizi per soddisfare i loro bisogni immediati e a lungo termine⁴⁶. A questo proposito è importante fornire informazioni accurate e tempestive per garantire che le persone siano sostenute nell'accesso ai servizi sanitari, educativi, legali e sociali⁴⁷. È infine importante ridurre le barriere all'accesso ai servizi essenziali, spiegandone le logiche, le tempistiche e le funzioni⁴⁸.

In questo caso è richiesto di sapersi integrare con il progetto: avere in mente sin dall'inizio il lasso temporale a disposizione per l'eventuale presa in carico in relazione alle tempistiche del progetto di accoglienza, conoscere le altre azioni di progetto volte al sostegno dell'autonomia e dell'inclusione della persona nel tessuto sociale, lavorare in sinergia con esse (ad esempio rispetto all'apprendimento L2 della lingua italiana, ai tirocini e ai corsi per l'avviamento al lavoro, alla ricerca della casa per accompagnare la fase di uscita dal progetto).

Interventi psicologici in luoghi di seconda accoglienza: il saper fare dell'integrazione

Gli obiettivi principali del supporto psicologico per l'integrazione delle persone migranti richiesto nei Cas e nei Sai, la cui finalità è l'integrazione delle persone immigrate nel territorio e nelle Comunità, includono la promozione del benessere psicologico, la facilitazione dell'adattamento culturale e il potenziamento delle capacità individuali e comunitarie per una partecipazio-

46 I.A. Kira, A. Ahmed, F. Wasim, V. Mahmoud, J. Colrain, D. Rai, Group therapy for refugees and torture survivors: Treatment model innovations, in «International Journal of Group Psychotherapy», 62(1), 2012, pp. 69-88.

47 R. Tribe, J. Morrissey, The refugee context and the role of interpreters, in «Clinical Child Psychology and Psychiatry», 9(2), 2004, pp. 265-277.

48 L. Woodland, D. Burgner, G. Paxton, K.J. Zwi, Health service delivery for newly arrived refugee children: A framework for good practice, in «Journal of Paediatrics and Child Health», 46(10), 2010, pp. 560-567.

ne attiva nella società ospitante. Le competenze psicologiche necessarie per raggiungere questi obiettivi sono molteplici. In generale si mantengono necessarie la sensibilità culturale, la capacità di costruire relazioni di fiducia e l'abilità di intervenire in modo efficace nelle situazioni di crisi, più tipiche della fase della prima accoglienza. Va detto, infatti, che se la normativa e i suoi tempi scandiscono sostanzialmente in due fasi il processo di accoglienza, le esigenze delle persone possono essere assai diverse e spesso i processi di elaborazione delle sofferenze e di acculturazione richiedono anni; pertanto, molteplici bisogni rinvenibili nella prima fase di accoglienza sono rilevati dagli operatori anche nella seconda fase, prospetticamente orientata all'inserimento sociale.

Gli interventi per la tutela della salute

Gli psicologi che lavorano con le persone migranti ai fini di reinserimento sociale devono essere preparati a intervenire nelle situazioni di crisi che possono perdurare, come traumi permanenti legati alla migrazione, la cronicizzazione di alcune patologie fisiche e mentali, lo stress da acculturazione, le esperienze di discriminazione⁴⁹.

Per quanto riguarda la gestione del trauma, delle sofferenze e delle patologie è importante prevedere una presa in carico complessa, multidisciplinare e continuativa che abbia per oggetto la gestione delle esperienze di sofferenza vissute nei paesi di provenienza o durante il viaggio verso la nuova destinazione, il fronteggiamento dell'ansia o di aspetti di psicopatologia o di patologia fisica che si cronicizzano. A questo proposito è necessario ripensare e adattare gli strumenti di valutazione, selezionando strumenti di valutazione che siano culturalmente sensibili e appropriati per le diverse popolazioni migranti, così come comunicare diagnosi chiare e comprensibili per facilitare la compliance della presa in carico⁵⁰.

Anche l'acculturazione può essere una fonte significativa di stress per persone che spesso devono adattarsi a nuove norme culturali, linguistiche e sociali, non sempre comprensibili. A questo proposito l'intervento psicologico può aiutare a promuovere l'integrazione culturale e ridurre i conflitti interni legati all'identità culturale.

Valutare le esperienze di discriminazione razziale e le abilità per farvi fronte è un importante aspetto dell'intervento psicologico con quelle persone che sperimentano scambi e interazioni con la comunità di accoglienza. Gli psicologi devono essere in grado innanzitutto di fornire uno spazio sicuro e di supporto dove possono riconoscere, esplorare ed elaborare le loro esperienze di discriminazione. Le competenze psicologiche necessarie per favorire l'elaborazione della discriminazione razziale includono la capacità di promuovere la consapevolezza critica e l'empowerment. Promuovere queste capacità è fondamentale per aiutare le persone a riconoscere e affrontare le dinamiche di potere e le ingiustizie che perpetuano la discriminazione razziale. Questo può essere facilitato attraverso interventi che informano sui meccanismi della discriminazione e che incoraggiano a sviluppare strategie di coping attive e assertive.

Anche in assenza di specifiche sofferenze o patologie è necessario promuovere percorsi di benessere psicologico che supportino le persone migranti nella costruzione di una vita stabile e soddisfacente, nonostante le difficoltà iniziali del percorso di inserimento.

49 D. Silove, Z. Steel, P. McGorry, P. Mohan, Trauma exposure, postmigration stressors, and symptoms of severe mental disorder among Tamil asylum seekers: Comparison with refugees and immigrants, in «Acta Psychiatrica Scandinavica», 102(3), 2000, pp. 174-180.

50 D.W. Sue, D. Sue, Counseling the culturally diverse: Theory and practice, John Wiley & Sons, New Jersey 2012.

Lo sviluppo di abilità e competenze personali utili all'integrazione

Per quanto riguarda le competenze da sviluppare con le persone migranti che desiderano integrarsi nel contesto comunitario del paese di accoglienza, l'intervento psicologico facilita la costruzione di resilienza attraverso il potenziamento delle risorse personali e delle reti sociali, l'accesso e la costruzione di reti di supporto comunitario e lo sviluppo di un senso di realistica speranza e fiducia nel futuro, attraverso l'elaborazione e il superamento dei vissuti di fallimento, discriminazione ed esclusione⁵¹.

Bisogna ricordare che l'obiettivo dell'integrazione sociale può essere perseguito solo attraverso il potenziamento delle risorse personali e le capacità di adattamento relazionale, esse dunque andranno attentamente valutate e sviluppate in modo che siano funzionali all'incontro interculturale nel paese di accoglienza⁵².

Tra le risorse personali più rilevanti da sviluppare ci sono gli aspetti di autoefficacia e di progettualità a breve termine. Entrambe queste competenze sono alla base di azioni e comportamenti propositivi che facilitano l'inserimento nel contesto culturale. Per promuovere autoefficacia, ovvero la capacità delle persone di agire autonomamente e di fare scelte informate, gli operatori devono sviluppare e utilizzare una serie di competenze chiave:

- Aiutare le persone migranti a riconoscere le loro capacità e risorse interne. Tecniche come la terapia centrata sulla persona e l'approccio basato sui punti di forza possono essere utili per promuovere l'autoefficacia e la fiducia in sé stessi, poiché si concentrano sull'identificazione e sull'uso delle capacità e delle risorse individuali e comunitarie per raggiungere gli obiettivi.
- Informare le persone migranti sui loro diritti, le risorse disponibili e le opportunità è un passo importante per promuovere l'autoefficacia (*self-agency*). Questo può includere workshop educativi, sessioni di consulenza individuale e materiali informativi tradotti e culturalmente adattati.
- Aiutare a sviluppare abilità di problem-solving è essenziale per promuovere l'autonomia. Questo può essere fatto attraverso l'insegnamento di tecniche di gestione dello stress, strategie di coping e piani di azione concreti per affrontare le sfide quotidiane nel nuovo contesto di vita.

Sostenere la progettualità delle persone migranti significa supportarle nello sviluppo di competenze di pianificazione e realizzazione di progetti di vita per loro significativi, che possono riguardare l'integrazione sociale, lo sviluppo professionale e personale e il raggiungimento di obiettivi a breve e lungo termine. Le competenze psicologiche necessarie per sostenere questo processo, oltre a quelle già citate, includono interventi di sostegno della motivazione, la definizione di obiettivi realistici e il monitoraggio dei progressi. Questi interventi, infatti, sostengono il senso di controllo delle persone migranti sulla realtà, depotenziando i sentimenti percepiti di ostilità sociale e/o di fragilità personale.

Anche tecniche di comunicazione che facilitino l'espressione dei desideri e delle preoccupazioni riducono il rischio di ansia e depressione che possono ostacolare la progettualità. Inoltre,

51 M. Ungar, Resilience across cultures, in «The British Journal of Social Work», 38(2), 2008, pp. 218-235.

52 M. Rutter, Resilience as a dynamic concept, in «Development and Psychopathology», 24(2), 2012, pp. 335-344.

l'impiego di tecniche di raggiungimento di obiettivi (goal setting) può implementare la chiarezza degli obiettivi e delineare i passaggi necessari per raggiungerli.

Sostenere l'integrazione comunitaria

Rispetto all'obiettivo principale di questa fase di accoglienza lo psicologo cercherà di facilitare l'integrazione sociale della persona migrante, in collaborazione con altre organizzazioni e servizi, per permettere l'accesso alle risorse sociali come l'istruzione, l'occupazione e l'assistenza sanitaria, fiscale o giuridica. Anche in questo caso è indispensabile un approccio interdisciplinare per creare un ambiente favorevole all'integrazione e al benessere globale. In termini di competenza sono necessarie:

- una continua ed aggiornata mappatura delle risorse locali, ovvero mantenere un elenco delle risorse e dei servizi locali disponibili, inclusi servizi sanitari, sociali, legali, educativi e di alloggio⁵³;
- la collaborazione interdisciplinare: lavorare in collaborazione con altri professionisti e organizzazioni per creare una rete di supporto efficace e per affrontare le complessità dei bisogni;
- la capacità di potenziamento delle strategie e delle modalità di accesso ai servizi disponibili per rispondere efficacemente alle richieste dei diversi sistemi a cui il migrante può accedere, ivi compreso quello burocratico⁵⁴.

Una efficace integrazione promuove l'inserimento della persona migrante in reti di supporto sociale anche informale. È dunque rilevante valutare e sollecitare la presenza e l'importanza delle reti di supporto sociale, incluse famiglie, amici e comunità di connazionali, che offrono sostegno emotivo e pratico⁵⁵.

Da ultimo, ma essenziale per un'integrazione sociale efficace e un benessere olistico, è il supporto all'integrazione e alla "frequentazione" dei due mondi che costituiscono l'esperienza di vita del migrante. Ricostruire e connettere il là e allora (contesto di provenienza) ed il qui ed ora (contesto di accoglienza) in un progetto di vita coerente e connesso è il fine ultimo di qualsiasi progetto di integrazione sociale delle persone migranti. Ricordiamo che ogni processo migratorio porta con sé significati di sradicamento di sistemi di significato e di perdita ambigua, ma anche rituali di connessione, memoria e preservazione: nella migliore delle ipotesi, quando il processo migratorio ha avuto un esito positivo ed è stato possibile integrarsi con il contesto di accoglienza, le persone potranno abitare, stare e connettere due mondi in una logica di accrescimento piuttosto che di scelta e conseguente impoverimento. Tocca agli operatori e agli interventi di supporto pensati nell'accoglienza rendere percorribile questa prospettiva di vita.

53 J. Crisp, T. Morris, H. Refstie, Displacement in Urban Areas: new challenges, new partnerships, in «Disasters», 36, 2012, pp. 23-42.

54 I.A. Kira, A. Ahmed, F. Wasim, V. Mahmoud, J. Colrain, D. Rai, Group therapy for refugees and torture survivors: Treatment model innovations, in «International Journal of Group Psychotherapy», 62(1), 2012, pp. 69-88.

55 A.S. Masten, Ordinary magic: Resilience processes in development, in «American Psychologist», 56(3), 2001, pp. 227-238.

GDL PSICOLOGIA PER I DIRITTI NEL FINE VITA:

LA PSICOLOGIA PALLIATIVA E LA CURA DEL MORIRE

Cristina Vacchini, Jacopo Casiraghi, Ines Testoni e Primo Gelati

GRUPPO DI LAVORO:

TAVOLO PSICOLOGIA PER I DIRITTI NEL FINE VITA

QUESTIONI GIURIDICHE E PSICOLOGIA PALLIATIVA NEL FINE VITA

A cura di Simona Cacace

Il presente capitolo esplorerà le questioni giuridiche e psicologiche legate alle cure nel fine vita, evidenziando in quest'ambito l'importanza della psicologia palliativa, anche in relazione alla normativa italiana in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento (Dat). Parallelamente, sarà discusso il ruolo centrale della psicologia palliativa nel contesto delle cure palliative (Cp) e della morte volontaria medicalmente assistita (Mvma) in Italia.

Nell'ultimo decennio l'Italia – così come altri Paesi – si sta interrogando, infatti, sulla legittimità della morte volontaria medicalmente assistita, così definita perché esito della volontà della persona maggiorenne capace di intendere e di volere.

Attualmente, la legge italiana esclude la Mvma, mentre un disegno di legge sull'eutanasia è ancora in sospeso (DdL S. 912 XVIII Leg., 2022). Tuttavia, la legge 219/17 consente la pianificazione condivisa delle cure (Pcc) e le Disposizioni Anticipate di Trattamento (Dat), sottolineando l'importanza dell'autodeterminazione della persona malata⁵⁶.

In particolare, l'art. 1 della legge 22 dicembre 2017, n. 219, sancisce il diritto alla vita, alla salute, alla dignità e all'autodeterminazione della persona, stabilendo che nessun trattamento sanitario può essere iniziato o proseguito senza il consenso libero e informato della persona interessata. La psicologia palliativa, in questo senso, emerge come fondamentale nel rispetto della dignità e dell'autodeterminazione dei pazienti, in accordo con il Codice Deontologico delle Psicologhe e degli Psicologi Italiani⁵⁷.

In Europa, alcuni paesi hanno legalizzato o depenalizzato la Mvma: Svizzera, Olanda, Belgio, Lussemburgo, Spagna e Austria⁵⁸. In Italia, nonostante vari tentativi legislativi, non esiste ancora una legge specifica. La sentenza della Corte costituzionale n. 242/2019, tuttavia, ha stabilito che l'aiuto al suicidio può essere legittimo in specifiche condizioni⁵⁹. Tale sentenza, emessa a seguito dell'Ordinanza n. 207 del 2018 della Corte costituzionale, stabilisce, infatti, che è possibile aiutare una persona malata a morire a patto che soffra di una malattia grave ed inguaribile, che tale malattia costituisca fonte di sofferenza per la persona, e che il malato sia in grado di intendere e di volere e dipendente da un trattamento di sostegno vitale.

56 I. Testoni, H. Orkibi, F. Benini, E. Dagan, Editorial: The challenge of palliative psychology across the lifespan: Between new health emergencies and paradigm shifts, in «Frontiers in psychology», 13, 2022, p. 1028330. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.1028330>.

57 Gruppo tecnico psicologia cure palliative e cure palliative pediatriche e terapia del dolore, Profilo dello psicologo in cure palliative e terapia del dolore e cure palliative pediatriche, 2023.

58 S. Richardson, An international expansion in voluntary euthanasia/assisted dying: The implications for nursing, in «International nursing review», 70(1), 2023, pp. 117-126. <https://doi.org/10.1111/inr.12807>.

59 Corte Costituzionale, Giudizio di legittimità costituzionale in via incidentale, 2019. Disponibile su: <https://www.cortecostituzionale.it/actionSchedaPronuncia.do?anno=2019&numero=242>.

La sentenza n. 135 del 2024, di recente pronuncia, ribadisce quanto stabilito dalla 242 del 2019, precisando i criteri per escludere dalla punibilità chi facilita il suicidio assistito di malati con patologie irreversibili e sofferenze intollerabili, che abbiano preso tale decisione in modo autonomo. La Corte costituzionale ha esteso il concetto di "trattamento di sostegno vitale" includendo anche procedure meno invasive rispetto alla dipendenza da macchinari e terapie. Spetta alle strutture sanitarie il compito di verificare le condizioni per il suicidio assistito, mentre in caso di controversie è compito dei giudici ordinari l'interpretazione, caso per caso, del concetto di trattamento di sostegno vitale. Infine, viene ribadita la necessità di bilanciare l'autodeterminazione con la tutela della vita, al fine di evitare abusi su persone vulnerabili, garantendo l'accesso alle cure palliative su tutto il territorio nazionale, come previsto dalla legge n. 38 del 2010.

Anche i membri del Comitato Nazionale per la Bioetica (Cnb), a giugno 2024, si sono espressi in merito ai criteri per definire i trattamenti di sostegno vitale (Tsv), mancando una definizione univoca. Essi si sono focalizzati, in particolare, su tre fattori: finalità (i Tsv non forniscono un sostegno ma sostituiscono una funzione vitale), intensità (l'utilizzo dei Tsv è fortemente invasivo e continuativo nel tempo), sospensione (l'interruzione dei Tsv provoca conseguenze fatali immediate o rapide).

Il Gruppo di lavoro "Un diritto gentile", ha redatto un documento stilando una serie di raccomandazioni sul ruolo di comitati etici e strutture pubbliche del Servizio sanitario nazionale relative alla richiesta di aiuto medico a morire, le quali sono riassumibili nei seguenti principi: centralità della persona, procedure chiare, trasparenti e uniformate in tutto il territorio nazionale e distinzione tra il ruolo delle strutture sanitarie pubbliche, che esaminano la richiesta, e quello dei comitati etici.

Recentemente, anche una parte della Chiesa, attraverso le parole di Monsignor Vincenzo Paglia e della Pontificia Accademia per la Vita⁶⁰ si è espressa sulla questione attraverso il "Piccolo lessico del fine vita", che nasce con il proposito di fare chiarezza su alcuni termini al fine di appianare conflitti derivanti da un impiego impreciso delle terminologie utilizzate nel dibattito sul fine vita. In particolare, si occupa di temi come cure palliative, Disposizioni anticipate di trattamento (Dat), sedazione palliativa, nutrizione e idratazione artificiale, accanimento terapeutico ed eutanasia, per facilitare una discussione aperta e trovare punti di incontro.

Tra coloro che hanno apportato un rilevante contributo alla questione si riconosce l'Ordine degli psicologi del Lazio, che nel 2023 ha creato il documento "Sofferenza e desiderio di morte: Le prassi dello psicologo, medico, infermiere a sostegno della persona", auspicando una continuità tra cure palliative e morte volontaria medicalmente assistita. Il loro tentativo di delineare questa continuità rappresenta un'iniziativa pionieristica: fino ad oggi, infatti, le cure palliative costituivano una alternativa alla richiesta di morte anticipata.

Le cure palliative (Cp) mirano a lenire il "dolore totale" del paziente, un concetto introdotto da Cicely Saunders, che comprende dimensioni fisiche, psicologiche, sociali e spirituali^{61 62}. La legge 38/2010 garantisce l'accesso alle Cp, che sono ora integrate fin dalla diagnosi di malattia potenzialmente infausta⁶³. La possibilità, attraverso di esse, di ridurre i sintomi derivanti dalla patolo-

60 Pontificia Accademia per la Vita, *Piccolo lessico del fine-vita*, Libreria Editrice Vaticana, 2024.

61 C. Saunders, *The evolution of palliative care*, in «Patient education and counseling», 41(1), 2000, pp. 7-13. [https://doi.org/10.1016/s0738-3991\(00\)00110-5](https://doi.org/10.1016/s0738-3991(00)00110-5).

62 D. Clark, *Total pain: the work of Cicely Saunders and the hospice movement*, in «American Pain Society Bulletin», 10(4), 2000, pp. 13-15.

63 V. Zagonel, V. Franciosi, A. Brunello, G. Biasco, C. Brogna, D. Cattaneo, L. Cavanna, D. Corsi, G. Farina, L. Fioretto, T. Gamucci, G. Lanzetta, R. Magarotto, M. Maltoni, P. Marchetti, E. Massa, C. Mastromauro, B. Melotti, F. Meriggi, A. Nacci, I. Pavese, E. Piva, M. Quirino, M. Roselli, C. Sacco, G. Tonini, L. Trentin, G. Ucci, R. Labianca, S. Gori, C. Pinto, *Position paper of the Italian Association of Medical Oncology on early palliative care in oncology practice (Simultaneous Care)*, in «Tumori», 103(1), 2017, pp. 9-14. <https://doi.org/10.5301/tj.5000593>.

gia e il dolore ad essa associato, la presa in carico globale e precoce del paziente nel rispetto dei suoi bisogni, il miglioramento in termini di dignità, benessere e qualità della vita hanno ridotto il numero di Mvma. Tuttavia, le Cp, seppur efficaci, non sempre prevenivano il desiderio di morte, richiedendo quindi un approccio che rispetti l'autodeterminazione del paziente, come previsto dalla legge 219/17⁶⁴. L'Ordine degli psicologi della Lombardia è riuscito, infatti, a raccogliere le istanze di coloro che, pur beneficiando degli innumerevoli vantaggi prodotti dalla fruizione delle cure palliative, continuano a desiderare la morte.

Compito dello psicologo, in questi casi, risulta essere, nel pieno rispetto del diritto alla dignità e all'autodeterminazione della persona, di accogliere queste istanze e di supportare la persona malata offrendole sostegno e comprensione. La psicologia palliativa, infatti, parte integrante del Sistema sanitario nazionale (Ssn) grazie alla legge 38/2010, è cruciale per supportare il paziente nei momenti di estrema fragilità, garantendo assistenza continua e alleviando la sofferenza psicologica, esistenziale e spirituale^{65 66 67}). La legge 219/17 e la sentenza 242/19 riconoscono il ruolo fondamentale dello psicologo nel supporto decisionale⁶⁸.

Lo psicologo nelle Cp svolge, infatti, un ruolo critico, fornendo supporto diagnostico, counseling e psicoterapia per migliorare la qualità della vita del paziente e prevenire richieste di Mvma^{69 70 71}. È anche coinvolto nella gestione delle DAT e del PCC, supportando pazienti e famiglie nel processo decisionale^{72 73}. La psicologia della spiritualità e della religione, inoltre, sebbene tradizionalmente gestita dalle scienze religiose, è rilevante per la psicologia palliativa per potenziare la resilienza del paziente^{74 75 76}.

Al fine di supportare il paziente, risulta cruciale riconoscere la distinzione tra aiuto "nel" morire (cp) e aiuto "a" morire (Mvma). La Dignity Therapy (Dt), sviluppata da Harvey Max Chochinov, dimostra che interventi psicologici adeguati possono prevenire il desiderio di morte restituendo

64 T.E. Quill, M.P. Battin, *Physician-assisted dying: The case for palliative care and patient choice*, John Hopkins University Press, 2004. https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.2006.510_5.x.

65 E.A. Meier, C. Scheiber, L.P. Montross-Thomas, *Moving Toward a Field of Palliative Psychology*, in «Journal of Palliative Medicine», 19(4), 2016, p. 351. <https://doi.org/10.1089/jpm.2015.0480>.

66 K. Ramos, S.N. Hastings, H.B. Bosworth, J.J. Felton, *Life Program: Pilot Testing a Palliative Psychology Group Intervention*, in «Journal of Palliative Medicine», 21(11), 2018, pp. 1641-1645. <https://doi.org/10.1089/jpm.2017.0454>.

67 E.A. Strada, *Palliative psychology: Clinical perspectives on an emerging specialty*, Oxford University Press, 2017.

68 Gruppo tecnico psicologia cure palliative e cure palliative pediatriche e terapia del dolore, *Profilo dello psicologo in cure palliative e terapia del dolore e cure palliative pediatriche*, 2023.

69 W.E. Haley, D.G. Larson, J. Kasl-Godley, R.A. Neimeyer, D.M. Kwilosz, *Roles for Psychologists in End-of-Life Care: Emerging Models of Practice*, in «Professional Psychology: Research and Practice», 34(6), 2003, pp. 626-633. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.34.6.626>.

70 J.E. Kasl-Godley, D.A. King, T.E. Quill, *Opportunities for psychologists in palliative care: Working with patients and families across the disease continuum*, in «The American psychologist», 69(4), 2014, pp. 364-376. <https://doi.org/10.1037/a0036735>.

71 E. Kozlov, B. Niknejad, M.C. Reid, *Palliative Care Gaps in Providing Psychological Treatment: A Review of the Current State of Research in Multidisciplinary Palliative Care*, in «The American Journal of hospice & palliative care», 35(3), 2018, pp. 505-510. <https://doi.org/10.1177/1049909117723860>.

72 P. Von Blanckenburg, N. Leppin, *Psychological interventions in palliative care*, in «Current opinion in psychiatry», 31(5), 2018, pp. 389-395. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000441>.

73 C. Fraguell-Hernando, J.T. Limonero, F. Gil, *Psychological intervention in patients with advanced cancer at home through Individual Meaning-Centered Psychotherapy-Palliative Care: A pilot study*, in «Supportive care in cancer: Official Journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer», 28(10), 2020, pp. 4803-4811. <https://doi.org/10.1007/s00520-020-05322-2>.

74 E.L. Moss, K.S. Dobson, *Psychology, spirituality, and end-of-life care: An ethical integration?*, in «Canadian Psychology / Psychologie canadienne», 47(4), 2006, pp. 284-299. <https://doi.org/10.1037/co2006019>.

75 L. Selman, T. Beynon, I.J. Higginson, R. Harding, *Psychological, social and spiritual distress at the end of life in heart failure patients*, in «Current opinion in supportive and palliative care», 1(4), 2007, pp. 260-266. <https://doi.org/10.1097/SPC.0b013e3282f283a3>.

76 A. Bovero, C. Tosi, R. Botto, M. Opezzo, F. Giono-Calvetto, R. Torta, *The Spirituality in End-of-Life Cancer Patients in Relation to Anxiety, Depression, Coping Strategies, and the Daily Spiritual Experiences: A Cross-Sectional Study*, in «Journal of religion and health», 58(6), 2019, pp. 2144-2160. <https://doi.org/10.1007/s10943-019-00849-z>.

dignità ai pazienti^{77 78}. Tuttavia, in alcuni casi, il rispetto per l'autodeterminazione può richiedere la continuità tra Cp e Mvma, considerando il desiderio di morte come parte della sofferenza psicologica^{79 80}.

Come detto poc'anzi, lo psicologo è considerato una figura cruciale per quanto riguarda tutto il processo decisionale del paziente e il suo coinvolgimento nella Pcc è essenziale.

Ai sensi della legge n. 219/2017, in caso di patologie croniche e invalidanti con prognosi infausta, è, infatti, possibile realizzare una pianificazione condivisa delle cure tra paziente ed équipe, coinvolgendo anche i familiari se il paziente acconsente (Art. 5). Questa pianificazione deve essere aggiornata in base all'evoluzione della malattia e alle esigenze del malato. Ne consegue come ogni persona abbia il diritto di essere informata sulle proprie condizioni di salute in modo completo e comprensibile, quindi in merito a diagnosi, prognosi, benefici, rischi e alternative dei trattamenti sanitari (Art. 1, comma 3). Questo include il diritto di rifiutare o revocare qualsiasi trattamento sanitario in qualsiasi momento, anche se ciò ne comporta l'interruzione (Art. 1, comma 5). Il medico è obbligato a rispettare la volontà del paziente di rifiutare il trattamento sanitario e, in conseguenza di ciò, è esente da responsabilità civile o penale (Art. 1, comma 6).

La legge, inoltre, nei casi di prognosi infausta a breve termine o di imminenza di morte, impone al medico di astenersi da ogni ostinazione irragionevole nella somministrazione delle cure e di ricorrere alla sedazione palliativa profonda continua in associazione con la terapia del dolore, con il consenso del paziente (Art. 2, commi 1 e 2). Il Comitato nazionale per la bioetica definisce l'accanimento terapeutico come l'uso di trattamenti sproporzionati e gravosi rispetto agli obiettivi della condizione specifica del paziente⁸¹.

Per quanto riguarda i minori e gli incapaci, il consenso informato è espresso dai tutori legali, con l'obiettivo di salvaguardare la salute psicofisica del minore rispettandone la dignità (Art. 3). In caso di conflitto tra il rappresentante legale e il medico, la decisione è rimessa al giudice tutelare (Art. 3, comma 1). Questo garantisce che le decisioni siano prese nel miglior interesse del paziente, tenendo conto delle competenze mediche e delle preferenze personali del paziente stesso, laddove possibile (Art. 3: Minori e Incapaci). A livello internazionale, casi come quelli di Indi Gregory, Charlie Gard, Alfie Evans e Tafida Raqeeb hanno sollevato importanti questioni etiche e giuridiche sulla gestione dei trattamenti di fine vita nei minori⁸². In particolare, il caso di Tafida Raqeeb ha evidenziato l'importanza di considerare il migliore interesse del bambino, tenendo conto delle opinioni mediche e dei desideri dei genitori⁸³.

La legge, sia per gli adulti sia per i minori, considera la comunicazione tra medico e paziente un elemento fondamentale della cura. Il medico deve garantire informazioni comprensibili ed

77 H.M. Chochinov, B. Cann, K. Cullihall, L. Kristjanson, M. Harlos, S.E. McClement, T.F. Hack, T. Hassard, Dignity therapy: A feasibility study of elders in long-term care, in «Palliative & supportive care», 10(1), 2012, pp. 3-15. <https://doi.org/10.1017/S1478951511000538>.

78 G. Fitchett, L. Emanuel, G. Handzo, L. Boyken, D.J. Wilkie, Care of the human spirit and the role of dignity therapy: A systematic review of dignity therapy research, in «BMC palliative care», 14(1), 2015, pp. 1-12. <https://doi.org/10.1186/s12904-015-0007-1>.

79 R.M. Ryan, E.L. Deci, Overview of self-determination theory: An organismic-dialectical perspective, in E.L. DECI, R.M. RYAN (a cura di), Handbook of self-determination research, University of Rochester Press, 2002, pp. 3-33.

80 R.J. Vallerand, Deci and Ryan's self-determination theory: A view from the hierarchical model of intrinsic and extrinsic motivation, in «Psychological Inquiry», 11(4), 2000, pp. 312-318.

81 Comitato nazionale per la bioetica, Accanimento terapeutico, 1995.

82 Cedu, Il caso Parfitt, 2021.

83 D.I. benbow, Tafida Raqeeb v. Barts NHS Foundation Trust and Others [2019]: Bolstering the argument for mediation, in «Medical Law International», 19(4), 2019, pp. 298-308. <https://doi.org/10.1177/0968533220902258>.

esaustive e adattare la comunicazione alla capacità di comprensione del paziente (Art. 1, comma 8). Questo processo è cruciale per assicurare decisioni informate e consapevoli, soprattutto in situazioni di grave malattia o prognosi infausta.

Il consenso informato è, infatti, un principio fondamentale nella tutela della salute, garantendo che le scelte terapeutiche siano consapevoli e rispettose della dignità e dell'autodeterminazione del paziente. La normativa italiana offre un quadro giuridico che bilancia la necessità di cura con il rispetto delle volontà del paziente, promuovendo una relazione di fiducia tra le parti. Tuttavia, permangono sfide nell'applicazione pratica, specialmente in casi complessi che coinvolgono minori e persone incapaci. Compito della psicologia palliativa è accogliere queste sfide e svolgere un ruolo cruciale nell'assicurare che i pazienti ricevano un supporto completo, attraverso anche un lavoro di mediazione al fine di gestire in modo adeguato qualsiasi conflitto.

IL RUOLO DELLO PSICOLOGO PALLIATIVISTA: STORIA, OBIETTIVI, CRITICITÀ E FORMAZIONE

Storia della Psicologia Palliativista in Italia

La psicologia palliativista è una disciplina relativamente giovane in Italia, con le sue radici che affondano nelle pratiche palliative generali sviluppatesi a partire dagli anni '80 e '90. Il movimento delle cure palliative nel Paese ha guadagnato slancio con l'adozione della Legge 39/1999, che ha stabilito le cure palliative come diritto per tutti i cittadini. Questa legge ha segnato un punto di svolta, riconoscendo l'importanza di un approccio multidisciplinare nella gestione del dolore e dei sintomi in fase terminale, includendo la componente psicologica.

L'evoluzione della psicologia palliativista in Italia è stata influenzata anche dalla crescente consapevolezza del ruolo fondamentale che il supporto psicologico svolge nella qualità della vita dei pazienti terminali e delle loro famiglie. Negli anni 2000, vari ospedali e strutture sanitarie hanno iniziato a integrare psicologi nei loro team di cure palliative, riconoscendo la necessità di affrontare non solo il dolore fisico, ma anche quello emotivo e psicologico.

Ruolo e Obiettivi dello Psicologo Palliativista

Lo psicologo palliativista ha un ruolo cruciale all'interno del team di cure palliative, il cui obiettivo principale è migliorare la qualità della vita dei pazienti con malattie terminali e delle loro famiglie. Questo professionista si occupa di una vasta gamma di attività, che vanno dal supporto psicologico individuale alla consulenza familiare, dalla gestione del dolore emotivo alla facilitazione della comunicazione tra pazienti, famiglie e operatori sanitari.

Gli obiettivi principali dello psicologo palliativista includono:

- **Supporto Emotivo e Psicologico:** fornire sostegno psicologico ai pazienti per aiutarli a gestire l'ansia, la depressione, la paura della morte e altre emozioni complesse che possono emergere durante la fase terminale della malattia.
- **Migliorare la Qualità della Vita:** collaborare con il team multidisciplinare per assicurare che il trattamento palliativo tenga conto delle esigenze psicologiche del paziente, migliorando così la qualità complessiva della vita.
- **Supporto alla Famiglia:** offrire consulenza e supporto ai familiari del paziente, aiutandoli a comprendere e affrontare il processo di malattia e il lutto.
- **Gestione del Dolore Psicosomatico:** aiutare i pazienti a distinguere e gestire il dolore fisico e il dolore emotivo, utilizzando tecniche di rilassamento, mindfulness e altre strategie psicologiche.
- **Facilitazione della Comunicazione:** agevolare la comunicazione tra pazienti, familiari e operatori sanitari per assicurare che i desideri e le preferenze del paziente siano rispettati e integrati nel piano di cura.
- **Supporto al Team Sanitario:** fornire supporto psicologico ai membri del team di cure palliative, che possono essere esposti a livelli elevati di stress e burnout.

Are di Criticità della Professione

Nonostante il ruolo cruciale, gli psicologi palliativisti affrontano diverse criticità:

- **Riconoscimento Professionale:** La figura dello psicologo palliativista non è ancora universalmente riconosciuta e integrata in tutte le strutture sanitarie italiane. Questo può portare a una mancanza di standardizzazione nelle pratiche e nel supporto offerto ai pazienti.
- **Sostegno Istituzionale:** Spesso mancano risorse adeguate e sostegno istituzionale per l'inclusione di psicologi palliativisti nei team di cure palliative, limitando la loro capacità di operare efficacemente.
- **Formazione Specifica:** La formazione specifica in psicologia palliativista non è ancora diffusa nei programmi accademici di psicologia. Ciò può portare a una carenza di professionisti adeguatamente preparati per affrontare le sfide uniche delle cure palliative.
- **Gestione del Burnout:** Gli psicologi palliativisti sono esposti a situazioni altamente emotive e stressanti, che possono portare a burnout e altre difficoltà psicologiche. È essenziale che ricevano supporto adeguato a gestire il proprio benessere mentale.
- **Consapevolezza e Educazione:** C'è una necessità continua di aumentare la consapevolezza e l'educazione sulla psicologia palliativista tra i professionisti sanitari e il pubblico generale, per migliorare l'accesso e la qualità delle cure palliative.

Importanza della Formazione Specifica

La formazione specifica è fondamentale per gli psicologi che desiderano specializzarsi in cure palliative. Questa formazione deve comprendere una combinazione di teoria, pratica clinica e supervisione, coprendo argomenti quali:

- **Teoria e pratica delle cure palliative:** comprendere i principi fondamentali delle cure palliative, inclusi i modelli di assistenza, la gestione del dolore e dei sintomi, e le strategie di comunicazione efficace.
- **Psicopatologia e interventi psicologici:** approfondire la conoscenza delle principali psicopatologie che possono emergere in pazienti terminali, e sviluppare competenze nelle tecniche di intervento psicologico appropriate.
- **Etica e deontologia professionale:** esplorare le questioni etiche e deontologiche specifiche delle cure palliative, come il consenso informato, la dignità del paziente e le decisioni di fine vita.
- **Lavoro multidisciplinare:** sviluppare competenze nel lavoro collaborativo all'interno di team multidisciplinari, comprendendo i ruoli e le responsabilità degli altri membri del team di cure palliative.
- **Gestione del proprio benessere:** apprendere tecniche di autocura e gestione del proprio benessere per prevenire il burnout e mantenere l'efficacia professionale nel lungo termine.

In conclusione, lo psicologo palliativista svolge un ruolo vitale nel migliorare la qualità della vita dei pazienti terminali e delle loro famiglie, affrontando le sfide emotive e psicologiche che

accompagnano la fase terminale della malattia. Nonostante le numerose criticità, l'importanza della formazione specifica e del supporto istituzionale è cruciale per garantire che questi professionisti possano operare al meglio delle loro capacità. Con un'adeguata formazione e riconoscimento, gli psicologi palliativisti possono fare una differenza significativa nella vita dei pazienti e delle loro famiglie, offrendo supporto e conforto in momenti di estrema vulnerabilità.

Il ruolo dello psicologo nella legge 219 del 2017

Dopo che la legge 38 del 2010 ha consegnato alla disciplina psicologica un terreno di intervento bello, aspro e difficile, individuando in modo inequivocabile le terapie psicologiche come parte integrante del percorso terapeutico nelle Cure Palliative (art. 2, comma b), alla fine del 2017 il Parlamento promulga la legge 219, che arriva dopo anni di accesi, a volte feroci dibattiti e di sterili polemiche, di fughe in avanti (poche) e di passi indietro (molti) da parte del legislatore. Finalmente la legge 219 è invece un'ottima legge, che sancisce quello che già da molto tempo si agitava nella sensibilità collettiva in tema di diritti del paziente a disporre di sé stesso e del proprio corpo fino all'ultimo respiro. Tra l'altro le due leggi, la 38 e la 219, hanno il merito di stabilire che lo psicologo è parte integrante della equipe sanitaria e, in quanto tale, si adopera secondo il suo sapere e la sua competenza affinché il paziente possa esercitare fino in fondo la propria autodeterminazione.

Come si legge sul sito del Ministero della Salute la Legge 22 dicembre 2017, n. 219, contenente "Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento". Come richiamato all'articolo 1 la Legge 219 «tutela il diritto alla vita, alla salute, alla dignità e all'autodeterminazione della persona e stabilisce che nessun trattamento sanitario può essere iniziato o proseguito se privo del consenso libero e informato della persona interessata, tranne che nei casi espressamente previsti dalla legge», nel rispetto dei principi della Costituzione (art. 2, 13 e 32) e della Carta dei diritti fondamentali dell'Unione Europea.

Lo stesso articolo afferma il diritto di ogni persona di conoscere le proprie condizioni di salute e di essere informata in modo completo, aggiornato e a lei comprensibile riguardo alla diagnosi, alla prognosi, ai benefici e ai rischi degli accertamenti diagnostici e dei trattamenti sanitari indicati, nonché riguardo alle possibili alternative e alle conseguenze dell'eventuale rifiuto del trattamento sanitario e dell'accertamento diagnostico o della rinuncia ai medesimi.

È una legge che rivoluziona l'approccio dei pazienti, dei medici e degli altri professionisti, al trattamento sanitario. Non si vuole farne qui una disamina meticolosa, ma limitarsi a sottolineare due commi dell'articolo 1, particolarmente significativi per l'argomento oggetto di questa riflessione e per la professione psicologica: il Comma 2 che recita «Contribuiscono alla relazione di cura, in base alle rispettive competenze, gli esercenti una professione sanitaria che compongono l'equipe sanitaria. In tale relazione sono coinvolti, se il paziente lo desidera, anche i suoi familiari o la parte dell'unione civile o il convivente ovvero una persona di fiducia del paziente medesimo»; e il Comma 8: «Il tempo della comunicazione tra medico e paziente costituisce tempo di cura».

Questi due enunciati cancellano secoli di paternalismo/decisionismo medico e restituiscono ai pazienti (e ai loro familiari, nonché all'intera equipe dei curanti: medici, infermieri, psicologi, etc.) l'inalienabile diritto a decidere su quale sia la cosa migliore per la propria salute.

Questa "restituzione" comporta una serie di oneri del tutto nuovi per i protagonisti della vicen-

da: da una parte il medico non solo deve rinunciare ad un ruolo di decisore assoluto e inattaccabile del processo terapeutico, ma anche e soprattutto deve allargare il suo campo di azione fino a ricomprendere nella relazione di cura, obbligatoriamente, la comunicazione con il paziente, e deve attrezzarsi per accogliere, in questa relazione di cura, non solo il paziente ma anche le altre professioni sanitarie e financo i familiari del paziente. Una vera e propria rivoluzione, che pone al centro dello scenario terapeutico sia il paziente, sia un nuovo soggetto: l'equipe.

La legge 219 del dicembre 2017 regola sia le modalità con le quali il paziente esercita il suo diritto nel qui ed ora a prestare (oppure no) consenso alle cure proposte dai sanitari, sia quelle con le quali il paziente dispone quali debbono essere gli atti medici a cui può (o non deve) essere sottoposto nel caso di sua sopravvenuta incapacità a esprimersi in futuro, e nomina una persona di sua fiducia che si faccia latore di queste disposizioni. Sia in un caso che nell'altro la decisione può rivelarsi molto difficile, problematica ed ansiogena per il paziente e, se coinvolta, per la sua famiglia, ed è spesso una decisione che arriva dopo un percorso nel quale considerazioni di tipo clinico, esistenziale, spirituale, emotivo e cognitivo trovano alla fine una sintesi soddisfacente. Spesso il paziente sente di non essere sufficientemente attrezzato per affrontare emotivamente il percorso e chiede pertanto di essere accompagnato: l'operatore sanitario di primo riferimento in questo compito è senza dubbio lo psicologo. Per avere più chiaro quale è il quadro nel quale ci si muove nell'ambito della legge 219 e di quali sono le implicazioni esistenziali e psico-emotive con le quali lo psicologo deve confrontarsi, è necessario ricordare che stiamo parlando di percorsi di fine-vita e, di conseguenza, dei significati che il paziente attribuisce alla sua vita precedente, a quella attuale e a quella che gli rimane.

Mettiamo il caso, per fortuna raro ma ahimè non rarissimo, in cui il paziente sia un minore, un bambino di quattro o cinque anni affetto da una patologia gravissima e progressiva. A decidere per suo conto, sul cosa fare, dovranno essere i genitori. La legge 219 chiama i familiari a una nuova responsabilità: decidere sul paziente e, per quello che ci riguarda qui, essi sono chiamati ad una nuova responsabilità: decidere per e sul proprio figlio e costretti a rinunciare alla competenza del medico cui ci si affidava in passato anche nei momenti più difficili. Beninteso, i genitori anche adesso potrebbero delegare al medico tutte le decisioni, anche le più ardue ma difficilmente si sottraggono al diritto di decidere, vissuto come un dovere etico/affettivo: una estrema responsabilità genitoriale per garantire al proprio bambino la migliore qualità di vita anche nelle fasi ultime della traiettoria di fine vita.

Per contro, il medico che fino a prima della legge decideva in solitudine (al più confrontandosi con qualche collega) su quali dovevano essere gli interventi più appropriati, anche in situazioni, per esempio, di gravissima crisi respiratoria, è ora sollevato da tale solipsistica responsabilità, potendo contare invece su un percorso di consapevolezza condiviso con i genitori: la cosiddetta relazione di cura di cui all'art. 1. Naturalmente ci si riferisce qui a quelle situazioni in cui le competenze cognitive del minore sono compromesse al punto da impedire che egli possa decidere per sé stesso sul proprio futuro, e a quelle in cui l'età del bambino e/o la sua maturazione intellettuale impediscono una scelta pienamente consapevole: in queste situazioni sono i genitori chiamati ad esprimersi per suo conto.

Ma quale dovrebbe essere questo "percorso", tutto snodato dentro quella "relazione di cura" cui la legge fa esplicito riferimento? E quale dovrebbe essere il ruolo dello psicologo in questo percorso?

Per esempio, lo psicologo sosterrà i genitori nel processo di consapevolezza e nella comprensione di come la scelta migliore per il bambino possa essere a volte completamente diversa da quella che per i genitori è invece più tranquillizzante (per esempio, in caso di grave difficoltà respiratoria, la confezione di una tracheostomia, che potrà magari allungare la vita del piccolo paziente, ma che certamente peggiorerà la qualità della sua vita). Occorre che i genitori maturino nel profondo la consapevolezza che non sempre quello che loro desiderano coincide con la cosa migliore per il loro bambino. Occorre che gli operatori comprendano che lo stato d'animo dei genitori, magari per lunghi mesi, è caratterizzato da un angosciante altalenarsi tra quella che appare una matura accettazione dell'inevitabile, ed una irragionevole e selvaggia speranza che le cose possano cambiare in meglio. E non è infrequente il caso che, proprio a causa di questa continua oscillazione, i genitori cambino idea circa le Disposizioni anticipate di trattamento sulle quali magari avevano costruito un accordo con i curanti solo pochi giorni prima. Questi "voltafaccia" non devono stupire e non sono in nessun modo significativi di un qualche disturbo psicologico: sono il risultato "tangibile" della battaglia che avviene dentro di loro. Lo psicologo che si occupa del caso deve anche prevedere che questa battaglia "interna" possa trasferirsi all'esterno, innescando un conflitto tra la madre e il padre, e/o tra i genitori e i membri dell'équipe. È necessario che lo psicologo e il medico rivalutino con loro la situazione, per capire insieme cosa è cambiato nella percezione del futuro del bambino.

Proprio per evitare che nel momento critico si prendano decisioni dettate solo dall'emotività, è opportuno e anzi necessario che i genitori vengano seguiti dallo psicologo fin dai primissimi momenti in cui viene posta la diagnosi con probabile (o certa) prognosi infausta: solo così sarà possibile accompagnare i genitori lungo un percorso così doloroso e, soprattutto, nello stesso tempo garantire fino alla fine che per il minore verranno prese le decisioni migliori per garantire dignità e qualità di vita.

Per maggior dettaglio sul ruolo dello psicologo nell'ambito della legge 219, si cita qui un lavoro edito nel 2020 dalla Società italiana di cure palliative (Sicp), che si trova facilmente in rete: Legge 219/2017: Quali possibili spazi di intervento per lo psicologo in cure palliative?

La Psicologia costituisce dunque una branca del sapere coinvolta a pieno titolo in questo processo, non solo perché citata espressamente all'interno della legge (art.1, comma 5), ma anche in quanto lo psicologo è parte costitutiva dell'équipe sanitaria e può intervenire in diverse fasi del percorso di cura (art.1 comma 2 e 5), dispone di competenze specifiche spendibili nel campo della formazione iniziale e continua (art.1 comma 10), può attivamente contribuire alla valutazione di sintomi refrattari in caso di sedazione palliativa profonda (art.2 comma 2), dispone di competenze valutative del grado di maturità in caso di minori (art.3 comma 2), dispone di conoscenze relazionali e comunicative che facilitano l'approfondimento della percezione della qualità della vita (art. 5 comma 2) e, infine, può avere una relazione con il paziente e/o con la sua famiglia orientata a favorire i passaggi elaborativi corrispondenti al progressivo evolversi della malattia (art.5 comma 4).

La formazione dello psicologo in cure palliative

La Legge 38/2010, che disciplina l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore, insie-

me ai Decreti ministeriali del 4 aprile 2012, che istituiscono i percorsi formativi universitari previsti dall'art. 8 della stessa legge, e l'accordo Stato-Regioni del 10 luglio 2014, delineano i percorsi formativi per gli operatori socio-sanitari che lavorano nella rete delle cure palliative. Questi documenti regolano non solo l'organizzazione e la gestione delle cure, ma specificano anche quali figure professionali devono essere coinvolte e il loro percorso formativo. Le università, nel rispetto della loro autonomia, sono incaricate di attivare i master ritenuti più idonei per formare tali professionisti.

Per quanto riguarda gli psicologi che operano nei servizi di cure palliative, in contesti come ospedali, Rsa (Residenze sanitarie assistenziali), Rsd (Residenze sanitarie per disabili), hospice o nei servizi di assistenza domiciliare, è importante integrare la formazione di base con l'apprendimento delle dinamiche di lavoro in équipe. Le cure palliative, infatti, richiedono una stretta collaborazione tra diversi professionisti, come medici palliativisti, medici di medicina generale, infermieri palliativisti o di famiglia, fisioterapisti, Oss (Operatori socio-sanitari) e volontari. La condivisione di conoscenze, competenze e abilità all'interno dell'équipe è fondamentale per garantire un'assistenza di qualità.

A questo proposito, non sembra opportuno attivare master universitari di secondo livello in cure palliative e terapia del dolore riservati esclusivamente agli psicologi, che acquisirebbero 60 crediti formativi in un anno. Questo perché la formazione dello psicologo deve essere sempre più integrata e multidisciplinare, prevedendo la possibilità di frequentare master universitari interprofessionali. Tali master dovrebbero coinvolgere non solo psicologi, ma anche medici, infermieri, fisioterapisti, assistenti sociali e altre figure professionali che operano nella rete delle cure palliative.

Il ruolo dello psicologo nella gestione delle fragilità

Lo psicologo che opera in cure palliative è una figura chiave nella presa in carico dei cittadini con gravi fragilità. Il paziente terminale, spesso portatore di malattie croniche severe, rappresenta una delle categorie principali che richiede l'accesso alle cure palliative. In un sistema di welfare maturo, le cure palliative dovrebbero essere erogate anche in maniera simultanea, già durante la fase cronica della malattia, garantendo una presa in carico tempestiva e integrata.

Tuttavia, oltre ai pazienti terminali, ci sono molti altri cittadini vulnerabili che necessitano di cure palliative. Tra questi vi sono gli anziani con perdita, anche parziale, di autonomia, pazienti con patologie croniche in fase avanzata, persone disabili o cittadini con gravi disagi psico-sociali, spesso accompagnati da disturbi psichiatrici. Altri gruppi vulnerabili includono i cittadini poveri, senza lavoro o senza fissa dimora, ai quali non sono garantiti i diritti fondamentali.

In questo contesto, lo psicologo gioca un ruolo fondamentale nel garantire che queste persone fragili ricevano cure adeguate. Per farlo, deve essere in grado di conoscere e sfruttare le risorse presenti nella rete socio-sanitaria locale, che è spesso la prima linea di assistenza. Lo psicologo deve saper interagire efficacemente con tutti i nodi significativi della rete di servizi, assicurando che venga garantita la continuità assistenziale e che si lavori sempre nell'interesse del cittadino fragile.

La sfida futura: l'integrazione nell'assistenza territoriale

Oltre a condividere un Piano assistenziale individuale appropriato nell'attuale rete socio-sanitaria, lo psicologo deve essere anche preparato a integrarsi nel nuovo modello di assistenza territoriale che si sta delineando. Questo modello, spinto dall'esperienza della pandemia di Covid-19, pone un forte accento sulla "medicina di prossimità" e sull'assistenza territoriale, che sostituirà in parte l'attuale sistema centrato sull'ospedale.

Lo psicologo dovrà, quindi, adattarsi a un sistema di welfare in evoluzione, capace di rispondere in maniera più efficace alle necessità dei cittadini più vulnerabili. Con l'integrazione della medicina territoriale e delle cure di prossimità, sarà fondamentale che gli psicologi sviluppino nuove competenze, ampliando il loro ruolo in un contesto che privilegia l'intervento precoce e la continuità assistenziale, sempre con l'obiettivo di garantire un supporto costante e di qualità ai pazienti e alle loro famiglie.

LE COMPETENZE DELLO PSICOLOGO IN CURE PALLIATIVE PEDIATRICHE

A cura di Ines Testoni, Matteo Rigo e Erika Iacona

INTRODUZIONE

Questo capitolo si propone di delineare i ruoli e le competenze specifiche degli psicologi all'interno delle Cure palliative pediatriche, con l'obiettivo di comprendere l'importanza di una loro inclusione sistematica e strutturata. L'approccio delle Cpp è interdisciplinare e orientato al paziente e alla sua famiglia, mirato a prevenire e alleviare la sofferenza attraverso un'attenzione completa al benessere fisico, emotivo e spirituale dei giovani pazienti, secondo un modello bio-psico-sociale.

Le competenze descritte in questo capitolo sono state sviluppate a partire dall'analisi di diversi studi, metanalisi, review sistematiche e core curriculum nazionali, con particolare attenzione al panorama italiano. Questo ha permesso di formulare un insieme completo di competenze di base adattate alle esigenze uniche degli psicologi nelle Cpp.

Cure palliative e cure palliative pediatriche: il ruolo dello psicologo

Tutto ciò che riguarda la presa in carico del malato con malattia inguaribile si inserisce nell'ambito delle cure palliative descritte dall'Oms come quell'approccio che migliora la qualità della vita tanto del paziente quanto del familiare attraverso il trattamento non solo del dolore ma anche delle annesse problematiche fisiche, psicologiche, sociali e spirituali.

Tali cure, la cui importanza è divenuta nota grazie soprattutto alla legge 38/2010 ("Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore"), possono essere erogate già dal momento della diagnosi di malattia; quindi, in una fase molto precoce della patologia e l'assistenza perdura fino all'elaborazione del lutto da parte dei familiari⁸⁴.

Le patologie per cui si renda necessario l'intervento dell'équipe palliativa sono molto varie (neoplasie, infezioni da Hiv, disturbi cardiovascolari e respiratori, malattie che interessano vari organi, demenze e malattie neurodegenerative) e le cure palliative sono da considerarsi un diritto inalienabile poiché incluso nei Livelli essenziali di assistenza (Lea) e quindi garantite dall'assistenza residenziale in hospice, a domicilio e in strutture per anziani e disabili.

Le cure palliative, infatti, rappresentano un servizio di assistenza interdisciplinare in rapida espansione nei contesti sanitari, articolato su due livelli principali. Il primo livello è somministrato negli ospedali e nelle strutture di rete, e riguarda interventi volti a ridurre il dolore psicofisico e il disagio causato da malattie gravi e/o traumi, oltre alla gestione della sofferenza derivante da disabilità, malattie croniche o altre condizioni minacciose per la vita. Il secondo livello è più specificamente dedicato all'intervento palliativo nella fase terminale, nelle cure specialistiche in hospice e nella rete di assistenza sanitaria.

La legge 38/2010 identifica anche i membri chiave che comporranno il team di cure palliativi-

84 M.H. Levy, M.D. Adolph, A. Back, S. Block, S.N. Codada, S. Dalal, T.L. Deshields, E. Dexter, S.M. Dy, S.J. Knight, S. Misra, C.S. Ritchie, T.M. Sauer, T.M. Smith, D. Spiegel, L. Sutton, R.M. Taylor, J. Temel, J. Thomas, M.A. Bergman, Palliative care, in «Journal of the National Comprehensive Cancer Network», 10(10), 2012, pp. 1284-1309. <https://doi.org/10.6004/jnccn.2012.0132>.

ve, tra i quali annovera anche lo psicologo, che pur detenendo un ruolo essenziale all'interno del gruppo multidisciplinare che si occupa del malato inguaribile e dei suoi familiari vede ancora un basso coinvolgimento nell'assistenza al fine vita a causa della mancanza di fondi da parte delle varie strutture e di una assenza di chiari confini tra le figure professionali già presenti (da cui deriva anche la falsa credenza che i disturbi dell'umore e dell'ansia debbano essere trattati solo farmacologicamente attraverso l'intervento di un medico psichiatra)⁸⁵ nonché dall'errata convinzione che tale figura debba essere interpellata solamente in casi di particolare gravità⁸⁶. Altre barriere riguardano le lacune nella formazione sulle cure palliative e la carenza di ricerca nel campo. Queste difficoltà riguardano tanto lo psicologo che opera nelle cure palliative con pazienti adulti quanto coloro che lavorano con pazienti pediatrici⁸⁷.

La psicologia palliativa, tuttavia, occupa una posizione privilegiata per supportare i pazienti, le loro famiglie, i servizi sociali e altri professionisti della salute, coordinando l'assistenza lungo il continuum della malattia per massimizzare la qualità della vita in situazioni critiche e di fine vita^{88 89}. I professionisti della salute palliativa offrono competenze specifiche, diagnosi cliniche delle difficoltà psicologiche ed effettuano valutazioni dei pazienti. Inoltre, forniscono consulenza basata su dati empirici, psicoterapia e assistenza nella pianificazione del trattamento, offrendo anche supporto al personale e conducendo ricerche sullo sviluppo dei programmi e sull'efficacia dei trattamenti. Collaborando con i servizi sociali, supportano i pazienti e le loro famiglie nella gestione delle difficoltà correlate.

Nello specifico compito dello psicologo e più in generale della psicologia palliativa è di intervenire sul paziente, sul familiare e la rete più allargata e infine sui colleghi in alcuni momenti chiave:

- Prima che venga diagnosticata una malattia attuando percorsi di prevenzione e di educazione alla morte al fine di stimolare una riflessione sui temi connessi al fine vita e di informare la comunità in merito ai loro diritti (come, ad esempio, la possibilità di poter redigere le Disposizioni Anticipate di Trattamento e di essere coinvolti nel processo decisionale relativo ai trattamenti da ricevere per mezzo di una Pianificazione Condivisa delle Cure)⁹⁰.
- Dopo la comunicazione della bad news e lungo il tutto il decorso della malattia al fine di supportare il paziente nell'espressione dei propri bisogni, nell'affrontare i cambiamenti derivanti dalla malattia e nello sviluppare nuove strategie di coping per far fronte alle nuove sfide e nell'agevolare le comunicazioni con le persone per lui significative. Con questi ultimi gestire le difficoltà derivanti dal *family burden*⁹¹. Lo psicologo deve anche offrire sostegno ai membri dell'equipe così da agevolare la comunicazione tra professionisti e

85 S. Payne, R. Haines, The contribution of psychologists to specialist palliative care, in «International Journal of Palliative Nursing», 8(8), 2002, pp. 401-406. <https://doi.org/10.12968/ijpn.2002.8.8.10684>.

86 W.E. Haley, D.G. Larson, J. Kasl-Godley, R.A. Neimeyer, D.M. Kwilosz, Roles for Psychologists in End-of-Life Care: Emerging Models of Practice, in «Professional Psychology: Research and Practice», 34(6), 2003, pp. 626-633. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.34.6.626>.

87 A.K. Hildenbrand, C.M. Amaro, C. Gramszlo, M.A. Alderfer, C. Levy, L. Ragsdale, K. Wohlheiter, M.L. Marsac, Psychologists in pediatric palliative care: Clinical care models within the United States, in «Clinical Practice in Pediatric Psychology», 9(3), 2021, pp. 229-241. <https://doi.org/10.1037/cpp0000402>.

88 A. Strada, Palliative Psychology - Clinical Perspectives on an Emerging Specialty, Oxford University Press, 2018.

89 I. Testoni, C. Bortolotti, S. Pompele, L. Ronconi, G. Baracco, H. Orkibi, A challenge for palliative psychology: Freedom of choice at the end of life among the attitudes of physicians and nurses, in «Behavioral Sciences», 10(10), 2020, p. 160. <https://doi.org/10.3390/bs10100160>.

90 I. Testoni, L. Palazzo, N. Calamarà, G. Rossi, M.A. Wieser, "Imagine you have ALS": Death education to prepare for advance treatment directives, in «Behavioral Sciences», 11(1), 2021, p. 6. <https://doi.org/10.3390/bs11010006>.

91 C. De Vincenzo, I. Marian, S. Piol, S. Keisari, I. Testoni, Self-help groups within nursing homes: The experiences of family caregivers in northeastern Italy, in «Behavioral Sciences», 13(6), 2023, p. 485. <https://doi.org/10.3390/bs13060485>.

sistema famiglia, evitare eventuali incidenti critici e ridurre il rischio di burnout, *compassion fatigue* e lutto vicario⁹².

- Nella fase finale della malattia lo psicologo può essere di grande aiuto nella gestione di ansia e depressione e dei vissuti connessi al lutto anticipatorio. È in grado, inoltre, di affrontare con il paziente e con i suoi familiari tematiche importanti connesse al fine vita (Downey & Engelberg, 2010).
- Con il decesso del paziente diviene, invece, necessario sostenere la famiglia in lutto e riconoscere gli eventuali segnali che potrebbero suggerire una deriva di tipo patologico nel vissuto di perdita (Shear et al., 2001).

-

Nel 2013, la Società italiana cure palliative (SICP) ha cercato di definire le competenze e i compiti dello psicologo operante in questo settore, il cui ruolo è quello di diffondere la conoscenza delle cure palliative, proporre una visione dei casi in chiave psicologica, intercettare i bisogni dei suoi assistiti al fine di proporre un adeguato percorso terapeutico, sostenere la propria équipe e agire da supervisore in gruppi di lavoro esterni, tenere sempre in considerazione le questioni etiche e bioetiche nonché culturali dei casi trattati, sensibilizzare la comunità sui temi connessi alla malattia e al fine vita, formare a sua volta professionisti e volontari e, infine, condurre ricerche.

Tali capacità risultano essere ancora più importanti nell'ambito delle cure palliative pediatriche, lo psicologo deve, infatti, essere in grado di comunicare in modo efficace con il paziente e tenere in considerazione, ancora di più di quanto avviene per gli adulti, la famiglia del minore malato.

Negli ultimi anni, inoltre, lo scenario delle cure palliative pediatriche è evoluto ulteriormente, grazie anche alle novità introdotte dalla Legge 219 del 2017 "Norme in materia di consenso informato e di Disposizioni anticipate di trattamento" che si esprime tra le altre cose su tematiche quali il consenso informato, l'autonomia decisionale del paziente, il consenso informato, la relazione medico/paziente e le Dat, aspetti di fondamentale importanza per la salute del paziente, anche minorenne.

Nello specifico l'articolo 3 della Legge n.219 è dedicato a minori e incapaci e volto a valorizzare le loro capacità di comprensione e decisione enunciando l'importanza di permettere loro di ricevere informazioni sulla propria salute adeguate al livello di comprensione raggiunto.

Il consenso informato, tuttavia, nei casi che coinvolgono la salute di minorenni o di coloro che non sono in grado di esprimerlo deve essere manifestato da un tutore o da colui che detiene la responsabilità genitoriale. Risulta, però, parimenti importante, come enunciato anche dalla Convenzione sui diritti del fanciullo che il minore possa esprimere la propria opinione relativamente a tutto ciò che lo coinvolge direttamente.

Colui che ha la responsabilità genitoriale, il tutore e ove possibile il paziente stesso verrà coinvolto in tutto l'iter sanitario. Ed è proprio qui che possiamo notare uno degli elementi più innovativi della legge, non è più il medico a prendere unicamente decisioni sul futuro del piccolo paziente, ma ogni scelta che lo riguarda deve essere necessariamente discussa con i familiari.

Se, infatti, le Disposizioni Anticipate di Trattamento, non riguardano i minori in quanto rivolte a "ogni persona maggiorenne e capace di intendere e volere", diverso il discorso, invece, per un

⁹² K.P.Edmonds, H.N. Yeung, C. Onderdonk, W. Mitchell, K. Thornberry, Clinical supervision in the palliative care team setting: A concrete approach to team wellness, in «Journal of Palliative Medicine», 18(3), 2015, pp. 274-277. <https://doi.org/10.1089/jpm.2014.0248>.

altro degli strumenti introdotti dalla legge, ovvero la Pianificazione condivisa delle cure che prevede di coinvolgere i genitori nei processi decisionali relativi alle cure del figlio, assicurando loro uno spazio di condivisione delle informazioni relative all'evoluzione della patologia, ai trattamenti più indicati per ogni fase della malattia ed eventuali limiti ed effetti collaterali delle tecniche mediche adottate al fine di riconoscere se le procedure in atto siano o meno legittime, così da evitare qualsiasi forma di accanimento.

L'accanimento clinico, inteso come il mettere in atto cure irragionevoli o inutili, così valutate in quanto di nessun giovamento per il paziente deve essere in ogni forma evitato non solo per bambini e adolescenti ma anche nell'ambito delle cure perinatali nelle età gestazionali estremamente basse, la Carta di Firenze (2006) raccomanda una serie di prassi da adottare sulla base delle settimane di vita intrauterina prima della nascita del neonato così da risparmiargli inutili sofferenze.

Poiché l'evitamento di prassi eccessive e inefficaci risulta una sfida ancora più ardua con i minori data la difficoltà di identificare il livello di dolore percepito dal paziente non in grado di esprimerlo ma anche la propensione da parte di tutti di fare il possibile per ottenere un guarimento e il timore da parte del personale sanitario di incorrere in dispute legali per omissione di soccorso o per cattive pratiche cliniche diventa, quindi, ancora più fondamentale proteggere il bambino/adolescente da questi rischi. Tuttavia, negli ultimi anni il medico curante non solo ha la possibilità nonché l'obbligo di discutere le scelte di cura più appropriate con la famiglia ma la presa in carico del paziente non avviene più ad opera di un unico professionista ma si parla di équipe, ovvero di un pool di esperti aventi l'obiettivo di prendersi cura del paziente in toto, prestando attenzione non solo agli aspetti fisici, ma anche psicologici, spirituali, relazionali dell'intero nucleo familiare.

Tra i membri dell'équipe curante figura, anche nel caso delle cure palliative pediatriche, lo psicologo che ha il compito di comprendere i bisogni del paziente e della famiglia così da assicurare e assicurarsi che vengano prese le decisioni migliori per il minore in termini di dignità e di qualità della vita ma anche di gestire gli inevitabili conflitti e disaccordi creatosi tra familiari e professionisti sanitari anche attraverso l'istituzione di percorsi di Death education⁹³.

In tutti quei casi in cui, però, non si riesca a raggiungere un accordo tra rappresentante legale della persona minore o interdetta e il medico curante e la mediazione fallisca, la decisione è rimessa al giudice tutelare che verificherà l'adeguatezza delle cure proposte nell'interesse della persona assistita.

Gli psicologi, quindi, che lavorano all'interno delle cure palliative pediatriche oltre alle competenze precedentemente menzionate e a grandi capacità di comunicazione, devono essere anche esperti di psicologia infantile e dello sviluppo ed essere in grado di gestire i risvolti psicologici della malattia (ansia, depressione, paura, difficoltà scolastiche e relazioni, bassa autostima, irriparabilità e tristezza (Rosenberg-Yunger et al., 2013), compresi gli effetti a lungo termine.

Thompson e colleghi⁹⁴ hanno sviluppato una lista delle capacità professionali che lo psicologo che lavora in ambito pediatrico deve coltivare:

- Competenze nell'ambito della Ricerca: lo psicologo delle Cpp deve essere in grado di ef-

93 I. Testoni, C. Bortolotti, S. Pompele, L. Ronconi, G. Baracco, H. Orkibi, A challenge for palliative psychology: Freedom of choice at the end of life among the attitudes of physicians and nurses, in «Behavioral Sciences», 10(10), 2020a, p. 160. <https://doi.org/10.3390/bs10100160>.

94 A.L. Thompson, M.R. Schaefer, S.R. McCarthy, A.K. Hildenbrand, M.K. Cousino, M.L. Marsac, J. Majeski, K. Wohlheiter, R.A. Kentor, Competencies for psychology practice in pediatric palliative care, in «Journal of Pediatric Psychology», 48(7), 2023, pp. 614-622.

fettuare delle ricerche che possano portare dei benefici in termini di maggiore conoscenza all'interno della pratica clinica. Devono saper valutare gli strumenti migliori al fine di raggiungere gli obiettivi preposti e i più adatti alla popolazione a cui si rivolgono. Devono, inoltre, avere conoscenze relativamente ai principi dell'etica clinica così da non arrecare danno ai propri partecipanti. Infine, devono trovare le modalità più adeguate per diffondere gli esiti dei propri studi.

- **Competenze Pratiche:** lo psicologo nei suoi anni di studio ha acquisito nozioni nel campo delle cure palliative, del lutto e della gestione dei sintomi che gli consentono di effettuare valutazioni e attuare percorsi adeguati alla situazione. In particolare, è in grado di valutare la sofferenza esistenziale e fisica (dolore, fatica, nausea, vomito, distress respiratorio...) ⁹⁵, i bisogni del paziente e dei suoi cari, le rappresentazioni della morte dei membri del sistema familiare che possono modificare l'esperienza del lutto e la consapevolezza in merito alla prognosi dell'intero nucleo. Lo psicologo effettua una analisi della rete in cui la famiglia è inserita con annesse risorse o al contrario fattori che possono acuire il peso della cura (difficoltà economiche, professionali, presenza di altre malattie e lutti...). Sulla base dell'esame accurato del contesto entro il quale è inserito il minore può pianificare il percorso più adatto a lui nonché le aree da approfondire nel corso dei vari colloqui. Può, inoltre, aiutare il team di professionisti nella gestione del dolore adottando terapie non farmacologiche che si sono rivelate efficaci nel ridurre i sintomi della malattia ⁹⁶. L'esperto in psicologia palliativa ha anche il compito di mediare la comunicazione tra famiglia e professionisti sanitari anche in prospettiva di una migliore pianificazione condivisa delle cure. Prima di pianificare qualsiasi intervento è necessario che lo psicologo tenga in dovuta considerazione l'imprevedibilità del lavoro in cure palliative che richiede al professionista una buona dose di flessibilità. Al contrario di quanto avviene in altri contesti, infatti, il terapeuta non può godere dei vantaggi di un setting formale poiché gli viene richiesto di incontrare il paziente nella sua stanza da letto all'interno dell'hospice o a domicilio e di rinunciare ad una cadenza fissa per gli incontri (che dipenderanno, invece, da eventuali urgenze o dalle condizioni fisiche del paziente). Infine, lo psicologo deve essere in grado di indagare la consapevolezza di tutti i membri della famiglia in merito alla malattia e al suo decorso.
- **Competenze nella formazione:** in questo ambito lo psicologo si propone di trasmettere le sue conoscenze sulle cure palliative pediatriche ad altri professionisti, volontari e tirocinanti. Il terapeuta, infatti, rappresenta una risorsa importante per gli operatori che lavorano nel campo del fine-vita in quanto offre sostegno al proprio team di lavoro attraverso la discussione dei casi più problematici e l'analisi dei fattori emotivi implicati in tali situazioni al fine di ridurre i rischi derivanti da questo tipo di professione e offre supervisioni ed intervistazioni a colleghi di altre équipe ⁹⁷.

95 F. Giordano, C. Rutigliano, C. Ugolini, E. Iacona, L. Ronconi, C. Raguseo, T. Perillo, A. Rosa, N. Santoro, I. Testoni, Effect of music therapy on chemotherapy anticipatory symptoms in adolescents: A mixed methods study, in «Journal of Pain and Symptom Management», 68(1), 2024, pp. e62-e74. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2024.04.019>.

96 L. Downey, R.A. Engelberg, Quality-of-Life trajectories at the end of life: Assessments over time by patients with and without cancer, in «Journal of the American Geriatrics Society», 58(3), 2010, pp. 472-479. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2010.02734.x>.

97 A. Zamperini, C. Paoloni, I. Testoni, The emotional labor of nursing: Critical incidents and coping strategies [Il lavoro emozionale dell'assistenza infermieristica: Incidenti critici e strategie di coping], in «Assistenza Infermieristica e Ricerca», 34(3), 2015, pp. 142-148. <https://doi.org/10.1702/2038.22142>.

- Competenze interpersonali: lavorare in cure palliative implica delle buone capacità di comunicazione. Il terapeuta deve essere in grado di comunicare in maniera efficace con tutti i membri dell'équipe e della famiglia, fungere da mediatore tra le varie parti compreso il territorio e aiutare i colleghi a dialogare con gli assistiti. Poiché la presa in carica in CPP riguarda un gruppo eterogeneo di pazienti, da bambini molto piccoli a adolescenti, è necessario che il professionista sia in grado di interagire con persone di varie età in maniera adeguata al loro livello di comprensione.
- Competenze professionali: lo psicologo deve essere consapevole dei valori che guidano la sua pratica clinica, nonché dei pregiudizi che possono inficiare il suo lavoro. Il lavoro con il fine-vita risulta, infatti, molto rischioso per gli operatori coinvolti rendendoli maggiormente esposti al rischio di burnout, alla *compassion fatigue* e al lutto vicario che possono portare i professionisti ad un progressivo disinvestimento nei confronti dei loro pazienti. Tra i fattori che rendono questo tipo di professioni così pericolose per il benessere psicologico delle persone che ci lavorano ci sono l'elevato grado di sofferenza con cui si viene in contatto e i lutti a cui si assiste, l'impreparazione sui temi connessi al morire e la stigmatizzazione che circonda questo tipo di impieghi⁹⁸. Al fine di ridurre tali pericolosi risulta utile un lavoro sul sé del professionista e il confronto costante con i colleghi.
- Competenze sistemiche: è dovere del professionista collaborare con diverse figure professionali al fine di dare vita ad una presa in carico multidisciplinare. Come detto precedentemente, lo psicologo che lavora in cure palliative pediatriche deve essere ben formato e avere buone capacità di adattamento al fine di gestire al meglio le diverse situazioni che incontra nel suo lavoro. Compito dello psicologo è quello di prendere in carico tutti gli attori delle cure palliative, quindi non solo paziente e famiglia ma anche colleghi.

98 I. Testoni, V.F. sblano, L. Palazzo, S. Pompele, M.A. Wieser, The hospice as a learning environment: A follow-up study with a palliative care team, in «International Journal of Environmental Research and Public Health», 17(20), 2020c, p. 7460. <https://doi.org/10.3390/ijerph17207460>.

Conclusioni

Il riconoscimento dell'importanza dello psicologo all'interno dell'équipe di cure palliative ha permesso di superare la visione che la presa in carico della persona malata debba focalizzarsi esclusivamente sulle problematiche fisiche, favorendo invece un approccio globale al paziente.

Le novità introdotte dalla recente legislazione, inoltre, hanno consentito di abbandonare l'approccio paternalistico secondo cui il medico aveva il pieno potere di decidere sui trattamenti sanitari da effettuare sul paziente. Nel pieno rispetto, infatti, del diritto all'autodeterminazione e alla dignità la persona, che deve essere adeguatamente informata sulle sue condizioni di salute, viene coinvolta in tutto il processo decisionale. Sebbene ciò costituisca una chiara evoluzione del concetto di cura, apre anche la strada a nuove sfide da affrontare. La comunicazione diviene, infatti, un tassello fondamentale del percorso medico.

Diventa, quindi, lo psicologo la figura deputata alla mediazione tra i professionisti curanti, la persona malata e la sua famiglia. Il terapeuta, inoltre, ha l'obbligo prendere in carico il paziente e i suoi cari, ma deve effettuare anche una valutazione del clima lavorativo al fine di ridurre i rischi correlati allo stress lavorativo.

Lo psicologo diviene ancora più importante nel contesto delle cure palliative pediatriche in cui l'alleanza tra professionisti e famiglia costituisce un elemento ancora più essenziale all'interno del processo di cura.

Nonostante la legge metta in risalto, quindi, il valore della psicologia palliativa nell'ambito del fine-vita, l'assenza quasi totale di ricerche in merito e il fatto che la presenza dello psicologo in questi contesti è ancora scarsa e disomogenea, rappresenta ancora un problema da risolvere con urgenza.

GDL PSICOLOGIA E FRAGILITÀ PSICHICHE:

IL POSTO DEL PROFESSIONISTA PSICOLOGO E PSICOTERAPEUTA NELLA LOTTA PER I DIRITTI NEL CAMPO DELLA SALUTE MENTALE. SOGGETTIVITÀ E DIMENSIONE COLLETTIVA, IL LUNGO CAMMINO INCOMPIUTO DELLA "RIVOLUZIONE BASAGLIANA" IN ITALIA.

Anna Barracco

GRUPPO DI LAVORO: TAVOLO PSICOLOGIA E FRAGILITÀ PSICHICHE

*Ma, al momento attuale, siamo sicuri di poter incominciare a dedicarci alla "malattia"?
Ciò che - nella nostra istituzione psichiatrica - è rimasto, dopo la serie di riduzioni successive che ha liberato il malato mentale dalle incrostazioni istituzionali e scientifiche di cui era coperto, è da ritenersi la "malattia"? O il peso dei ricoverati che - non avendo all'esterno una soluzione sociale - siamo costretti a continuare a gestire, ci impedisce ancora di essere ciò che vogliamo, obbligandoci a creare una nuova istituzione per poter sopravvivere?
Questo è il segno della nostra impotenza, o dell'impossibilità di agire all'interno del sistema?*

(F. Basaglia, Il problema della gestione, in L'istituzione negata, Einaudi Edizioni, Torino, 1968)

La fondamentale Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità è stata adottata nel 2006 ed è entrata in vigore nel 2008.

A livello europeo, la Carta europea dei diritti fondamentali contiene disposizioni che proteggono la salute mentale, inclusa la dignità umana e il diritto alla salute. Inoltre, il Consiglio d'Europa e l'Unione Europea hanno adottato diverse raccomandazioni e direttive che affrontano la salute mentale e la protezione dei diritti delle persone con fragilità psicologica.

Tuttavia, in Italia, già nel 1978 vi è stata una profonda rivoluzione nel campo del riconoscimento dei diritti delle persone con disagio psichico grave e gravissimo, grazie alla rivoluzione basagliana e all'introduzione del principio universale dell'assistenza sanitaria gratuita e territoriale.

A cent'anni dalla nascita dello psichiatra veneziano al cui nome la legge 180 del 13 maggio 1978, è indissolubilmente legata - legge che stabilisce per la prima volta il diritto alla cura del malato psichico al di fuori dal regime manicomiale - tanti ancora obiettano dubbiosi sulla portata di questa rivoluzione, sostenendo che la cosiddetta "Legge Basaglia" più che sulla scienza si sarebbe basata sull'ideologia. Un'ideologia frutto della ventata libertaria del Sessantotto, nutrita dal lavoro di storici "di sinistra" come il francese Michel Foucault, che con la sua "Storia della follia" mise in luce, in tutta la sua crudezza, la stretta relazione tra gestione della malattia mentale e mantenimento dell'ordine sociale.

I detrattori della 180 sono gli stessi che, all'epoca della promulgazione, vollero in gran fretta inserire la disciplina del Trattamento sanitario obbligatorio (Tso) nel testo di legge, vero e proprio residuo della mentalità manicomiale, che costituì un compromesso mal digerito da Basaglia, all'interno del testo. La legge fu confezionata e approvata in gran fretta, per il timore che, in assenza di una qualche riforma, il partito radicale promuovesse il referendum popolare per l'abo-

lizione tout court dei manicomi, con questo realizzando una sorta di “liberi tutti” che terrorizzava l’immaginario borghese e democristiano (si veda la bella intervista all’ex senatore Orsini al Convegno per il quarantennale della legge Basaglia, presso l’università Bicocca di Milano, nel 2018).

Era l’epoca delle grandi conquiste civili, della critica radicale alla repressione e all’oppressione borghese, l’epoca di Don Milani, di Pasolini, il ventennio che dal 68 portò la società italiana alle soglie della nostra legge istitutiva (legge 58/1989) e alla dissoluzione della storia dei due blocchi contrapposti. Fu un trentennio che vide l’approvazione della legge sul divorzio (riconfermata con il famoso referendum del 1974), sull’aborto (194/1978), la legge che abolì le classi speciali e introdusse i disabili nella scuola (517/77), con i successivi aggiustamenti che portarono all’integrazione scolastica, e che negli anni ha portato a continui rimaneggiamenti, critiche, tentativi di restaurazione e movimenti per il recupero della narrativa sottostante a quelle rivoluzioni. Lo stesso anno in cui venne promulgata la famosa legge 180, per lo più oggi conosciuta come la legge che ha chiuso i manicomi e istituito il Tso, è stata varata la riforma del Servizio sanitario nazionale (legge 833/1978), primo atto veramente attuativo del disegno basagliano, laddove si fa riferimento alla libertà di scelta da parte del cittadino e al suo diritto di accedere a cure gratuite, esercitando un consenso informato anche all’eventuale rifiuto di esse. Con la legge 833/78 c’è il cambio di paradigma, purtroppo mai realmente attuato, e il passaggio dalla malattia come dato individuale alla salute come bene sociale indisponibile.

La legge 180 e la legge 833 del 1978 furono atti che andarono a sostanziare il diritto alla salute, alla prevenzione, e misero profondamente in discussione la disciplina psichiatrica, così come l’idea di prevenzione come dimensione puramente sanitaria, legata all’igiene o alla diagnosi precoce.

Oggi nonostante le molte ombre e le contraddizioni, su cui andremo brevemente soffermandoci, è possibile guardare alla Legge Basaglia e all’abolizione della psichiatria istituzionalizzata in Italia (ovvero alla chiusura dei manicomi, completata in realtà solo alle nel 1994) come a un’esperienza unica, con le sue luci e le sue ombre, in gran parte già contenute nel suo impianto teorico partorito in emergenza e frutto di un compromesso fra due “anime” della psichiatria del tempo che ancora oggi sopravvivono. L’anima libertaria, politica, legata all’affermazione di un’idea di salute come bene comunitario indisponibile e sempre da negoziare e ridefinire, e l’anima custodialistica, manicomiale (nelle diverse versioni illuministico-lombrosiane, oggi riaffermatesi attraverso il neo-positivismo scienziato espressa dal modello biomedico, purtroppo imperante in Lombardia).

Nel primo caso, la follia è vista come uno dei possibili effetti di contraddizioni sociali, come il prodotto di rapporti politici ed economici, dinamiche complesse, che portano all’esclusione e allo sfruttamento, fenomeni che fanno da premessa e da indissolubile cornice al disagio individuale. Nel secondo paradigma, la follia è vista come l’effetto di cause biologiche, ancora da determinarsi completamente, ma che si suppongono intrinseche alla biologia, e pertanto la malattia mentale non è altro che un destino ineluttabile, iscritto se non nell’anatomia cerebrale, nella sua fisiologia e nel suo funzionamento recettoriale, solo in parte correggibile.

I folli, in questa seconda concezione, sono visti come “virus” o agenti infettanti per il corpo sociale, e per questo devono esserne isolati. Il manicomio non serve a curare i folli, ma a garantire la sicurezza e la salute del corpo sociale. La concezione basagliana, lungi dal negare la complessità del disagio e le sue implicazioni anche biologiche, legate alla vulnerabilità soggettiva, vede inve-

ce nel corpo sociale la fonte ma anche il rimedio del disagio che in esso si genera. La salute pubblica va garantita attraverso il riconoscimento di questa complessità e l'ammissione di un coinvolgimento collettivo delle logiche di potere che ne scaturiscono dall'esame delle contraddizioni.

Abbattere le mura del manicomio è prima di tutto un riaccogliere questo corpo estraneo e restituire alla collettività, insieme ai soggetti che ne furono esclusi, un'idea di salute pubblica, in cui ogni individuo ha diritto di essere ascoltato, accolto, messo in condizioni di dare il proprio contributo alla comunità. Importante ricordare che il primo articolo della Legge 180 richiama la libertà di cura e anche la libertà di rifiutare le cure, principio già enunciato nell'art. 32 della Costituzione e nel quale si sentono gli echi degli orrori perpetrati, in nome della scienza medica, nei lager nazisti. Qualsiasi cittadino affetto da una malattia, qualsiasi paziente (e quindi non solo quello psichiatrico) ha il diritto di decidere come e quando farsi curare, e fino a che punto accettare i rimedi proposti dai medici: in sostanza quello che oggi chiamiamo «consenso informato», ma che per l'epoca, e soprattutto in riferimento alla follia, era una vera rivoluzione copernicana.

Non è un caso se ancora oggi questo elemento del consenso informato e del diritto di rifiutare le cure, centrale se si vuole comprendere il senso della rivoluzione basagliana, sia oggetto di continui rimaneggiamenti e aggiustamenti, dal momento che la disciplina del TSO ha vanificato per lo più e riassorbito la portata di liberazione e di restituzione ai soggetti e alle comunità del loro potere contrattuale.

La legge 219 del 2017 (conosciuta impropriamente e riduttivamente come legge sul "fine vita", che istituisce il dispositivo delle "Disposizioni anticipate di trattamento") rimette in primo piano la questione del consenso informato, della centralità dei processi decisionali che sottendono ogni percorso di cura ad alta complessità. Vedremo, nella parte di questo documento dedicata ai problemi aperti, a cui anche la professione dello psicologo è chiamata a contribuire, come anche in ambito psichiatrico questo dispositivo di legge offra prospettive di rilancio agli operatori e alle comunità che vogliano inscrivere il loro operato all'interno della cornice genuinamente basagliana.

Basaglia del resto non avrebbe mai voluto legare il suo nome alla legge 180, di cui criticava soprattutto la controversa disciplina del Trattamento sanitario obbligatorio (Tso), ovvero le modalità con cui è possibile costringere una persona non consenziente, temporaneamente incapace di comprendere il suo bisogno di aiuto, a farsi curare: un potere, questo, che il legislatore mette nelle mani del medico che deve valutarne la necessità, ma anche del rappresentante dei cittadini, nella figura del sindaco o di un suo delegati, che deve approvarlo e riconoscerne l'ineluttabilità. Il Tso, la cui complessità e la cui dimensione procedurale implica tempi rigidi e protocolli apparentemente garantisti di attuazione, fra cui il coinvolgimento della comunità di riferimento (attraverso il ricorso al Sindaco) rappresenta sempre e comunque un fallimento dell'alleanza terapeutica tra il medico e il paziente. Un compromesso, che all'epoca dell'approvazione della legge fu accettato per realismo politico e che era in linea con un'idea moderata, di "restiling" dell'istituzione manicomiale, contenuta nella cosiddetta «Legge Mariotti» che, nel 1968, riordinava il sistema ospedaliero e annullava, per la prima volta, l'obbligo di riportare sulla fedina penale del paziente un eventuale ricovero in un reparto psichiatrico.

Non più la pericolosità per sé e per altri poteva essere posta alla base del Tso, bensì lo stato di necessità del soggetto, incapace di riconoscere il suo bisogno di cure, e l'assenza di ogni altra possibile risposta differente dal ricovero in reparto psichiatrico.

Da qui anche una prima presa di distanza dalla dimensione giudiziaria e custodialistica, e l'iscrizione dei luoghi della cura entro l'area della medicina.

Basaglia sapeva bene che dietro alla riforma della psichiatria vi era l'anima riformista, che semplicemente chiedeva un'attenuazione della dimensione custodialistica, una sua revisione in chiave maggiormente gestibile in una società in forte sviluppo, che necessitava di contesti di cura moderni, rispondenti ai criteri di efficienza e presentabilità e che necessitava inoltre di molta forza lavoro da impiegare nei complessi industriali. Quest'anima riformista ed efficientista si opponeva strenuamente al disegno progressista originario, che voleva affermare il diritto di tutti i cittadini a negoziare la propria salute mentale, fuori da logiche efficientiste. Le due leggi, la 180 e la 833 del 1978, hanno un unico obiettivo, non solo in ambito psichiatrico ma in generale volendo attuare il dettato costituzionale di una salute che è innanzitutto prevenzione primaria, cioè rispetto dei diritti inviolabili dei cittadini: il diritto all'istruzione, all'abitare in quartieri salubri, il diritto al lavoro e al giusto salario, il diritto di accesso alla vita pubblica, ecc.

Questo passaggio alla prevenzione primaria come progetto politico, non si è mai realmente attuato e non solo in ambito psichiatrico, dove il paradigma biomedico ha spianato la strada alle teorie del "Cervello rotto" (Broken brain), ma anche in ambito sanitario in generale, dove l'organizzazione verticistica e gerarchica dei saperi-poteri ha favorito una significativa distorsione epistemologica per cui prevenzione primaria e diagnosi precoce tendono a coincidere nelle prassi e nell'immaginario collettivo, rinunciando o abbandonando una concezione della salute pubblica come costruzione di contesti di cittadinanza attiva e di promozione di stili di vita corretti, intesi in senso ampio. Questo "gap", questo equivoco fondamentale, è apparso in tutta la sua drammaticità in occasione della recente pandemia da Sars-CoV-2, dopo anni di smantellamento del Servizio Sanitario Nazionale e della sua organizzazione territoriale, in favore di una visione "ospedalocentrica" e medicalizzata.

Tornando all'ambito che qui ci interessa, è indubbio che l'abolizione dell'obbligo di riportare sul certificato penale le cure psichiatriche segnava un'importante spartiacque fra la concezione lombrosiana, criminale, del disagio psichico, indissolubilmente legato all'idea di pericolosità sociale, rispetto all'idea di un disagio come "malattia", in quanto tale liberata dall'idea di colpa ma aperta alla ricerca e alla possibilità di offrire risposte di cura all'individuo e alla comunità. All'epoca del varo della 180, l'introduzione dei reparti di psichiatria all'interno dei nosocomi cittadini, dove i malati erano e rimanevano soggetti a tutti gli effetti, con i loro documenti di identità e la loro possibilità di accedere ai diritti civili, era effettivamente un cambio di paradigma. Rapidamente però il paradigma biomedico e le trionfistiche convinzioni sugli effetti miracolosi dei farmaci psicotropi, accompagnò gran parte del processo di svuotamento degli ospedali psichiatrici, processo che durò oltre un ventennio, concludendosi nel primo decennio degli anni 2000, alle soglie del dibattito che portò poi all'abolizione anche degli ospedali psichiatrici giudiziari, dibattito che vide tuttavia questa ulteriore, importante conquista, calare su un "deserto" di risposte territoriali e di welfare, rendendo veramente problematica questa evoluzione.

L'idea di malattia, e l'iscrizione del Tso nell'ambito della necessità di offrire cure adeguate a chi si trovasse temporaneamente non in grado di riconoscerne la necessità, allontanava in parte dall'idea di pericolosità sociale, ma in realtà gran parte della disciplina precedente relativa ai soggetti con disagio psichico autori di reato (codice Rocco, codice di procedura penale del 1930) rimase ampiamente in vigore, dal momento che chi si macchiava di un reato penale, poteva e do-

veva sempre fare ricorso al doppio binario istituito per questi soggetti.

Ci volle il 2014 perché il legislatore, con la legge 81, affrontasse l'abolizione degli ospedali psichiatrici giudiziari, trovandosi però ad agganciare il dispositivo a quanto già delineato nella legge 833/1978 che avrebbe dovuto disegnare il nuovo assetto della sanità italiana, assetto fondato su una concezione ampiamente comunitaria, decentrata, partecipata, interdisciplinare, della salute. In realtà, già all'epoca della promulgazione della legge 81, i principi di decentramento, governo dei territori, redistribuzione e prossimità erano ampiamente in crisi.

Il Tso e l'Aso, inizialmente pensati come "extrema ratio", come limite da prevedere in caso di impasse terapeutica, erano ormai diventati una prassi che nell'immaginario collettivo aveva sostituito l'idea stessa della riforma psichiatrica. L'uomo della strada risponde immancabilmente che il ricovero coatto viene disposto verso chi si riveli pericoloso per sé e per altri e l'aver agganciato la disciplina relativa agli autori di reato alla prassi ordinaria, non ha che rinforzato questo falso nesso.

Se prima dell'abolizione degli Op e della riforma del 2014 era più facile operare una distinzione e una narrazione che distinguesse il malato psichico dal "folle reo", dal momento che la questione della "pericolosità" rimaneva ancorata all'aver commesso un reato, e non poteva più essere ipotizzata tout court da chi si trovasse a ricevere un trattamento psichiatrico, come avveniva invece prima della riforma basagliana, con la legge 81 la questione della pericolosità si riaffaccia, le due problematiche tornano nel contesto del DSM. Si è cercato di superare la vecchia concezione e di fare un passo avanti verso l'abolizione di un'idea lombrosiana di ineluttabilità della condotta criminale in chi è portatore di un disagio psichico e risulta essersi già imbattuto in un reato. Le nuove norme che disciplinano l'attribuzione di misure di sicurezza contengono parametri sociali, familiari e cognitivi in senso ampio e obbligano il clinico e l'operatore forense ad uno sforzo che porti verso il riconoscimento dei diritti alla riabilitazione di tutti i cittadini portatori di disagio psichico, compresi gli autori di reato.

Tuttavia, accanto a questi importanti assunti filosofici e ideologici, i Dsm e le loro dotazioni territoriali sono andati assottigliandosi, la multidisciplinarietà sostituita da un'idea semplificata, mono causale, di tipo medico, in senso peraltro gravemente riduttivo. La "crisi" del singolo soggetto, spesso con la complicità di un marketing aggressivo e decisamente vincente messo in campo dalle case farmaceutiche produttrici dei farmaci psicotropi, viene letto oggi, nella prassi ordinaria dei servizi, non più come l'effetto complesso di dinamiche individuali, familiari e sociali viste nella loro interazione, ma come l'espressione di uno squilibrio biochimico, un problema biologico di funzionamento cerebrale (il modello del "*Broken brain*") da risistemare e riequilibrare grazie alla chimica. In realtà il modello biochimico, nonostante il suo grande successo sul piano della narrazione ("lo psicofarmaco è come l'insulina per il diabete"), non ha mai trovato riscontri scientifici (si vedano le inchieste del giornalista Robert Wtaker e il sito Mad in America) ma ha potuto penetrare profondamente il mondo scientifico e la società civile, grazie alla propensione del corpo sociale ad espellere la diversità e data la difficoltà a produrre risposte complesse, rispettose dei tempi e delle esigenze delle famiglie e dei territori.

La legge 81/2014 viene dunque promulgata già in una sorta di "deserto" politico sociale, dove il Tso e la risposta puramente farmacologica aveva contribuito a svotare di senso la rivoluzione basagliana. Il riversare la popolazione degli ex Opg sulle fragili spalle dei Dsm, nell'ultimo decennio, ha contribuito a creare ulteriore confusione e a riannodare, nell'opinione pubblica, il disagio

psichico all'idea di pericolosità e di rischio sociale, come dimostrano le cronache giornalistiche e la loro tendenza a ridurre i fenomeni di criminalità, riconducendoli a un sostanziale fallimento dell'approccio basagliano e alla necessità di una risposta maggiormente contenitiva a garanzia del corpo sociale.

L'idea originaria dunque di Mariotti (1968) di una riorganizzazione della risposta custodialistica al disagio psichico, un miglioramento esteriore, che non fosse però un superamento del paradigma securitario, torna ad affacciarsi, fra il 2014 e il 2024, laddove (nonostante le promesse delle case farmaceutiche), il disagio psichico non adeguatamente interrogato e incontrato, produce, nei casi più gravi che restano comunque un'esigua minoranza, sempre più solitudine, rottura delle reti sociali, isolamento e dunque rischio di agiti. L'attuazione della riforma impostata con la legge 81/2014, vede nell'istituzione delle Rems (Residenze per l'Esecuzione delle misure di sicurezza), quasi l'unica risposta.

Le Rems, rispetto agli ospedali psichiatrici giudiziari, hanno il vantaggio di essere strutture con posti letto numericamente esigui, gestite da sanitari e non secondo il paradigma carcerario; tuttavia, questo non va a modificare la logica della commistione fra punizione, custodia e cura, e soprattutto non modifica e non interroga la dimensione della responsabilità. Il "folle reo", già prima della riforma del 2014, era qualcuno che si trovava in OPG per mancanza di reti sociali e familiari, per mancanza di un piano terapeutico condiviso con il territorio, il che portava inevitabilmente il circuito a rinnovare all'infinito le misure di sicurezza (i cosiddetti "ergastoli bianchi"). L'ospite degli Opg poteva essere, in alternativa, il cittadino antisociale, lo spacciatore di media dimensione, l'autore di reato comune, che riusciva a sfuggire al carcere duro mantenendo margini di privilegio più difficili da preservare in carcere.

La risposta dei servizi territoriali a queste contraddizioni, è stata dunque quella di accettare la nascita di tutta una serie di "strutture intermedie", che avrebbero dovuto essere dedicate e specializzate nell'accogliere questo particolare tipo di paziente, le Rems, le quali tuttavia non sempre sono inserite in contesti che garantiscono l'effettiva riabilitazione, ma contribuiscono semplicemente ad arricchire quello che con una felice quanto drammatica espressione viene oggi chiamato "il terricomio", cioè quell'insieme di strutture residenziali dove i soggetti, sulla base di valutazioni mediche che sottendono però logiche più complesse - di esclusione, di mancanza di risorse, di riposte inappropriate ottenute nel tempo e che hanno prodotto cronicità - si trovano ad essere "deportati", da una comunità all'altra, a volte per interi decenni, senza che questo circuito favorisca alcun vero processo di riattivazione della contrattualità sociale del singolo.

È vero che la legge 81/2014, fra le innovazioni che ha introdotto, ha stabilito che le misure di sicurezza non possono più superare la durata della pena massima prevista per il singolo delitto di cui la persona risulta autrice. Questo ha certamente introdotto un limite agli "ergastoli bianchi" ma in assenza di risorse familiari e sociali, in assenza di una regia del territorio e del Dsm, i soggetti si trovano comunque a vagare da una Rems a una comunità ad alta protezione, per poi tornare in Rems, o finire nei circuiti della grave marginalità, producendo percorsi che peraltro sarebbe molto interessante anche soltanto riuscire a testimoniare, mentre la ricerca catamnesticca è quasi completamente assente.

Dunque, possiamo dire che a distanza di oltre quarant'anni dalla legge che ha rivoluzionato la psichiatria in Italia, molti dei nodi presenti all'origine risultano ancora irrisolti.

In particolare: il dispositivo che disciplina il trattamento sanitario obbligatorio ha perso il suo

carattere di “*extrema ratio*” e anche la sua complessità sociale e di processo, per trasformarsi in una risposta di tipo medico-burocratico, che viene peraltro realizzata senza alcuna attenzione ai diritti del cittadino che, contro la sua volontà, si trova a dover accedere ad un reparto ospedaliero chiuso all'esterno, spesso senza la possibilità di scegliere con chi comunicare, senza potersi avvalere di un avvocato, spogliato dai suoi beni e spesso dagli strumenti per comunicare.

In questo senso, le risposte che il cittadino può ricevere sono molto diverse sul territorio italiano, tuttavia le pratiche dialogiche e gli Spdc “*no restraint*”, non sono certamente la regola. In moltissimi Spdc si fa ricorso alla contenzione fisica oltre che farmacologica, senza un vero controllo sull'appropriatezza di questi strumenti e sulle corrette procedure di applicazione (che pure vengono studiate nei corsi di laurea e riportate nelle linee guida per la corretta gestione delle crisi) e la loro limitatezza nel tempo.

Se è vero che il cittadino in teoria può opporsi e contestare un Tso, la pratica insegna che la particolare condizione di vulnerabilità in cui il soggetto si trova non favorisce e non facilita la difesa, come ha fatto notare il Consiglio d'Europa (Raccomandazione 10 2004 del Consiglio degli stati membri), che suggerisce all'Italia di introdurre importanti modifiche fra cui la presenza di un avvocato d'ufficio accanto al soggetto cui si propone il Trattamento Sanitario Obbligatorio, nonché la possibilità, anche a Tso concluso, di fare ricorso ad una Commissione indipendente, formata almeno da un sanitario, un esperto di bioetica e un giudice, per poter eventualmente dimostrare l'inappropriatezza della risposta adottata (il Tso appunto o le sue modalità di attuazione) e ottenere un risarcimento.

Rispetto alle ombre della 180, in particolare rispetto alla disciplina del Tso, la legge 219/2017 ha permesso di mettere a sistema una serie di strumenti di mediazione che negli anni sono stati individuati dagli stessi stakeholders, cioè i cosiddetti “sopravvissuti” alla psichiatrizzazione e i loro familiari.

Tali strumenti, nel Regno Unito conosciuti da molti anni come “*Crisis Cards*” e in Italia oggi introdotti per lo più con il termine “*Contratti di Ulisse*”, costituiscono veri e propri dispositivi di mediazione che i diretti interessati possono opporre ai loro curanti, in caso di recidiva. Questi dispositivi contengono indicazioni in merito alle cure che i soggetti rifiutano, a quelle che invece accettano, oltre a indicazioni ed eventuali nominativi di curanti, persone di fiducia e luoghi presso cui soggiornare, in alternativa al Reparto Psichiatrico.

Tali contratti, o disposizioni, hanno carattere privatistico ma spesso disegnano contesti di contrattazione che di per sé hanno il pregio di abbassare la conflittualità insita nel processo, e rendere possibile la riapertura della negoziazione.

Grazie alla legge 219/2017, queste pratiche possono confluire in veri e propri documenti aventi valore vincolante, e cioè in vere e proprie Disposizioni anticipate di trattamento (Dat), che i diretti interessati possono stilare, in accordo con almeno una persona di loro fiducia (che può essere un familiare, un cittadino e non necessariamente un sanitario) la quale è chiamata a parlare in nome e per conto del soggetto interessato, in tutti i casi in cui le condizioni psichiche possano non consentirgli. Oltre alla persona di fiducia, nelle DAT possono essere indicati curanti alternativi rispetto allo psichiatra del Dsm, ovvero altri operatori, altri luoghi di cura, rispetto al reparto di psichiatria, che il soggetto, insieme alla sua rete di riferimento, può essere in grado di indicare.

Se depositati in Comune, questi documenti (le Dat) hanno valore vincolante per i curanti anche del Servizio pubblico, e consentono la reale condivisione delle responsabilità e l'affievolimento

della “posizione di garanzia” che ancora oggi affligge lo psichiatra di riferimento di ogni paziente affetto da un disagio grave e gravissimo, che sia stato cioè destinatario di un provvedimento restrittivo della libertà individuale a seguito di atti autolesivi o tali da configurare una difficoltà del soggetto a riconoscere il proprio stato di vulnerabilità.

Si tratta di una questione veramente molto spinosa, che implica una responsabilità presunta, in capo allo psichiatra, il quale, in caso di agito auto o etero-lesivo da parte del paziente, è chiamato a rispondere personalmente e a dover dimostrare di aver fatto tutto il possibile per prevenire un evento luttuoso ovvero un qualche atto comunque tale da mettere a rischio la salute pubblica.

Ecco che con la “posizione di garanzia” che lo psichiatra è chiamato a rivestire, la “pericolosità sociale” e il relativo compito di garanzia del corpo sociale, buttato fuori dalla porta, torna continuamente dalla finestra. Nella pratica clinica, poiché gli psichiatri e gli operatori dei Servizi pubblici sono consapevoli della multifattorialità e della complessità che può portare un soggetto ad agire, complessità che non è assolutamente prevedibile o circoscrivibile, tendono dunque a rispondere specularmente con la stessa semplificazione, ovvero attraverso la rinuncia al “rischio terapeutico”. Tale risposta si costruisce attraverso una “psichiatria difensiva”, molto semplicemente ridotta a una dimensione di pura prescrizione, posta a garanzia “burocratica” di un dimostrabile e ostensibile corretto agire professionale ma svuotata di un vero significato clinico e anche di un vero impatto sulla salute delle comunità e delle équipes multidisciplinari complessivamente intesa.

In altre parole, se lo psichiatra prescrive il *depot* a vita, nonostante le linee guida mostrino ormai unanimemente lo scarso o nullo impatto di un approccio esclusivamente farmacologico alla psicosi, oltre che il gravissimo impatto sulla salute complessiva del soggetto dell'assunzione di farmaci psicotropi prolungata nel tempo (le persone appartenenti alla popolazione psichiatrica, sottoposte a cure farmacologiche *long-acting* per periodi superiori al decennio, soffrono frequentemente di sindrome metabolica, obesità, problemi cardiaci, diabete, assottigliamento della sostanza bianca prefrontale, ecc., condizioni che riducono la loro aspettativa di vita di oltre 15 anni rispetto alla media generale), egli è sicuro di potersi difendere davanti al Magistrato. Tale strategia appare anche maggiormente paradossale, dal momento che nessun curante può in realtà garantire, con l'atto della prescrizione, che il soggetto assuma correttamente le cure, dal momento che anche il *long acting* implica che il soggetto si rechi al Dsm con la necessaria regolarità. Questo tipo di prescrizione certamente riduce l'incidenza della contrattazione e del dialogo, ma non può totalmente escluderla.

È nota, infatti, la pratica oggi denominata “Tso bianco” in cui il soggetto che non intenda recarsi al servizio per ricevere il *depot* e che opponga resistenza o obiezioni a questa cura, viene sottoposto ad un Tso, in quanto questo comportamento viene ascritto invariabilmente ad una forma di rifiuto delle cure, ad una incapacità della persona (seppure non in stato di scompenso psichico) a valutare di cosa abbia realmente bisogno. È una fattispecie in cui lo psichiatra si sostituisce al soggetto, decide per il “suo bene” e, interpreta le resistenze come espressione di una “scarsa coscienza di malattia”, deprivando dunque la resistenza del paziente, la sua richiesta di una maggiore contrattazione e coinvolgimento, della portata conflittuale e dialettica. Il curante limita dunque l'autodeterminazione della persona interessata, e lo fa per lo più per prevenire eventuali prevedibili scompensi e possibili agiti oltre che per una complessiva strategia difensiva anche del proprio ruolo di garante della salute pubblica.

C'è da precisare, inoltre, che anche l'assunzione regolare del farmaco psicotropo non è necessariamente correlato all'assenza di agiti, dal momento che il farmaco in sé non solo non determina effetti diretti sui comportamenti, ma a volte sono stati dimostrati effetti paradossi (si vedano le ormai consolidate meta-analisi e ricerche che hanno dimostrato la correlazione positiva fra assunzione di antidepressivo e agiti etero e auto-aggressivi).

Tuttavia, sul piano della prassi psichiatrica forense, se lo psichiatra dimostra di aver prescritto il farmaco, questo lo mette al riparo o almeno limita il rischio per il sanitario di essere chiamato in causa come responsabile di un danno inflitto dal suo paziente al corpo sociale. Se invece lo psichiatra ha indicato in cartella un programma di de-prescrizione, anche se in accordo con un'équipe di professionisti e con la messa in campo di risorse riabilitative in senso ampio, egli può incorrere in procedimenti di responsabilità. La legge 219/2017, con l'introduzione delle Disposizioni anticipate di trattamento e la possibilità, da parte del diretto interessato, di depositare in Comune ovvero gratuitamente presso un Notaio di fiducia un proprio piano terapeutico, riduce drasticamente la responsabilità in capo allo psichiatra del Servizio Pubblico e introduce un'importante "granello di sabbia", all'interno dei meccanismi che tendono oggi a riprodurre una prassi custodialistica, manicomiale, ancorché improntata ad un'idea medico-centrica, propria del paradigma neo-positivistico nel quale siamo immersi.

E' importante sottolineare che la prima vittima di questa tendenza alla restaurazione del modello manicomiale, ancorché "chimico", cioè reinventato e posto all'interno del corpo dei diretti interessati, è proprio la psichiatria di comunità, la psichiatria sociale, che si trova privata dei suoi strumenti e ridotta a mera esecutrice e custode di un modello bio-medico che produce, oltre che cronicità nei soggetti, anche la perdita del mandato sociale e dell'autorevolezza della disciplina stessa.

La tragica vicenda dell'uccisione della psichiatra Barbara Capovani ha messo bene in luce il paradosso di una psichiatria ormai privata delle sue risorse, oppressa da una visione custodialistica e di garanzia, che si trova doppiamente vittima di chi, autore di reato, non viene accolto nel circuito penitenziario e messo davanti alla responsabilità. Barbara Capovani avrebbe dovuto rispondere, se non fosse stata tragicamente lei stessa vittima del reo, della sua mancata garanzia, e questo pone un grandissimo interrogativo etico a tutti gli operatori della salute mentale e a tutti i cittadini, dimostrando tragicamente come il modello biomedico e lo svuotamento del territorio, la rinuncia ad un paradigma partecipato e dialogico della salute psichica e della salute in generale, portino semplicemente operatori, cittadini, diretti interessati e famiglie in un vicolo cieco.

Legge 219/2017 nell'ambito della salute mentale e legge 6/2004. I paradossi del consenso informato

Altro nodo critico su cui possiamo soffermarci come psicologi e cittadini, sono i limiti ovvero le difficoltà di implementazione delle DAT o dei "contratti di Ulisse" nell'ambito della salute mentale, a causa della particolare disabilità che riguarda il soggetto portatore di un disagio psichico grave o gravissimo, che abbia comportato uno o più ricoveri in psichiatria e la conseguente perdita di contrattualità sociale. Si tratta in genere di soggetti, magari giovani o comunque nel pieno della loro traiettoria di vita, in condizioni di grande vulnerabilità, in quanto hanno interrotto gli studi,

hanno perso il controllo sul loro progetto di vita, hanno perso il lavoro e l'autonomia economica, vivono dipendenti da contesti familiari nei quali non si sentono valorizzati o compresi e dai quali possono sentirsi spinti o indotti a procedere in percorsi di cura che non ritengono adeguati.

Il portatore di un disagio psichico grave, infatti viene spesso ritenuto, proprio a causa del suo disagio, non sempre in grado di far fronte alle esigenze della vita quotidiana e viene dunque supportato, se non sostituito in molti ambiti della vita quotidiana se non in tutti. Non si trova nella stessa condizione nella quale si trova il cittadino che, in condizioni di salute e in pieno possesso delle sue facoltà, deposita delle Dat relativamente al rifiuto per esempio delle cure intensive, ovvero relativamente alla scelta di determinati metodi terapeutici che potrebbero diventare necessari in caso di incidente o di malattia grave. La persona che ha ricevuto una diagnosi psichiatrica diventa oggetto di dubbio e di incertezza anche rispetto alla sua presunta capacità di comprendere di cosa possa avere bisogno, dal momento che l'autodeterminazione è sempre soggetta ad aporie e a dibattiti che mettono in tensione, in conflitto, gli interessi del singolo con quello dei familiari e dei curanti, laddove non sempre le prospettive coincidono. Pensiamo per esempio alle persone anoressiche che rifiutano il cibo fino a morire, al dibattito che hanno comportato i cosiddetti "siti pro ana", ovvero alle complessità che riguardano l'accesso alla morte medicalmente assistita da parte di soggetti affetti da disagio psichico, e infine ai Tso bianchi cui si è fatto riferimento in precedenza.

Si tratta di decisioni e di contesti che in altri ambiti vengono trattati e ammessi al dibattito bioetico, mentre nel campo del disagio psichico il dissenso e l'esigenza di un cittadino di avere voce in capitolo sui trattamenti a lui offerti viene ancora troppo spesso patologizzata o tacciata di scarsa compliance o assenza di corretta informazione.

In passato abbiamo visto come i soggetti che abitavano i manicomi erano spogliati di ogni identità e di ogni segno di cittadinanza, non avevano diritto di voto e non avevano accesso ad alcun negozio giuridico (come per esempio il matrimonio). Essi venivano interdetti "per il loro bene".

Oggi questo processo di spoliamento dell'identità è andato incontro a progressive rivisitazioni, e la legge 6/2004, andando a riformare la disciplina dell'interdizione, si è posta proprio come legge di superamento delle logiche invalidanti che tendevano a riproporsi laddove i soggetti, usciti dal manicomio, in assenza di reti e riferimenti familiari, andavano incontro all'interdizione e dunque ad una drastica privazione delle loro prerogative. Tuttavia, anche questa legge, che esiste ormai da 20 anni, è andata incontro ad una serie di importanti criticità.

Se il legislatore, con l'istituzione della figura dell'Amministratore di Sostegno (Ads) aveva previsto una fattispecie attenuata di supporto ai soggetti disabili, rispetto a quanto era previsto per l'interdizione, la tutela o la curatela, la realtà dell'applicazione della legge è andata nella direzione di ricreare aree di sclerotizzazione e di disconoscimento dell'intento originario.

La legge prevede infatti che questo ruolo sociale avrebbe dovuto essere svolto da familiari o volontari e non essere dunque un ruolo professionale. Avrebbe dovuto essere una misura elastica e duttile, anche temporanea, in caso di incidenti o situazioni di momentanea incapacità da parte di un soggetto di gestire il proprio patrimonio o gli adempimenti economici e amministrativi della vita quotidiana.

Nell'ambito della salute mentale invece (ma non solo, sono noti oggi molti casi, che hanno ottenuto l'attenzione dei media, che riguardano gli anziani in Rsa e i disabili fisici e intellettivi), a causa della difficoltà del diretto interessato a riconoscere le proprie difficoltà per esempio nella

gestione del denaro (si pensi ai soggetti ludopatici o alle persone con disturbo bipolare) e a causa della forte conflittualità spesso presente all'interno delle famiglie (il disturbo psichico è spesso un malessere che si situa "tra" le persone ed è effetto di relazioni disfunzionali che tendono a riprodursi) è andata affermandosi una prassi che vede la nomina di Ads professionisti, che effettuano questo compito in modo impersonale e burocratico, spesso espellendo o fortemente limitando la dialettica familiare e "cronicizzando" la misura senza più porsi in una prospettiva di un recupero della capacità di agire.

In questo senso, la nomina di un amministratore di sostegno anche se con soli compiti amministrativi, si trasforma spesso in una misura di limitazione della capacità dei soggetti di contrattare e dire la propria anche sui percorsi di cura, di fatto vanificando la possibilità stessa di assumere la responsabilità di costruire processi di mediazione come le "Crisis Cards" o le "Dat". Arruolare gli amministratori di sostegno in un processo di condivisione clinica e riabilitativa di percorsi di riacquisizione della cittadinanza è molto difficile perché questa figura si è negli anni burocratizzata, e viene spesso incarnata da avvocati, studi legali o servizi comunali che possono arrivare ad avere fino a 300 amministratori, i cui progetti personali e le cui traiettorie di vita inevitabilmente non sono conosciute e seguite nella loro specificità e vengono ridotte a puri adempimenti.

Non esiste un'anagrafe che renda conto di quante persone siano soggette a questa misura o "beneficio", non esiste un diritto dei "beneficiari" a mettere in discussione o a sindacare sull'operato del loro Ads, i quali solo nei casi più eclatanti di dolo e corruzione sono stati messi in condizioni di rispondere del loro operato.

In ambito psichiatrico in particolare, dove i soggetti cui viene attribuito questo beneficio sono spesso giovani, occorrerebbe ampiamente vigilare e facilitare la costruzione di buone pratiche che favoriscano il superamento, laddove possibile (ed è spesso possibile, in presenza di un progetto riabilitativo) di queste misure, laddove il sodalizio che troppo spesso si crea fra Ads e sanitari, taglia fuori la componente familiare e sociale, facilitando percorsi di cronicizzazione, deportazione verso luoghi della residenzialità privata, assenza totale di applicazione di strumenti di mediazione che coinvolgano le associazioni di utenti e familiari.

La legge 6/2004 prevede che un Ads debba essere sostituito dopo 10 anni di esercizio, ma tale lasso di tempo appare ampiamente sovradimensionato e occorrerebbe un maggiore controllo da parte dei Giudici tutelari, controllo che potrebbe passare attraverso un limite dei mandati (non oltre 5 anni rinnovabili solo a fronte di approfondimenti e relazioni, con eventuale possibilità di terze parti di chiedere la sostituzione o l'abolizione della misura), un limite del numero di soggetti beneficiari che un singolo Ads possa accettare (un limite di 10 beneficiari, se si tiene conto dello spirito della legge, sarebbe già elevato), un più ampio potere contrattuale lasciato alle famiglie e al beneficiario stesso, in caso di contrasti e un più facile ricorso al Giudice Tutelare.

Gli amministratori di sostegno, esattamente come le Rems o le misure di sicurezza, da risorse messe a disposizione dei soggetti vulnerabili per sostenerli nei loro percorsi di recupero della cittadinanza e della contrattualità sociale, si trasformano facilmente, quando vengono calati in un deserto di reti e di risorse economiche e sociali, in un deserto ormai non più colmabile di reti esistenziali (famiglia, amici, società civile) in misure di oppressione burocratica, in ostacoli alla realizzazione dei soggetti e in ultima analisi in ostacoli al rispetto dei diritti inalienabili della persona, in un circuito fatto di "luoghi di collocamento" (La domanda "dove lo colloco?" troppo spesso si sostituisce ad una domanda sui bisogni della persona e della famiglia), di moltiplicazione di

soggetti che parlano al posto del soggetto (che siano i curanti, gli Ads o i familiari, la cui dialettica viene peraltro neutralizzata ed evitata), di provvedimenti che solo sulla carta prevedono la co-produzione e la condivisione di percorsi di *recovery*, ma che vedono semplicemente la passivizzazione dei soggetti e la loro scomparsa dalla scena del conflitto sociale.

Per impedire che anche questa misura, introdotta come correttivo della legge 180 e in un certo senso un suo completamento, si trasformi in una sorta di interdizione mascherata, è importante strutturare corsi di formazione che incoraggi sia i familiari che intendessero assumere questo ruolo per un loro congiunto (la legge prevede la possibilità che sia il beneficiario a scegliere un amico o un parente fino al terzo grado), sia i professionisti (psicologi, assistenti sociali, educatori e non soltanto avvocati) che volessero iscriversi a questi elenchi (oggi peraltro inesistenti) presso i Tribunali.

Oltre l'applicazione delle leggi e delle Convenzioni: i nuovi soggetti collettivi (associazioni di utenti e familiari, esperti in supporto fra pari) e la prospettiva della Recovery

Se potessimo riassumere la traiettoria e il destino della 180, potremmo dire che in questi quarant'anni si è cercato di espellere la dimensione conflittuale e dialettica che essa ha voluto nuovamente inserire nel corpo sociale. La riforma basagliana, nella sua essenza rivoluzionaria, è ancora lontana dall'essere attuata, contiene un messaggio alle generazioni future che è l'accogliere la sfida della complessità, la sfida del dialogo che è anche e sempre incontro e scontro di istanze diverse, di interessi contrapposti, di saperi e poteri che spesso si sovrappongono e si confondono, esercitando e subendo rapporti di forza.

Ogni illusione scienziata, ogni illusione ecumenica e di pacificazione, ogni tentativo che sia corporativo o neopositivista di esaurire e di ridurre la complessità è destinato a fallire nel suo presupposto ingenuo o peggio, a fornire, nella sua versione reazionaria, supporti a narrazioni che inevitabilmente andranno a mascherare, a mistificare e a nascondere il conflitto sociale e la sua irriducibilità.

Purtroppo, dopo gli anni '90, con "la fine della storia" come alcuni antropologi hanno etichettato l'illusione neoliberista dopo lo smantellamento del muro di Berlino, e l'idea di un capitalismo globalizzato e senza alternative, l'illusione scienziata ha ripreso fiato e l'adagio Tacheriano per cui «la società non esiste, esistono gli individui» si è impossessata dell'immaginario collettivo.

Se a livello del Consiglio d'Europa e in generale nei contesti sovra nazionali le convenzioni e le affermazioni dei diritti inalienabili dei soggetti vulnerabili e dei soggetti in generale hanno continuato ad essere affermati e circostanziati, se anche a livello italiano la legislazione ha cercato di meglio definire, di circoscrivere, di disegnare gli aspetti operazionali della riforma della Salute mentale e il principio universalistico dell'accesso alla salute in generale, abbiamo visto che questo processo è avvenuto, seppure con le migliori intenzioni, in un contesto politico che ha visto il riaffermarsi di un principio produttivo privatistico su un concetto più ampio di bene comune. Così, la risposta al disagio psichico nella sua complessità è stata ridotta a un problema biochimico, la dimensione sanitaria è stata sempre più distinta e alienata dalla dimensione psico-sociale. La risposta alla grave marginalità e la questione della pericolosità sociale è stata solo parzialmente affrontata con l'istituzione delle Rems e tutta la legislazione volta a riconoscere la contrattualità sociale delle persone vulnerabili è stata spesso rovesciata, nella prassi, nel contrario di quello

che il legislatore stesso avrebbe auspicato.

Ogni società, tuttavia, contiene i propri antidoti al totalitarismo e negli anni, sullo scenario internazionale, sono nati nuovi soggetti collettivi, che sono andati affermandosi nonostante la logica neoliberale e l'affermarsi di una nuova cultura segregativa, impressa nella dimensione classificatoria e diagnostica.

Questi soggetti sono i movimenti dei familiari e degli utenti i cosiddetti "survivors", o "sopravvissuti" ai trattamenti e alla malpractice in ambito psichiatrico. Questi movimenti hanno dato vita a soggetti collettivi fortemente autonomi rispetto alle équipes dei curanti, e negli anni hanno prodotto saperi e pratiche in grado di innovare e apportare significativi cambiamenti nelle prassi e nelle modalità di gestione del disagio all'interno degli stessi Servizi inizialmente gravemente criticati. In cui alcuni di questi soggetti sono stati accolti come consulenti.

Come gli hacker, che poi diventano consulenti per la sicurezza informatica, così questi outsider della psichiatria (come Ron Coleman, Laura Delano e molti altri, oggi impegnati nei loro paesi in processi di ridefinizione e ricontrattazione delle pratiche assistenziali) hanno prodotto libri e portali di informazione e mobilitazione e hanno dato una spinta decisiva alla creazione di nuovi soggetti collettivi, in Italia e in Europa, oltre che in America.

Il movimento degli Ufe (Utenti e familiari esperti) a Trento e a Trieste, confluito poi nel movimento degli Esp (Esperti in supporto fra pari o esperti per esperienza), movimento nazionale che sta dando vita alla prima associazione professionale riconosciuta dal Ministero dello sviluppo economico, insieme alle moltissime associazioni nazionali di familiari, hanno prodotto negli anni un'enorme mole di saperi, pratiche, tavoli di confronto, che nessun professionista impegnato nel campo della riabilitazione e della recovery dovrebbe oggi poter ignorare.

Lo stesso concetto di recovery è patrimonio di questi movimenti e racchiude il senso di una pratica e di una cura che non può ridursi all'idea del riequilibrio neuro-trasmittitoriale. Lo psicologo che oggi decida di lavorare nel campo della salute mentale e del disagio psichico grave e gravissimo è portato ad una scelta etica, a schierarsi.

Può diventare un membro dell'équipe multidisciplinare gerarchizzata e a conduzione biomedica, e allora si troverà a convincere il paziente a prendere gli psicofarmaci, a sostenere la sua rassegnazione a prenderli a vita, cercando di minimizzare e di dissimulare gli altri elementi di cui la persona si lamenta, come aumento di peso, impotenza, insorgenza di problemi metabolici, acatisia. Si troverà a fiaccare ogni sua resistenza e ogni esplorazione alternativa interpretandola come una mancanza di coscienza di malattia. Si troverà a mettere tra parentesi il delirio, la ricaduta, interpretandola sempre e soltanto come l'insorgenza di un problema biologico e ad accogliere il discorso dei familiari schierandosi ora con l'uno ora con l'altro. Si troverà presto solo e impotente, privato dei suoi principali strumenti di lavoro che sono il dialogo, l'accogliendo del conflitto, lo stare nella complessità, l'attendere che si configurino soluzioni alternative spesso co-prodotte dai contesti familiari e sociali.

Oppure, può diventare un professionista consapevole delle reti e delle domande in cui egli stesso, con il suo paziente, è inserito. Un professionista in grado di accompagnare il paziente e la sua famiglia in un percorso di consapevolezza e di crescita, dove ogni crisi, ogni sintomo, ogni rottura, può essere un messaggio e contenere la possibilità di un cambiamento.

Uno psicologo sociale, inserito nella dimensione fortemente conflittuale propria della dimensione politica in cui ogni domanda di curarsi inserisce inevitabilmente i soggetti, sa che ogni rifiuto, ogni resistenza, ogni certezza impossibile da scalfire, contiene un percorso possibile, una

possibilità di nuova contrattazione.

Sono stati i *survivors* a esprimere i dubbi sui trattamenti farmacologici prolungati, sono stati i familiari e gli utenti a sostenere e divulgare la ricerca sulle correlazioni fra antidepressivi e rischi suicidari ed etero-lesivi, sui rischi di dipendenza dalle benzodiazepine, ecc. Molte delle ricerche e delle metanalisi oggi patrimonio della comunità scientifica, nascono da cause intentate da questi gruppi di pressione.

Gli operatori possono mettersi in ascolto, tenendo la barra del timone orientata verso la stella polare rappresentata dalle Convenzioni internazionali da cui peraltro hanno preso le mosse le nuove leggi oggi entrate in vigore, come la 219/2017.

Perché queste leggi non diventino a loro volta lettera morta, e non si disperdano in rivoli di operatività ritualizzata, burocratizzata, occorre che i Colleghi colgano la sfida, contenuta nel nostro Codice deontologico, della loro autonomia professionale ed etica.

Non sempre ci si può “mettere di traverso”, con atteggiamenti rivendicativi o inutilmente polemici, ma se si lavora in un SPDC dove si fa ampio uso di contenzione e dove non è presente un’offerta dialogica e relazionale, seppure si è inseriti in un contesto dove il potere e le logiche dell’organizzazione sono scarsamente negoziabili, lo psicologo o la psicologa può esprimere il suo disaccordo e sostenere posizioni più aperte, può favorire incontri pubblici e aderire a realtà culturali e associative che divulgano altri messaggi. Lo stesso, pur nel rispetto delle complesse dinamiche aziendali, lo psicologo può costruire reti virtuose che abbiano l’obiettivo di seguire questo o quello specifico progetto personale, individuando e rinforzando le reti naturali dei soggetti, informandoli e sostenendoli nella difesa dei loro diritti e accompagnandoli nelle loro vicissitudini. Troppo spesso, per esempio, le relazioni affettive che le persone costruiscono in comunità, vengono ignorate e considerate insignificanti quando si tratta di trasferire un soggetto, in spregio di ogni continuità affettiva e relazionale e di ogni supporto alle risorse dei contesti.

In questi entusiasmanti percorsi di difesa delle soggettività, egli incontrerà molti alleati. Familiari, associazioni, l’Ordine stesso, gli altri professionisti e colleghi e potrà dunque mantenere vivo un desiderio e un’etica che promuova una dimensione comunitaria, di affievolimento progressivo del ruolo all’interno di una cornice di cittadinanza, produzione e co-produzione di nuove consapevolezze e nuovi saperi.

Esperienze di questo tipo, buone pratiche, hanno portato alla teorizzazione dei “contratti di Ulisse” prima che la legge 219/2017 desse a queste buone pratiche una cornice legislativa maggiormente strutturata e in grado di intervenire fattivamente, di incidere sul principio della responsabilità giuridica e sulla posizione di garanzia ancora oggi occupata dallo psichiatra curante del Servizio pubblico, posizione che funge da ostacolo a ogni possibile evoluzione di progetti esistenziali.

Esperienze di questo tipo, cioè di ascolto senza pregiudizi delle esperienze riportate dalle persone direttamente interessate dal disagio, hanno portato alla valorizzazione delle esperienze degli “uditori di voci”, gruppi di auto mutuo aiuto che hanno mostrato come anche le manifestazioni più gravi del disagio psichico possano essere affrontate con strumenti potenti, in grado di mobilitare le reti naturali e la comunità degli utenti.

Esperienze di ascolto e di non indietreggiamento rispetto a nuovi approcci e nuovi modi di nominare e interpretare il disagio psichico, hanno portato alla produzione del Power treat meaning framework (Ptmf) oggi tradotto in italiano. Questo manuale, complementare al Dsm-5 e

allo stesso Pdm, è il precipitato di una serie di considerazioni, osservazioni, percorsi, che hanno visto operatori e studiosi, medici e altri professionisti, lavorare a fianco di utenti e familiari per giungere ad un paradigma alternativo alla descrizione della sofferenza psicologica che mettesse in risalto le transazioni, le relazioni, gli scambi e il loro portato sociale e politico, il loro carico traumatico e micro-traumatico.

La parola "potere", grande assente nei contesti scientifici e sanitari, spesso sterilizzata o preclusa da un discorso scientifico che tende ad eluderne le implicazioni, torna invece nel linguaggio delle convezioni sovra-nazionali, nelle raccomandazioni del consiglio d'Europa, laddove le nostre pratiche vengono viste e giudicate per quello che troppo spesso sono: pratiche contrarie ai diritti elementari e inalienabili delle persone, pratiche definite senza mezzi termini "tortura".

Gli strumenti di cui oggi lo psicologo e lo psicoterapeuta dispone per fare questa scelta, per schierarsi, dalla parte del mero esecutore di un progetto sanitario deciso e somministrato dall'alto, ovvero dalla parte del cittadino con a disposizione un potere e una serie di saperi che egli può mettere a disposizione dei suoi utenti ma anche dei suoi colleghi e della sua comunità di appartenenza, nell'ottica di "accrescere la capacità degli individui, dei gruppi e delle comunità di determinarsi in maniera consapevole, congrua ed efficace", sono moltissimi anche nell'ambito della psichiatria di comunità.

Egli può assumere i panni dell'Ads, del Ctu in ambito familiare, civile e penale, può assumere quelli del terapeuta familiare individuale, quelli dello psicologo esperto in *advocacy* e processi di crescita delle associazioni e dei gruppi di utenti, il ruolo del formatore nelle scuole di psicoterapia e nelle università e molto altro ancora. Può operare come consulente o come dipendente direttamente dentro alle équipes multiprofessionali della psichiatria e della neuropsichiatria, dove può denunciare le carenze e adoperarsi per supportare le istanze in grado di operare cambiamento. Ovvero può vestire ruoli diversi in diversi contesti contemporaneamente, come consulente, e contemporaneamente, come cittadino, uomo o donna, appartenente a categorie e gruppi di interesse (ognuno di noi è inserito nelle sue comunità e nelle sue realtà linguistiche, identitarie, di genere o altro) aumentando progressivamente il suo grado di consapevolezza.

L'ambito della cura del disagio psichico grave, lungi dall'essere un ambito dove sostenere gli utenti e le loro famiglie alla rassegnazione e alla cronicità, sono ambiti in cui il concetto di *recovery* può essere sottratto ad un'idea riduttiva e superficiale di "valorizzazione delle capacità residue o residuali", per essere immesso e reinserito nel più vasto scenario della contrattazione sociale, dove al manicomio come luogo fisico rischia di sostituirsi il "manicomio chimico" e la resa dei soggetti e delle loro famiglie ad un approccio che alla lunga penalizza, umilia, distrugge le potenzialità dei soggetti e le loro prerogative personali e sociali. Dietro ad ogni donna, ad ogni madre, aiutata a superare un'impasse, un esordio psicotico o una depressione post partum, e restituita ad una sua dimensione di controllo del proprio progetto di vita, c'è un minore cui è stata evitata la segregazione e l'allontanamento. Dietro ad ogni percorso di recupero di un adolescente autore di reato, c'è un cittadino restituito alla collettività e sottratto allo stigma e alla cronicità oltre che all'assistenza a vita.

I documenti che allego sono solo un minimo estratto di quello che vorrei e potrei produrre non solo come psicologa da sempre impegnata nel campo del disagio psico-sociale. Ho lavorato nel campo delle malattie infettive ai tempi dello stigma per l'Hiv, negli anni '90, e ho visto persone private del diritto di incontrare i loro partner. Ho lavorato nel campo dei disturbi alimentari, come

Ctu in ambito familiare e nel campo della psichiatria di comunità. Ma il mio percorso di conoscenza e militanza si è prodotto soprattutto come ex utente della psichiatria, destinataria di diversi Tso e a suo tempo sottoposta contro la mia volontà a trattamento farmacologico *long acting* dal quale mi sono liberata con l'aiuto del mio psicoanalista e dei miei familiari. Come familiare, ex moglie di una persona affetta da grave disagio psichico, e come madre di due giovani donne trentenni, laureate, oggi libere di vivere la loro vita, non allontanate dal loro padre e dalla loro madre, libere dal pregiudizio biomedico della determinazione biologica.

I percorsi della legge 180, così come quelli dei disabili entro il perimetro della scuola e del mondo del lavoro, le lotte per il riconoscimento dei diritti delle minoranze, che siano donne, omosessuali, soggetti sottoposti a restrizioni o discriminazioni linguistiche o religiose, vanno reiventati, abitati, riscritti da ogni cittadino e da ogni professionista. Ognuno può e deve costruirsi itinerari di senso e di riappropriazione del proprio posto nel contesto sociale. Ogni dispositivo, ogni strumento, che sia la psicoterapia, la Comunità Terapeutica, il farmaco, una buona legge, è come Giano Bifronte. Può trasformarsi in una grande opportunità o rimanere senza effetti, o anche rivelarsi pernicioso e fonte di sofferenza. La psicoterapia, se diviene ortopedia e manipolazione di un soggetto, esercizio di un potere, può essere pericolosa e comportare grandi sofferenze, così come l'uso inappropriato di un farmaco all'interno di un contesto comunicativo non sufficientemente analizzato e considerato nelle sue potenzialità e nei suoi sviluppi.

Le comunità terapeutiche, come dispositivi complessi e strumenti di riabilitazione, necessiterebbero di un discorso a parte, perché da luoghi di esercitazione della cittadinanza, da palestre della relazione, sono diventati meri contenitori, luoghi di deportazione e di deposito, che peraltro assorbono oltre il 60% della spesa sanitaria, producendo per lo più cronicità e umiliazione, perdita delle prerogative personali e allentamento se non rottura dei legami familiari e delle reti naturali.

Oggi, tuttavia, anche in questo campo, si affaccia l'importante sperimentazione delle "case Sotheria" o della loro reinvenzione nelle cosiddette "balance home", che tronano alle logiche delle comunità terapeutiche della metà del secolo scorso. Sono luoghi dove è bandita la gerarchia, per lo più fondate da ex utenti, oggi completamente restituiti al loro tessuto sociale, dove accanto alle cure tradizionali (sono però banditi i farmaci e la contenzione in ogni sua forma) vengono implementati trattamenti olistici e ampiamente accolti i familiari, gli animali da compagnia e ogni altro interlocutore che il soggetto interessato voglia coinvolgere.

Nel campo delle comunità terapeutiche esiste il circuito delle comunità democratiche e tutto il variegato mondo delle pratiche dialogiche, introdotte da Seikkula negli anni '80, e oggi ampiamente diffuse in Europa, in Australia e in America.

Tali pratiche contengono principi organizzativi, metodologici e strategici che possono essere adattati a qualsiasi realtà territoriale, e partono da alcuni assunti operativi apparentemente banali, che sono peraltro quelli che ritroviamo, sotto forma di principi, nelle convenzioni e nelle Carte dei Diritti:

- risposta immediata: il soggetto viene accolto entro le 48 ore e gli si dice sempre di sì, cioè non lo si dirotta verso altri servizi o altre risposte. Lo si accompagna eventualmente verso risposte più appropriate man mano che il bisogno si definisce. Il soggetto nel momento in cui chiede aiuto viene accolto, ascoltato, e gli si fa sentire che ha fatto la cosa giusta ed è approdato nel posto giusto.

- responsabilità (continuità terapeutica): chi riceve la domanda, costruisce l'équipe e accoglie il soggetto nel primo colloquio e anche nei successivi, impegnandosi a seguire quella cura e quel percorso.
- approccio di rete: chi accoglie la domanda viene invitato a costruire la sua rete sociale, cioè gli si chiede «Chi pensi sia importante coinvolgere al primo incontro?». È il soggetto che costruisce dunque l'équipe psico-sociale, la rete, dove ogni soggetto ha pari dignità e pari importanza in una dimensione orizzontale e democratica.
- flessibilità: chi accoglie la domanda costruisce il primo e i successivi appuntamenti sintonizzandosi con la persona che chiede aiuto; quindi recandosi a domicilio se questo è possibile per l'interlocutore e anche contrattando l'orario con la massima flessibilità. Gli incontri durano tutto il tempo necessario e si concludono solo quando tutti hanno trovato un accordo. Nessuna decisione viene imposta e si continua a riflettere finché non si riesce a raggiungere un punto di convergenza.
- polifonia: Tutte le voci devono poter essere ascoltate e hanno diritto di cittadinanza, tutti apportano il loro contributo e si è attenti a sostenere le singole voci. Per questo gli incontri dialogici si svolgono con la presenza di almeno due terapeuti.
- tolleranza dell'incertezza: questo è uno dei più complessi principi, e implica una capacità di non fuggire nell'agito, di sostare nella complessità, in attesa che le condizioni si chiariscano e che siano i contesti a produrre soluzioni e proposte. Implica la rinuncia a tenere una posizione di detentori del sapere e del saper fare.
- riflessività: i terapeuti parlano fra loro, si scambiano i loro punti di vista e i loro vissuti sulla situazione in presenza dei diretti interessati, i quali assistono alle discussioni fra i clinici. Questo implica l'adozione di un linguaggio rispettoso e non oggettivante, l'allenamento a mantenere una posizione di grande lealtà e centratura su sé stessi e sui propri vissuti, che aiuta in modo formidabile la produzione della medesima postura nelle persone che esprimono la loro domanda.

La prospettiva dialogica permette agli psicologi, quale che sia il loro approccio, uno strumento straordinario e veramente rivoluzionario per andare al di là dei ruoli e delle procedure, pur nel riconoscimento delle prerogative di ciascuno. Lo strumento del dialogo anticipatorio o della supervisione in presenza, permettono inoltre alle équipe di discutere di un caso in presenza del diretto interessato e della famiglia.

Recovery e psicologia: le parole per dirlo

Per restituire alla legge Basaglia e per riportare le diverse leggi che si sono susseguite negli anni, nel campo della Dichiarazione Europea dei Diritti delle Persone Disabili, occorre che gli psicologi si orientino a sostenere, a dare spazio, a facilitare, l'intervento sulla scena politica dei nuovi soggetti collettivi della salute mentale, che sono le associazioni degli utenti e dei familiari.

Questi gruppi, oggi organizzati in reti nazionali e internazionali, hanno prodotto, insieme ai dipartimenti di salute mentale e ai cittadini, un grande avanzamento del sapere relativo alla riabilitazione e all'inclusione sociale, le cui aree di maggior interesse, per lo psicologo ma per tutti gli operatori della salute che si pongano in un'ottica psico-sociale, riguardano:

- La nascita di un nuovo modo di guardare al disagio psichico, rispetto al modello medico, con il Power threat meaning framework (PTMF), manuale prodotto da cittadini, medici, psichiatri, psicologi, familiari e persone direttamente interessate che può offrire un diverso approccio diagnostico e terapeutico, rispetto al Dsm-5, maggiormente rispettoso di una visione della sofferenza psichica come dato sociale e complesso, le cui cause non vanno isolate ma viste nella loro interconnessione con la società, le sue contraddizioni, le sue ingiustizie, le sue pressioni e gli effetti che questi fenomeni possono portare sui diversi gruppi sociali, come questi possono rispondervi e come in definitiva la sofferenza psichica possa rappresentare un modo per rispondere a queste contraddizioni.
- La nascita di associazioni professionali di Esperti in Supporto fra Pari (ESP), professionisti che non esercitano una relazione d'aiuto, ma che possono essere inseriti nei servizi pubblici e privati o anche agire in autonomia, sui territori, come liberi professionisti. La loro funzione è di accompagnamento, testimonianza, informazione, raccordo, advocacy. Ogni équipe che accolga un ESP, si troverà a modificare il proprio linguaggio e sarà meno portata a oggettivare e facilitata al rispetto della dignità delle persone.
- L'implementazione e la ricerca di efficacia di nuovi metodi di gestione soprattutto per quanto riguarda l'esordio psicotico in età giovanile, con particolare riferimento alle pratiche dialogiche cui si è accennato sopra. Esiste oggi un'associazione Italiana Pratiche Dialogiche, che è in connessione con quella internazionale e che si impegna a promuovere formazione pratica sul campo per le équipes e le associazioni che si occupano del disagio psichico, in modo da mettere in pratica una clinica fondata sui sette principi.
- L'implementazione e la ricerca relativa ad una residenzialità fondata sulla cura e sulla democrazia, e non sulla custodia, che favorisca un'organizzazione non gerarchica, che implichi il ricorso a discipline dialogiche, olistiche e a mediazione corporea, come avviene nelle case Sotheria e nelle "Balance Home". Anche in questo caso, esiste un'organizzazione internazionale, con una associazione italiana che ne è capofila (Il Cipra, Coordinamento italiano professionisti della relazione d'aiuto), che ha promosso, grazie ad un finanziamento europeo, l'apertura sperimentale di una *Balance home* in ogni Paese membro del progetto (Italia, Germania, Belgio, Francia, Spagna), e che diventerà operativo in Italia nel 2025. Esiste inoltre la rete delle Comunità Democratiche, che pure promuove scambi e ricerca con i contesti residenziali che promuovono le pratiche di cura incentrate sulla democrazia e sul coinvolgimento del territorio.
- La divulgazione e la ricerca scientifica in merito alle pratiche di de-prescrizione, strettamente connesse con le pratiche umanistiche e dialogiche, portata avanti dalla rete Internazionale per la de-prescrizione *lipdw* (*International Institute Psychiatric Drug Withdrawal*), la cui sezione italiana è nata presso la Casa della Psicologia, a Milano, il 18 gennaio 2020. Questa associazione raggruppa ricercatori, professionisti, esperti per esperienza, familiari, associazioni, che divulgano le buone pratiche e la letteratura che

in questi anni si è sviluppata a partire dalle ricerche e dalle buone pratiche messe in campo da diversi gruppi di professionisti, supportati e affiancati dai diretti interessati e da cittadini coinvolti. È impegnata nel contrastare il fallimentare modello bio-medico del “Cervello rotto”, mostrando i gravissimi rischi di una prescrizione farmacologica indiscriminata, a mettere in luce la necessità che i medici prescrittori apprendano le regole per una corretta de-prescrizione e siano informati sulle ricerche relative ai gravi rischi di una dismissione troppo rapida di farmaci come gli antidepressivi e gli antipsicotici.

- La divulgazione e la messa in atto di strumenti di mediazione volti alla composizione e all'accoglimento del dialogo e della negoziazione con i diretti interessati e le loro famiglie. Il ché significa non mettere in atto i Tso bianchi (il rifiuto di sottoporsi al Depot o la discussione sulla terapia non può essere considerato motivo sufficiente per procedere ad un Tso) e promuovere le pratiche collaborative, grazie ai Contratti di Ulisse, condivisi e concordati, e grazie alla costruzione di reti con i diversi interlocutori.
- La divulgazione e la messa in pratica di approcci all'esordio psicotico senza l'utilizzo della coercizione, della contenzione meccanica e senza il ricorso ad un approccio farmacologico indiscriminato ed eccessivo. Esistono in Italia diversi Spdc “no restraint” e il modello può e deve essere diffuso attraverso la formazione degli operatori e dei cittadini, che devono essere messi in condizioni di sostenere i loro diritti. In troppi SPDC anche a Milano, specialmente dopo il COVID, gli orari di visita sono assurdamente ridotti a un'ora al giorno e si accoglie solo una persona alla volta. In altri ospedali, invece, anche dello stesso gruppo, ci sono rari molto più accoglienti ed inclusivi. Va promossa l'informazione su queste diverse pratiche, vanno istituiti osservatori in grado di premiare le buone pratiche, che comprendono un accesso dall'esterno, la possibilità di inserire attività espressive e ricreative, l'attenzione ai bisogni delle persone, che possono chiedere di incontrare chi vogliono. È ancora troppo diffusa una pratica illegale che vieta, sulla base di un ricorso infondato alla “privacy”, alle persone ricoverate di comunicare con persone senza legami di parentela di primo grado. Così, persone che convivono si sono viste negare la possibilità di comunicare con il loro compagno/a, o con il loro avvocato. Importante anche opporsi strenuamente per evitare che i minorenni vengano ricoverati negli SPDC per adulti, con il solo, discutibile presidio, della presenza di un genitore. Si tratta di pratiche, quelle cui ogni giorno assistiamo purtroppo anche nelle grandi città italiane, che il consiglio Europeo ha definito, senza mezzi termini, “tortura”.
- La divulgazione e l'implementazione di pratiche volte a promuovere l'intervento territoriale, come i Budget di Salute (Bds), strumento che valorizza la collaborazione fra reti naturali e reti istituzionali, ma la cui realizzazione si scontra con la tendenza a far implodere questa innovativa risorsa, burocratizzando e non valorizzando l'apporto dei soggetti interessati e la vera condivisione di risorse pubbliche e private.
- La lotta per il mantenimento di standard adeguati di abitabilità del territorio, da soste-

nere insieme ai quartieri e ai cittadini, che significa lotta alla gentrificazione progressiva, sostegno e implementazione del patrimonio di case popolari, creazione di realtà abitative miste, che rispondano alle esigenze delle diverse fasce sociali vulnerabili, che possano essere sia destinatarie di risposte, sia creatrici di sinergie. Ci si riferisce qui ai progetti di co-abitazione fra soggetti con disagio psichico in età avanzata con studenti, o migranti, o anziani, e in generale a ogni forma di coinvolgimento fra territorio e cittadinanza. Anche le forme di co-housing possono essere risposte significative alla necessità di facilitare la costruzione di reti cittadine.

- La corretta applicazione, anche nel campo del disagio psichico, della legge 68/99, con la costruzione di percorsi di inserimento lavorativo per soggetti giovani, valorizzando i talenti e vigilando affinché il mondo del privato sociale e i percorsi di formazione e tirocinio, non si trasformino in forme di sfruttamento e non offrano ai soggetti soluzioni lavorative al limite della dignità. Purtroppo, questo capitolo, come quello dell'abitare, riguarda la società in generale e la capacità sempre meno presente di dare risposte alla popolazione e agli strati più vulnerabili. Nel campo delle offerte e delle possibilità di lavoro, le persone con disagio psichico condividono molte delle difficoltà che riguardano la popolazione migrante, le persone con disabilità fisica o cognitiva, le donne che cercano di rientrare al lavoro dopo la maternità o in età non più giovane. Va considerato, infine, che la persona con disagio psichico spesso è incompatibile con un'organizzazione complessa e con un'attività a tempo pieno. Occorre sempre considerare che la dignità e una vita in cui ognuno possa trovare un senso e una socialità, non passa necessariamente attraverso il ripristino di un funzionamento sociale che peraltro è spesso ben poco adatto e adattato alla vulnerabilità e alla particolarità dei soggetti. In questo

senso vanno tenuti presenti anche altri possibili sbocchi di inclusione sociale, come i "Recovery College" o le soluzioni informali, artigianali, di piccole dimensioni che spesso sono possibili nei piccoli centri o a livello dei quartieri.

- Sostegno alla nascita e allo sviluppo dei *Recovery College*, ovvero centri culturali co-gestiti da cittadini, persone direttamente interessate, familiari, operatori della salute mentale, artisti, insegnanti e operatori culturali, che sostengano la socialità, favoriscano l'incontro, offrano spazi di vita sociale e di formazione permanente a tutti i cittadini, e offerte di qualità e non intrattenimento, a chi è in uscita dalle Comunità e necessita di ricostruire le sue reti, rianimare la sua capacità di sintonizzazione con la dimensione comunitaria, che è scambio, identità, accoglimento delle differenze, rispetto dell'unicità di ogni cittadino. Uno straordinario esempio di *Recovery College* è a Milano l'Aps Basti-Menti, ma vi sono altri modelli e altre possibili formule per la realizzazione di questi progetti clinici, culturali, riabilitativi e sociali, che includono anche l'abitare.
- Mantenere vivo il dibattito sulla cosiddetta "posizione di garanzia" dello psichiatra del Servizio Pubblico, e contribuire alla creazione di gruppi di pressione in grado di superare questa prospettiva. Questo punto è importante in tutti i casi, ma lo diventa soprattutto dopo che una persona con disagio psichico ha commesso un reato. L'attenzione al mantenimento delle reti, i progetti di inclusione e reinserimento sociale, passano attraverso l'assunzione collegiale di responsabilità e per ottenere dei veri cambiamenti occorre lavorare coinvolgendo e sostenendo le reti naturali dei soggetti, le associazioni dei familiari e degli utenti, portando la loro voce e il loro peso politico ad essere visibile.
- Vigilare affinché la legge 6/2004 venga applicata correttamente, che la richiesta di un aiuto a gestire le proprie finanze o un sostegno alla vita quotidiana, non diventi una delega in bianco e una rinuncia alla propria autodeterminazione. Soggetti in possesso di poche risorse economiche possono a volte essere aiutati a pagare le bollette o a sostenere una modesta economia domestica da un bravo educatore, da un familiare, supportato da un Esp. Non è sempre necessaria l'introduzione di una figura come l'Ads e vanno comunque stese linee guida che circoscrivano e definiscano, ruolo, formazione, prerogative del Ads rispetto agli operatori dei Servizi, ai familiari e a ogni altro attore della rete sociale. Limitare il numero di beneficiari che ogni singolo Ads può prendere in carico, favorire un più fluido rapporto con il Giudice Tutelare in caso di conflitto fra la volontà del beneficiario, dei familiari o dei Servizi e favorire la copertura di questo ruolo a soggetti che possano svolgerlo su base volontaria e non professionale, per un numero di anni limitato (es. 5 anni), per evitare abusi. Promuovere la costruzione di un albo dei beneficiari e dei relativi Ads che faciliti il monitoraggio di questo importante presidio. La professionalizzazione e la burocratizzazione di questa figura, la difficoltà a portare avanti percorsi di autonomia e superamento di questa figura in giovani pazienti, da' la misura purtroppo della difficoltà dei Servizi a promuovere veri percorsi di empowerment.

GDL PSICOLOGIA PER I DIRITTI DELLE PERSONE CON DISABILITÀ:

DISABILITÀ E DIRITTI: UNO SGUARDO OLTRE LE BARRIERE

Jacopo Casiraghi, Riccardo Biella e Isabella Cadirola

GRUPPO DI LAVORO: TAVOLO PSICOLOGIA PER I DIRITTI DELLE PERSONE CON DISABILITÀ

INTRODUZIONE

Quando parliamo di diritti non parliamo solo di leggi, convenzioni, cultura. Parliamo di un mondo fatto di persone con disabilità, certo, ma non solo; parliamo di caregiver, familiari, partner, amici, compagni. Parliamo delle loro vite quotidiane e dei loro vissuti, di esperienze, emozioni, pensieri, relazioni, identità. Parliamo del presente, consapevoli del passato, ma con lo sguardo e l'impegno sempre ben proteso al futuro.

Perché i diritti non sono qualcosa di statico, acquisito e accantonato, ma qualcosa di vivo, da coltivare e curare. E spetta a noi, come cittadini, ma soprattutto come psicologi e psicoterapeuti, fare il nostro dovere perché i loro frutti portino benessere interiore e crescita personale a tutti.

Per iniziare il nostro viaggio nel mondo della disabilità e dei diritti ci servono due punti fondamentali, quello di partenza e quello di arrivo, ovvero, il concetto di disabilità e quello di salute.

Dal 2009, in Italia, con la ratifica⁹⁹ della Convenzione sui diritti delle persone con disabilità, il concetto di disabilità è cambiato, non indica più solo la condizione della persona, ma riguarda il rapporto tra la persona e il suo ambiente¹⁰⁰. Si valorizza il concetto di diversità, una diversità nella modalità di funzionamento nel mondo, tanto quanto esistono diversità di genere, pigmentazione e di cultura: come la biodiversità in natura, lontana dal giudizio e dal pregiudizio. Può esserci diversità nel modo in cui una persona può superare un dislivello (scale, rampa, ascensore), ma in un ambiente adeguato rimane appunto solo una diversità e non un limite a priori¹⁰¹.

Quindi chi sono le persone con disabilità? «Chi presenta durature menomazioni¹⁰² fisiche, mentali, intellettive o sensoriali che in interazione con barriere di diversa natura possono ostacolare la loro piena ed effettiva partecipazione nella società su base di uguaglianza con gli altri» (Convenzione sui Diritti delle Persone con Disabilità, 2009).

Una definizione importante per ogni cittadino, ma soprattutto per noi psicologi, perché le barriere di diversa natura possono essere sì ambientali/architettoniche, ma anche emotive, in loro, in chi hanno intorno e in noi, e/o culturali, idee che si esprimono in atteggiamenti e comportamen-

99 Ovvero è, a tutti gli effetti e con tutti i connessi, legge.

100 Per questo, esprimendosi solo in determinate condizioni, non si dovrebbe assolutizzare e usare i termini "disabile" o "diversamente abile" ma "persona con disabilità", in quanto è una condizione che esiste, certamente, ma il focus deve rimanere sulla persona, una persona che sì, ha una disabilità ma non è (solo) la sua disabilità.

101 Per ulteriore chiarezza, con questo naturalmente non si vuole negare l'esistenza dei limiti, né tanto meno la sofferenza nel viverli o la difficoltà emotiva nell'affrontarli, anche grazie a soluzioni alternative. Quello che si vorrebbe comunicare è che ad oggi per molte condizioni i limiti sono ancora ben presenti e rimangono invalidanti, ma che appunto rimangono limiti finché non ci sarà un modo, a livello tecnologico o sociale, per superarli, per rendere l'ambiente adeguato (o con il progresso medico aumentare le possibilità di adattamento della persona). Vorremmo spronare quindi a non soffermarsi sull'ostacolo, ma a vedere oltre, nello spazio delle possibili soluzioni, stimolando il pensiero ed eventualmente l'azione verso il loro perseguimento, per renderle realizzabili e infine realizzate. Certi limiti non dovrebbero essere considerati eterni e immutabili per principio, il rischio sarebbe quello di assumere una posizione passiva, a detrimento del progresso e del benessere.

102 Traduzione di impairment, ovvero qualsiasi perdita o anomalia di una struttura o di una funzione fisiologica, anatomica oppure psicologica.

ti, oltre che economiche e corporee (come può essere la vecchiaia o dei problemi fisici in un caregiver che lo limitano nell'assistenza). Un'interazione che può portare a dei vissuti emotivi difficili, profondi, legati a una condizione duratura, compensabile ma non risolvibile.

Ogni persona è fatta a suo modo e ha la sua storia, lo sappiamo, ma anche ogni disabilità è fatta a suo modo e ha la sua storia, e porta difficoltà, limiti, necessità e rappresentazioni a livello culturale specifiche. La persona come interagirà con quella disabilità? E come possiamo aiutarla nel trovare il suo benessere¹⁰³? Ma soprattutto, quale benessere, quale salute?

Ed eccoci a mettere bene a fuoco il nostro secondo punto fondamentale, la salute, la destinazione del nostro viaggio nel mondo della disabilità. Fin dal 1948 per l'Organizzazione mondiale della sanità «il godimento del più alto livello di salute raggiungibile è uno dei diritti fondamentali di ogni essere umano, senza distinzione di razza, religione, credo politico e condizione economica o sociale» però da allora qualcosa è cambiato: cos'è davvero la salute?

A quell'epoca, e per diversi decenni a seguire, la salute era intesa come «uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non semplicemente l'assenza di malattie o infermità» (OMS, 1948), però con l'avanzare della medicina, delle soluzioni mediche e non, della cultura e della società questa definizione alla prova della crescente nuova realtà perdeva di efficacia.

Una persona con disabilità, quindi con un impairment duraturo o infermità, non può essere mai considerata in salute? E la salute è davvero definibile "solo" come completo benessere?

Vuol dire quindi che qualunque cosa faremo non potremo aiutare le persone con disabilità ad essere in salute e con un adeguato benessere?

Per queste ragioni l'Organizzazione mondiale della sanità nel 2011 ridefinì il concetto di salute come "la capacità di adattamento e di autogestirsi di fronte alle sfide sociali, fisiche ed emotive" (OMS, 2011).

Una definizione che ci richiama profondamente come professionisti, e ci definisce come operatori sanitari.

La salute nelle persone con disabilità può essere inquadrata quindi come un equilibrio dinamico, entro il quale la persona mantiene, grazie a risorse interne ed esterne e nonostante le durature menomazioni/impairment che possono essere d'ostacolo, la capacità di adattarsi e autodeterminarsi, convivendo al meglio e nel tempo con la propria condizione in interazione con il mondo.

Per arrivare a tale importante destinazione in un mondo così ampio, vario e complesso come quello della disabilità, i diritti sono le strade che ci delimitano, ci incanalano e indirizzano nel percorso, sono quella struttura organizzativa che ci supporta mettendo a disposizione i mezzi di trasporto che ci possono semplificare il viaggio, ma alla fine sta a noi essere guide preparate, conoscere le strade e i mezzi, per portare chi a noi si affida fino a destinazione.

La psicologia, tra diritti e buone pratiche

Con la Legge 3 marzo 2009 n. 18 il Parlamento italiano ha autorizzato la ratifica della Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità e del relativo protocollo opziona-

¹⁰³ Diverso naturalmente sarà in base al professionista e compito concordato, l'esplorazione in psicoterapia sarà principalmente basata sull'assetto in cui viene svolta mentre un supporto psicologico, per riabilitazione, prevenzione, supporto o consulenza, non può prescindere dalla conoscenza del mondo specifico in oggetto e delle sue dinamiche.

le sottoscritta dall'Italia il 30 marzo 2007, che diventa legge dello Stato.

All'interno di questo documento viene specificato che la ratifica dell'Italia della Convenzione sui diritti delle persone con disabilità approvata dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite, segna un importante traguardo per il Paese intero. La capacità di risposta ai bisogni delle persone con disabilità è uno degli indicatori principali di un welfare moderno, maggiormente inclusivo, equo ed efficiente e l'Italia da oggi ha fatto un passo avanti decisivo in tale direzione.

Come declinare quanto riportato nella Convenzione all'interno della pratica psicologica? Per prima cosa occorre identificare scopi e principi.

Lo scopo che intende perseguire la Convenzione è primariamente il seguente: promuovere, proteggere e garantire il pieno ed uguale godimento di tutti i diritti umani e di tutte le libertà fondamentali da parte delle persone con disabilità, e promuovere il rispetto per la loro intrinseca dignità.

Come condiviso precedentemente è l'interazione tra persona e barriere a determinare una condizione di disabilità, ben riassunta dal termine anglofono "disabled", ovvero...

Pertanto, all'interno della nostra pratica professionale, come rendere l'interazione con lo spazio fisico ed emotivo, relazionale facilitante la partecipazione della persona con disabilità?

In questo la Convenzione ci aiuta, proponendo dei principi che integrano efficacemente quanto già presente all'interno del nostro Codice Deontologico.

Sono:

- (a) il rispetto per la dignità intrinseca, l'autonomia individuale, compresa la libertà di compiere le proprie scelte, e l'indipendenza delle persone;
- (b) la non discriminazione;
- (c) la piena ed effettiva partecipazione e inclusione nella società;
- (d) il rispetto per la differenza e l'accettazione delle persone con disabilità come parte della diversità umana e dell'umanità stessa;
- (e) la parità di opportunità;
- (f) l'accessibilità;
- (g) la parità tra uomini e donne;
- (h) il rispetto dello sviluppo delle capacità dei minori con disabilità e il rispetto del diritto dei minori con disabilità a preservare la propria identità.

Abbiamo deciso, a partire da questi principi, di proporre delle buone pratiche per i colleghi rispetto alla declinazione di questi principi all'interno della professione.

BUONE PRASSI NEL LAVORO CON LE PERSONE CON DISABILITÀ

GENERALI	
Ambito legislativo	Conoscenza della Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità e le normative vigenti in materia.
Formazione specifica	Formazione in materia di disabilità motoria, cognitiva e sensoriale e di <i>disability studies</i> . Formazione specifica sulla condizione oggetto di domanda da parte della persona o dell'ente che richiede il nostro intervento: per fare questo si può fare riferimento alla letteratura scientifica recente in materia e alle associazioni di riferimento per la determinata condizione.
Supervisione	Avvalersi della supervisione qualora si abbia la consapevolezza di essere influenzati nella propria pratica professionale di stereotipi e pregiudizi rispetto ai temi oggetto di domanda e/o si abbia la consapevolezza di poter beneficiare della supervisione di un collega con più esperienza in materia.
Personalizzazione dell'intervento	Declinazione delle buone pratiche e delle conoscenze generali all'interno della domanda individuale e specifica portata dalla persona o dall'ente che richiede il nostro contributo professionale. Definizione di un percorso individualizzato che tenga in considerazione gli aspetti unici di storia, motivazione, aspettative, bisogni, emozioni, comportamenti, relazioni e desideri specifici. Promuovere la partecipazione attiva e l'autodeterminazione degli individui facendo riferimento al motto «niente su di noi, senza di noi» ¹⁰⁴ .
Accessibilità	Rendere accessibile lo spazio fisico, comunicativo e relazionale: Rendere lo spazio di intervento accessibile tramite l'eliminazione delle barriere architettoniche eventualmente presenti. Rendere accessibile il setting comunicativo attraverso l'utilizzo della Lingua Italiana dei Segni, adattando la visualizzazione di testi, l'utilizzo del Braille, la comunicazione tattile, l'utilizzo dei supporti multimediali accessibili nonché i sistemi, gli strumenti ed i formati di comunicazione migliorativa ed alternativa scritta, sonora, semplificata, con ausilio di lettori umani, comprese le tecnologie dell'informazione e della comunicazione accessibili. Rendere il setting relazionale accessibile tramite l'esplorazione e la presa di consapevolezza dei propri stereotipi e pregiudizi in materia di disabilità, elaborandoli ed eliminando ogni forma di discriminazione.
Lavoro in rete	Con assistenti sociali (progetti sul territorio e conoscenza agevolazioni nazionali e regionali), associazioni del territorio (attività proposte di vario genere dallo sport a sportelli di informazione e servizio di vario genere) e equipe multidisciplinare.

¹⁰⁴ Il motto venne utilizzato per la prima volta a livello internazionale da Ron Chandran-Dudley ed è oggi considerato uno dei pilastri su cui si basa il movimento per i diritti delle persone con disabilità.

PERSONALIZZAZIONE DELL'INTERVENTO IN BASE ALLA FASE DI VITA

0-18 anni

Rispetto per le capacità evolutive e identità:

- Valutazioni e interventi che rispettano lo sviluppo evolutivo del bambino e della bambina e siano basati sulle recenti linee guida e consensus conference in materia;
- Coinvolgimento attivo dei bambini e delle bambine nelle decisioni che li riguardano, rispettando il loro diritto a essere ascoltati;
- Supporto all'identità del bambino e della bambina attraverso interventi che considerano il contesto familiare, culturale e sociale.

Inclusione scolastica e sociale:

- Collaborazione con i servizi del territorio al fine di garantire un'educazione inclusiva;
- Sviluppo di programmi di intervento precoce per supportare lo sviluppo cognitivo, emotivo e sociale;
- Promozione di attività ricreative e sociali e di promozione delle risorse.

Supporto familiare:

- Consulenza e supporto psicologico a coloro che hanno la responsabilità genitoriale per affrontare le sfide sociali associate alla disabilità dei bambini e delle bambine;
- Interventi di psicoeducazione sui diritti dei bambini e delle bambine con disabilità e sulle risorse disponibili.

<p>19-65 anni</p>	<p>Autonomia e autodeterminazione</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Interventi che promuovono per quanto possibile l'autonomia nelle attività quotidiane; <input type="checkbox"/> Supporto alla pianificazione di una vita quanto più autonoma possibile, inclusa la ricerca di occupazione e abitazioni accessibili; <input type="checkbox"/> Promozione della partecipazione attiva nella comunità e nei processi decisionali. <p>Accesso al Lavoro, a Centri diurni e percorsi terapeutici:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Collaborazione con datori di lavoro e servizi di collocamento per facilitare l'inclusione lavorativa; <input type="checkbox"/> Progettazione di programmi di formazione e sviluppo presso gli enti al fine di promuovere politiche di inclusione. <p>Salute Mentale e Benessere:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Garantire l'accesso a servizi accessibili dal punto di vista di spazio fisico, setting comunicativo e relazionale; <input type="checkbox"/> Sviluppo di reti di supporto sociale multidisciplinare; <input type="checkbox"/> Supporto ai caregiver e alla progettazione del "dopo di noi".
<p>Sopra i 65 anni</p>	<p>Qualità della vita e partecipazione sociale:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Interventi mirati a migliorare la qualità della vita e la partecipazione sociale degli anziani con disabilità; <input type="checkbox"/> Promozione di attività ricreative e culturali accessibili; <input type="checkbox"/> Promozione di una rete sociale e di servizi. <p>Assistenza e cure sanitarie:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Collaborazione con i servizi sanitari per garantire un'assistenza sanitaria inclusiva e accessibile; <input type="checkbox"/> Supporto nella gestione delle condizioni croniche e nella pianificazione delle cure a lungo termine; <input type="checkbox"/> Educazione e supporto per i caregiver. <p>Rispetto della dignità e autonomia:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Promozione del rispetto per la dignità e l'autonomia degli anziani con disabilità; <input type="checkbox"/> Supporto nella pianificazione del fine vita e nella presa di decisioni riguardanti le cure mediche; <input type="checkbox"/> Protezione contro l'abuso e la negligenza.

La strada percorsa nel viaggio per i diritti delle persone con disabilità è lunga, alcuni tratti sono più conosciuti, come il tema "accessibilità" in tutte le sue forme e declinazioni, altri meno, come quello dei "caregiver familiari"¹⁰⁵, troppo spesso i "grandi dimenticati", che per amore e necessità si trovano a dover mettere da parte la loro vita, purtroppo ancora oggi senza adeguate tutele.

¹⁰⁵ Con OPL abbiamo dedicato loro il Dossier "Disabilità e caregiver familiari. Vita, vissuti, diritti e strumenti".

In questo spazio però vorremmo approfondire un tema quotidiano, ancora, purtroppo invisibile agli occhi dei più e di chi non vuol vedere, ovvero il tema fondamentale dell'affettività e della sua importante declinazione nella sessualità¹⁰⁶.

Provate ad immaginare, calatevi per un istante nella vita di chi ha una disabilità.

In una società sempre più orientata alla "perfezione" e all'"immagine", come cambiano le tue possibilità di stare in una relazione romantica se hai una disabilità? E se la disabilità fosse grave e richiedesse aiuti e portasse limiti importanti?

Quel bisogno profondo di affetto, di una carezza, di un abbraccio, dell'essere cercato, che senti ma nessuno raccoglie... che non riesci a vivere... come ti farà stare?

E quella connessione intima che vivi nella sessualità ma anche quella pulsione ancestrale che senti dentro, come staresti senza aver mai la possibilità di viverle?

Perché le persone con disabilità sono persone, e tutto questo lo provano, lo vivono. Il mondo lo sa ma ancora oggi l'affettività e la sessualità nelle persone con disabilità è un tabù, e si gira lo sguardo da un'altra parte.

Affettività e sessualità in pillole

Le scienze psicologiche hanno esaminato gli "affetti" in relazione alle diverse fasi del ciclo di vita, concentrandosi sulle emozioni, la loro regolazione e la capacità di attribuire stati mentali a sé e agli altri. Gli psicologi dello sviluppo si sono focalizzati sugli aspetti della personalità e le differenze comportamentali dell'esperienza affettiva, dall'attaccamento e alla regolazione emotiva nella relazione caregiver-bambino. Diverse epistemologie spiegano le possibili motivazioni intercorrenti all'interno di una relazione:

- La teoria dei Sistemi motivazioni interpersonali (Smi), proposta da Liotti, che spiega il rapporto tra motivazione, emozione e comportamento nelle relazioni interpersonali. I sistemi motivazionali, sebbene innati, sono influenzati dall'apprendimento, dalle circostanze ambientali e dalla cognizione. I principali sistemi nell'uomo sono quello di attaccamento, quello di accudimento, quello sessuale, quello di rango e quello cooperativo.
- Il modello di Attili secondo il quale il legame affettivo e sentimentale tra adulti implica vari sistemi motivazionali, principalmente quello di attaccamento, ma anche di accudimento e accoppiamento sessuale. La connessione tra relazioni sentimentali adulte e stile di attaccamento infantile, ipotizzata da Bowlby e confermata dagli studi di Ainsworth, evidenzia come le relazioni di coppia siano orientate dalla ricerca di comfort e sicurezza sperimentata nell'infanzia. La qualità dei legami affettivi sperimentati nell'infanzia influisce significativamente sulla formazione della personalità e sulla capacità di instaurare relazioni funzionali e sicure in età adulta.

La sessualità è considerata un sistema comportamentale innato che influenza le differenze individuali nelle motivazioni, cognizioni ed emozioni sessuali. È un mezzo per soddisfare le necessità di attaccamento, prossimità e protezione degli adulti, contribuendo alla stabilità e longevità del rapporto. I comportamenti sessuali sono connessi all'accudimento e al conforto del partner e aiutano a nutrire e alleviare lo stress durante periodi specifici. Il bisogno di sicurezza, alla base del legame di attaccamento, si trasforma nell'età adulta in un legame sessuale che motiva la ri-

¹⁰⁶ Il tema approfondito nel Dossier OPL "Affettività e sessualità nelle persone con disabilità".

cerca di vicinanza. Dal punto di vista evolucionistico, il sistema sessuale è orientato alla trasmissione genetica e alla sopravvivenza della specie. La sessualità con il partner è tradotta come una funzione relazionale orientata alla procreazione e al sostentamento e alla crescita della prole e contribuisce pertanto alla formazione di legami di attaccamento, intimità e impegno reciproco. Gli studi evolucionistici mostrano come l'intimità e il contatto affettivo, derivati dai comportamenti di protezione della prole, siano fondamentali per la formazione di legami stabili. Gli umani, rispetto ad altri mammiferi, hanno sviluppato comportamenti sessuali orientati al mantenimento di un contatto affettivo e di accudimento che incrementa la probabilità di sperimentare intimità protratta nel tempo e rinforza la connessione emotiva tra i partner sessuali.

Nonostante attaccamento, accudimento e sessualità siano correlati, afferiscono a sistemi motivazionali differenti e separati, emersi in tempi diversi dell'evoluzione umana. Gli studi di neuroimaging mostrano che le aree cerebrali attivate durante il desiderio sessuale sono le stesse attivate durante l'amore romantico, suggerendo un percorso neurobiologico che collega desiderio sessuale, amore e attaccamento.

La qualità delle prime relazioni affettive con il caregiver ha un impatto duraturo sulla capacità di instaurare relazioni funzionali e sicure in età adulta. La sessualità, oltre alla funzione procreativa, contribuisce alla stabilità e all'intimità nelle relazioni, dimostrando l'interconnessione tra i diversi sistemi motivazionali e la complessità delle dinamiche affettive e sessuali.

In conclusione, l'affettività e la sessualità sono componenti fondamentali delle relazioni umane, influenzate da vari sistemi motivazionali e da esperienze infantili, e per questo profondamente radicate in ogni essere umano.

Sessualità e disabilità

Anche nella disabilità è ormai riconosciuta l'importanza delle componenti corporea, affettiva e relazionale ed è condivisa l'idea che l'interazione tra di esse consenta alla persona di raggiungere un'integrazione affettiva e sessuale ed un senso di Sé pieno, rendendola capace di sperimentare una varietà di esperienze di intimità con l'altro e di esprimere i significati più intimi connessi (Salvarezza, 2013). Spesso però chi vive una condizione di disabilità non viene considerato nel suo bisogno di un'identità corporea e sessuale, ma come «un asessuato che non essendo forte, sano e bello, ha solo delle fragilità»; studi in tale direzione fanno luce su come le persone con disabilità siano oggi considerate prive del bisogno di un'identità corporea e sessuale (Sorrentino, 2006), come se il deficit della disabilità potesse negare la complessità dei vissuti corporei e dei bisogni, anche sessuali (De Than, 2014; Liddiard, 2017). Inoltre, pregiudizi e stereotipi creano categorizzazioni definendo coloro che hanno differenti aree di disabilità (i ciechi, i sordi...), nonostante sia oggi possibile rilevare tipologie eterogenee: visibili o invisibili, temporanee o permanenti, episodiche o degenerative (Park et al. 2007; Stone e Colella, 1996). Alcuni recenti studi hanno approfondito la *Disabilità intellettuale/Intellectual disability (Id)*, mettendo in luce come le persone con questo tipo di disabilità siano più spesso vittime di pregiudizi e mostrino comportamenti di ritiro relazionale più frequenti rispetto alle persone con disabilità fisiche (McCabe, Cummins e Deeks, 2000; Werner, 2015) «la loro sessualità è vittima di reazioni diverse in una società con bassa tolleranza alle differenze e circondata da controversie, miti, credenze e pregiudizi» (Fernandes F., Lima M., 2008). Anche la famiglia, primo gruppo e contesto relazionale che la persona conosce,

nel quale fa emergere e con il quale affronta il problema della sessualità, si colloca ancora oggi in una posizione di frontiera tra salute e malattia, aspetti normativi e devianti (Valtolina, 2000), continuando a considerare con molta difficoltà il desiderio di affettività e sessualità dei membri con disabilità fisica o mentale (Di Nuovo & Buono, 2004).

Se i caregiver, la letteratura e le società in generale sembrano consapevoli del diritto dell'individuo con disabilità di vivere una vita normale e se è vero che alcune persone con disabilità vivono una vita sessuale soddisfacente, il dato di fatto, nella maggioranza dei casi, è che molte persone sperimentano disabilità che impattano violentemente sul piano della propria integrazione corporea, affettiva e sessuale ed è molto complesso in questo caso esprimere e soddisfare bisogni affettivi, di intimità e sessuali, anche per l'assenza totale di un'educazione sessuale e della possibilità di parlarne (Ramos, 2005).

Oltre lo stereotipo

La Dichiarazione dei diritti sessuali redatta dalla World association of sexology nel 1999 sancisce che: «la sessualità è parte integrante della personalità di ogni essere umano. Il suo pieno sviluppo dipende dalle soddisfazioni dei bisogni umani basilari come il desiderio di contatto, intimità, espressione emozionale, piacere, tenerezza e amore. Il pieno sviluppo della sessualità è essenziale per il benessere individuale, interpersonale e sociale». Poter sperimentare la sessualità anche in caso di disabilità è pertanto un tema di salute psichica e di qualità di vita, aspetti che sono coerenti con l'agire dello psicologo. È utile ricordare che la medesima dichiarazione scrive:

I diritti sessuali sono diritti umani universali basati sulla libertà, sulla dignità e sull'uguaglianza propri di ogni essere umano. Visto che la salute è un diritto umano fondamentale, la salute sessuale deve essere un diritto umano basilare. Per assicurare lo sviluppo di una sessualità sana negli esseri umani e nelle società i diritti sessuali seguenti debbono essere riconosciuti, promossi, rispettati e difesi da tutte le società con ogni mezzo. La salute sessuale è il risultato di un ambiente che riconosce, rispetta ed esercita questi diritti sessuali (ibidem).

Come si interseca però il riconoscimento del diritto con le diverse tipologie di disabilità? La più importante distinzione è sicuramente fra disabilità sensoriale e fisica versus quella cognitiva: se nel primo caso i limiti sono connessi a come "fare" concretamente l'atto sessuale (si pensi ad esempio alle persone tetraplegiche), la disabilità cognitiva introduce un aspetto differente connesso alla consapevolezza di quanto si sta facendo modulato ovviamente sui livelli di gravità o complessità del funzionamento cognitivo. La persona con disabilità cognitiva che non ha ostacoli fisici all'atto sessuale presenta un tema connesso alla responsabilità e comprensione di quanto si sta facendo o si vorrebbe fare.

Nonostante il riconoscimento teorico del diritto, all'atto pratico la società pone ostacoli perché la sessualità possa essere vissuta e goduta dalle persone con disabilità. La prima obiezione "stereotipata" è profonda: la società civile ha "paura" dell'atto sessuale quando è coinvolta una persona con disabilità perché si pensa che non sia allineabile e controllabile al modello dominante. Così la persona con disabilità cognitiva viene considerata "infantile" e quindi inconsapevole di capire o comprendere la necessaria componente relazionale e persino "valoriale" dell'atto

sessuale (come se questa componente fosse sempre obbligatoria o scontata). Si considera la persona con disabilità cognitiva anche a rischio di comportamenti abusanti o predatori, il che può essere vero, soprattutto se questa paura porta la società (e le famiglie) ad evitare di pensare tout court alla sessualità delle persone con disabilità, ad evitare di fare e promuovere l'educazione sessuale. Il rischio è che la società stigmatizzi la sessualità nelle persone con disabilità "per proteggerli" trovando così una giustificazione alla lesione del diritto. Un altro pregiudizio molto radicato e diffuso è quello che considera la persona con disabilità non in grado di poter interessare a prescindere, relegando le eventuali sperimentazioni sessuali al solo atto fisico, magari attraverso "massaggi" o sesso a pagamento. Si tratta dello stigma che si attribuisce al diverso: non può essere "interessante", "nessuno lo può amare" ed è talmente forte nella società e nella nostra cultura che a volte sono proprio le persone con disabilità, a cui purtroppo è stato insegnato, a pensarlo. Se "non è pensabile" che la persona con disabilità abbia una (sana) vita sessuale, allora, a cascata, si producono una serie di comportamenti effetto che diventano causa del perdurare dello stereotipo. Cosicché: 1. la persona con disabilità fatica a socializzare le proprie esperienze emotive e sessuali; 2. l'esplorazione del proprio corpo tramite l'autoerotismo è in ritardo o assente (i.e. per limiti motori); 3. non è fornita un'educazione alla sessualità pubblica.

A livello educativo può essere fatto molto per rompere questo circolo vizioso: da un lato andrebbe evitata "l'infantilizzazione" o l'idea che la persona con disabilità sia "incompetente" per definizione, promulgando educazione sessuale e parlando con le famiglie del tema. Andrebbe sostenuta l'autonomia personale, andrebbe valorizzata la cura di sé e insegnata la gestione delle relazioni anche affettive. Dall'altro, sempre in logica educativa, andrebbe contrastata la risposta sociale "positiva" o compiacente a comportamenti inadeguati per l'età, quali abbracciare gli estranei o baciarli, che invece spesso diventa l'unica modalità di vivere la relazione (anche, nel tempo, sessualizzata) verso l'altro. Concludendo si pone l'attenzione sui seguenti aspetti: 1. La persona con disabilità ha il diritto di coltivare il proprio benessere sessuale; 2. La persona con disabilità non è un "angelo" privo di corpo o desideri o al contrario un "demone" disinibito, ipersessuale, deviato e incontrollabile 3. Parlare di sessualità e affettività nelle persone con disabilità è un tema culturale "di significati" ma anche sociale, medico e psicologico e, proprio lo psicologo tra i diversi stakeholders, potrebbe (dovrebbe?) attivarsi affinché sia un tema affrontato e coltivato per favorire l'inclusione.

L'Assistenza Affettivo-Sessuale

Viste le premesse, ovvero l'analisi dei bisogni e i diritti umani inalienabili sanciti che a questi impongono una risposta adeguata, sembra difficile trovare una soluzione alternativa o migliore di una figura professionale, debitamente formata e regolamentata, come l'Assistente Affettivo-Sessuale. Una figura complessa, che si deve muovere consapevolmente con tempi, modalità e per percorsi specifici ritagliati per ciascuna persona e ciascun sistema familiare su misura e, non dimentichiamolo, avere la forza di fare e portare avanti questo tipo di accompagnamento alla persona in un contesto culturale ancora fortemente connotato da tabù e pregiudizi.

Pregiudizi e connotazioni che ritroviamo già nell'impropria e semplicistica abbreviazione "Assistenza sessuale", dimentica della parte "affettivo", e che sembra rimandare alla mera scarica pulsionale tramite l'atto, - o in tal senso spesso lasciata intendere - riducendo una figura di tale

complessità a poco di più di una semplice prostituta o prostituto, o peggio, a qualcuno che per qualche deviazione “va con i disabili”.

L'Assistenza affettivo-sessuale in Italia, infatti, nonostante la proposta del Disegno di Legge 1442 del 9 Aprile 2014, non è attualmente riconosciuta ed inquadrata da un punto di vista politico, giuridico e, conseguentemente, lavorativo, lasciandola così di fatto non regolamentata.

Di rilievo e pionieristica risulta quindi la creazione e definizione dell'Operatore all'emotività, all'affettività e alla sessualità (O.e.a.s.) nato dalla collaborazione del prof. Fabrizio Quattrini, psicologo, psicoterapeuta e sessuologo, con Maximiliano Ulivieri dell'Associazione *LoveGiver*, un progetto attivo sul territorio e presentato nel loro libro *LoveAbility* (2014).

Il corso di formazione per l'O.e.a.s., è tenuto da psicologi, psicoterapeuti, sessuologi e medici, e prevede una selezione, motivazionale, personologica e psicofisica, 200 ore di formazione e 100 di tirocinio, un affiancamento da parte di un Tutor e una supervisione obbligatoria durante lo svolgimento del corso e per un anno dalla sua conclusione.

All'ammissione i corsisti devono accettare e sottoscrivere il Codice etico, che regola la figura dell'O.e.a.s., ne definisce i principi fondamentali, la condotta, il rapporto con gli utenti e altre figure oltre alle modalità d'intervento, standardizzate nello svolgimento dall'apprendimento e dal rispetto del Protocollo d'intervento.

La figura così formata potrà fornire assistenza a persone con tutte le condizioni di disabilità e tutti i tipi di orientamento sessuale, lavorando in equipe con uno psicoterapeuta, un sessuologo ed un medico.

Relativamente all'intervento dell'operatore possiamo leggere dalle pagine di *LoveAbility* (ibidem) riportate sui relativi siti web che:

l'O.e.a.s. in base alla propria formazione, sensibilità e disponibilità può contribuire a far ri-scoprire tre dimensioni dell'educazione sessuale:

- Ludica: scoprire il proprio corpo.
- Relazionale: scoprire il corpo dell'altro.
- Etica: scoprire il valore della corporeità.

ed al tempo stesso, aiutare il soggetto [con disabilità N.d.R.] a rendersi protagonista maggiormente responsabile delle proprie relazioni sia sentimentali che sessuali, favorendo una maggiore conoscenza e consapevolezza di sé ed una più adeguata capacità di prendersi cura del proprio corpo e della propria persona. E ci spiega ancora che:

attraverso la sua professionalità [...], permette di aiutare le persone con disabilità fisico-motoria e/o psichico/cognitiva a vivere un'esperienza erotica, sensuale e/o sessuale. [...] in un continuum che va dal semplice massaggio o contatto fisico, al corpo a corpo, sperimentando il contatto e l'esperienza sensoriale, dando suggerimenti fondamentali sull'attività autoerotica, fino a stimolare e a fare sperimentare il piacere sessuale dell'esperienza orgasmica.

Ma che «non concentrerà esclusivamente l'attenzione sul semplice processo “meccanico” sessuale. Promuoverà attentamente anche l'educazione sesso-affettiva».

Il percorso di assistenza emotiva, affettiva e sessuale è quindi un percorso *tailor made* che in base all'utente e alle sue necessità non sempre implica un'esperienza sessuale ma include sem-

pre una «scoperta del piacere [...] in una dimensione più ampia, in grado di far trovare una propria dimensione di soddisfazione e pace con sé stessi».

È inoltre importante specificare, per chiarezza e completezza, che l'esperienza orgasmica citata e procurata dall'O.e.a.s. è limitata alla masturbazione, dopo un'attenta valutazione e quando ha un senso specifico per le necessità e il percorso educativo della persona con disabilità, e sempre affiancata dalla ricerca di modalità che permettano l'autonomia dell'atto per chi ha una compromissione motoria. Nel rispetto della legislazione vigente, e in assenza di regolamentazioni specifiche, non sono ammessi rapporti sessuali completi od orali che altrimenti comporterebbero il reato di prostituzione.

L'intervento dell'O.e.a.s. si divide in tre fasi: accoglienza, ascolto e contatto, e può durare da un minimo di quattro ad un massimo di dodici incontri.

All'operatore non è consentito alcun coinvolgimento affettivo o interesse erotico-eccitatorio con l'utente, e qualora dovessero presentarsi hanno l'obbligo di segnalazione al tutor e di interrompere l'intervento e il rapporto con l'assistito.

Naturalmente l'innamoramento dell'utente verso l'operatore è possibile, nonostante le modalità d'intervento ed approccio e il numero di incontri limitati, ed è spunto di esplorazione ed elaborazione con uno psicoterapeuta.

Un percorso importante quindi, e che non trascuri il supporto ai genitori e alle famiglie e la loro formazione insieme a quella degli operatori coinvolti nella cura della persona con disabilità, al fine di creare una rete in grado di affrontare con lui argomenti e di seguirlo nel suo percorso con atteggiamenti e modalità adeguate.

Un percorso infine culturale, utile a ricordare a tutti che vivere una propria sessualità non si limita e non si può limitare al "fare sesso", che affettività e sessualità sono intrinsecamente unite e fanno parte a pieno titolo della dimensione relazionale, naturale e imprescindibile dell'essere umano, qualunque sia la sua unicità e diversità.

Il mondo della disabilità è vasto, ogni disabilità è a sé, ogni persona è a sé, ma una volta entrati con il ruolo di guida o esploratore è in grado di offrire panorami emozionanti, momenti unici, professionalmente ma soprattutto umanamente.

Speriamo che queste pagine possano essere uno stimolo a conoscere, approfondire e crescere, così da costruire insieme e sempre più il benessere di domani.

BIBLIOGRAFIA

- ANCORA A., *Verso una cultura dell'incontro. Studi per una terapia transculturale*, FrancoAngeli-Scienze e Salute, Milano 2017.
- BENBOW D.I., *Tafida Raqeeb v. Barts NHS Foundation Trust and Others [2019]: Bolstering the argument for mediation*, in «Medical Law International», 19(4), 2019, pp. 298-308. <https://doi.org/10.1177/0968533220902258>.
- BENUDECE R., *Etnopsichiatria. Sofferenza mentale e alterità fra Storia, dominio e cultura*, Carocci, Roma 2007.
- BREITBART W., GIBSON C., POPPITO S.R., BERG A., *Psychotherapeutic interventions at the end of life: A focus on meaning and spirituality*, in «Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie», 49(6), 2004, pp. 366-372. <https://doi.org/10.1177/070674370404900605>.
- BOVERO A., TOSI C., BOTTO R., OPEZZO M., GIONO-CALVETTO F., TORTA R., *The Spirituality in End-of-Life Cancer Patients in Relation to Anxiety, Depression, Coping Strategies, and the Daily Spiritual Experiences: A Cross-Sectional Study*, in «Journal of religion and health», 58(6), 2019, pp. 2144-2160. <https://doi.org/10.1007/s10943-019-00849-z>.
- BRYMER M., JACOBS A., LAYNE C., PYNOOS R., RUZEK J., STEINBERG A., WATSON P., *Psychological first aid: Field operations guide*, National Child Traumatic Stress Network and National Center for PTSD, 2006.
- CEDU, *Il caso Parfitt*, 2021.
- CHOCHINOV H.M., CANN B., CULLIHALL K., KRISTJANSON L., HARLOS M., McCLEMENT S.E., HACK T.F., HASSARD, T. *Dignity therapy: A feasibility study of elders in long-term care*, in «Palliative & supportive care», 10(1), 2012, pp. 3-15. <https://doi.org/10.1017/S1478951511000538>.
- CLARK D., *Total pain: the work of Cicely Saunders and the hospice movement*, in «American Pain Society Bulletin», 10(4), 2000, pp. 13-15.
- COMITATO NAZIONALE PER LA BIOETICA, *Accanimento terapeutico*, 1995.
- COMITATO NAZIONALE PER LA BIOETICA, *Risposta al quesito del CET Umbria sui trattamenti di sostegno vitale*, 2024. Disponibile in: <https://bioetica.governo.it/it/comunicazione/comunicati-stampa/2024/comunicato-stampa-cnb-n-42024-del-1-luglio-2024-risposta-al-quesito-del-cet-umbria-sui-trattamenti-di-sostegno-vitale/>.
- COPPO P., *Tra psiche e culture. Elementi di etnopsichiatria*, Bollati Boringhieri, Torino 2003.
- CORTE COSTITUZIONALE, *Giudizio di legittimità costituzionale in via incidentale*, 2019. Disponibile su: <https://www.cortecostituzionale.it/actionSchedaPronuncia.do?anno=2019&numero=242>.
- CORTE COSTITUZIONALE, *Giudizio di legittimità costituzionale in via incidentale*, 2024. Disponibile su: https://www.cortecostituzionale.it/actionSchedaPronuncia.do?param_ecli=ECLI:IT:COST:2024:135.
- CRISP J., MORRIS T., REFSTIE H., *Displacement in Urban Areas: new challenges, new partnerships*, in «Disasters», 36, 2012, pp. 23-42.
- DDL S. 912 XVIII LEG., *Disposizioni in materia di eutanasia*, 2022. Disponibile su: <https://www.senato.it/leg/18/BGT/Schede/FascicoloSchedeDDL/ebook/50870.pdf>.
- DE VINCENZO C., MARIAN I., PIOL S., KEISARI S., TESTONI I., *Self-help groups within nursing homes: The experiences of family caregivers in northeastern Italy*, in «Behavioral Sciences», 13(6), 2023, p. 485. <https://doi.org/10.3390/bs13060485>.

- DOWNEY L., ENGELBERG R.A., *Quality-of-Life trajectories at the end of life: Assessments over time by patients with and without cancer*, in «Journal of the American Geriatrics Society», 58(3), 2010, pp. 472-479. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2010.02734.x>.
- EDMONDS K.P., YEUNG H.N., ONDERDONK C., MITCHELL W., THORNBERRY K., *Clinical supervision in the palliative care team setting: A concrete approach to team wellness*, in «Journal of Palliative Medicine», 18(3), 2015, pp. 274-277. <https://doi.org/10.1089/jpm.2014.0248>.
- FAZEL M., WHEELER J., DANESH J., *Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: A systematic review*, in «The Lancet», 365(9467), 2005, pp. 1309-1314.
- FITCHETT G., EMANUEL L., HANDZO G., BOYKEN L., WILKIE D.J., *Care of the human spirit and the role of dignity therapy: A systematic review of dignity therapy research*, in «BMC palliative care», 14(1), 2015, pp. 1-12. <https://doi.org/10.1186/s12904-015-0007-1>.
- FOLKMAN S., MOSKOWITZ J.T., *Coping: Pitfalls and promise*, in «Annual Review of Psychology», 55, 2004, pp. 745-774.
- FRAGUELL-HERNANDO C., LIMONERO J.T., GIL F., *Psychological intervention in patients with advanced cancer at home through Individual Meaning-Centered Psychotherapy-Palliative Care: A pilot study*, in «Supportive care in cancer: Official Journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer», 28(10), 2020, pp. 4803-4811. <https://doi.org/10.1007/s00520-020-05322-2>.
- GIORDANO F., RUTIGLIANO C., UGOLINI C., IACONA E., RONCONI L., RAGUSEO C., PERILLO T., ROSA A., SANTORO N., TESTONI I., *Effect of music therapy on chemotherapy anticipatory symptoms in adolescents: A mixed methods study*, in «Journal of Pain and Symptom Management», 68(1), 2024, pp. e62-e74. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2024.04.019>.
- GRUPPO TECNICO PSICOLOGIA CURE PALLIATIVE E CURE PALLIATIVE PEDIATRICHE E TERAPIA DEL DOLORE, *Profilo dello psicologo in cure palliative e terapia del dolore e cure palliative pediatriche*, 2023.
- HALEY W.E., LARSON D.G., KASL-GODLEY J., NEIMEYER R.A., KWILOSZ D.M., *Roles for Psychologists in End-of-Life Care: Emerging Models of Practice*, in «Professional Psychology: Research and Practice», 34(6), 2003, pp. 626-633. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.34.6.626>.
- HERMAN J.L., *Trauma and recovery: The aftermath of violence--from domestic abuse to political terror*, Basic Books, New York 1992.
- HILDENBRAND A.K., AMARO C.M., GRAMSZLO C., ALDERFER M.A., LEVY C., RAGSDALE L., WOHLHEITER K., MARSAC M.L., *Psychologists in pediatric palliative care: Clinical care models within the United States*, in «Clinical Practice in Pediatric Psychology», 9(3), 2021, pp. 229-241. <https://doi.org/10.1037/cpp0000402>.
- HODES M., *Psychological distressed refugee children in the United Kingdom*, in «Child Psychology & Psychiatry Review», 5(2), 2000, pp. 57-68.
- KASL-GODLEY J.E., KING D.A., QUILL T.E., *Opportunities for psychologists in palliative care: Working with patients and families across the disease continuum*, in «The American psychologist», 69(4), 2014, pp. 364-376. <https://doi.org/10.1037/a0036735>.
- KIRA L.A., AHMED A., WASIM F., MAHMOUD V., COLRAIN J., RAI, D. *Group therapy for refugees and torture survivors: Treatment model innovations*, in «International Journal of Group Psychotherapy», 62(1), 2012, pp. 69-88.
- LEVY M.H., ADOLPH M.D., BACK A., BLOCK S., CODADA S.N., DALAL S., DESHIELDS T.L., DEXTER E.,

- KNIGHT S.M. D.Y., MISRA S., RITCHIE C.S., SAUER T.M., SMITH T.M., SPIEGEL D., SUTTON L., TAYLOR R.M., TEMEL J., THOMAS J., BERGMAN M.A., *Palliative care*, in «Journal of the National Comprehensive Cancer Network», 10(10), 2012, pp. 1284-1309. <https://doi.org/10.6004/jnccn.2012.0132>.
- KLEINMAN A., *Anthropology and psychiatry. The role of culture in cross-cultural research on illness*, in «The British Journal of Psychiatry», 151(4), 1987, pp. 447-454.
- KOZLOV E., NIKNEJAD B., REID M.C., *Palliative Care Gaps in Providing Psychological Treatment: A Review of the Current State of Research in Multidisciplinary Palliative Care*, in «The American Journal of hospice & palliative care», 35(3), 2018, pp. 505-510. <https://doi.org/10.1177/1049909117723860>.
- LOSI N., *Critica del trauma. Modelli, metodi ed esperienze etnopsichiatriche*, Quodlibet, Macerata 2020.
- LUTHAR S.S., CICHETTI D., BECKER B., *The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work*, in «Child Development», 71(3), 2000, pp. 543-562.
- MASTEN A.S., *Ordinary magic: Resilience processes in development*, in «American Psychologist», 56(3), 2001, pp. 227-238.
- MCDONNELL M., ROBJANT K., KATONA C., *Complex posttraumatic stress disorder and survivors of human rights violations*, in «Current opinion in psychiatry», 26(1), 2013, pp. 1-6.
- MEIER E.A., SCHEIBER C., MONTROSS-THOMAS L.P., *Moving Toward a Field of Palliative Psychology*, in «Journal of Palliative Medicine», 19(4), 2016, p. 351. <https://doi.org/10.1089/jpm.2015.0480>.
- MILANI L., LA TORRE G., FIORE M., GRUMI S., GENTILE D.A., FERRANTE M., DI BLASIO P., *Internet gaming addiction in adolescence: Risk factors and maladjustment correlates*, in «International Journal of Mental Health and Addiction», 16, 2018, pp. 888-904.
- MORO M.R., DE LA NOE Q., MOUCHENIK T., BAUBET T., *Manuale di psichiatria transculturale. Dalla clinica alla società*, FrancoAngeli, Milano 2009 (ed. it.).
- MOSS E.L., DOBSON K.S., *Psychology, spirituality, and end-of-life care: An ethical integration?*, in «Canadian Psychology / Psychologie canadienne», 47(4), 2006, pp. 284-299. <https://doi.org/10.1037/co2006019>.
- NICKERSON A, BRYANT R.A., ROSEBROCK L., LITZ B.T., *The mechanisms of psychosocial injury following human rights violations, mass trauma, and torture*, in «Clinical Psychology: Science and Practice», 21(2), 2014, pp. 172-172.
- PAYNE S., HAINES R., *The contribution of psychologists to specialist palliative care*, in «International Journal of Palliative Nursing», 8(8), 2002, pp. 401-406. <https://doi.org/10.12968/ijpn.2002.8.8.10684>.
- PAPADOPOULOS R.K., *Dislocazione involontaria. Trauma e resilienza nell'esperienza di sradicamento*, Bollati Boringhieri, Torino 2022.
- R.K. PAPADOPOULOS, *Refugees and psychological trauma: Psychosocial perspective*, in R.K. PAPADOPOULOS (a cura di), *Therapeutic care for refugees: No place like home*, Karnac Books, Londra 2006.
- PARGAMENT K.I., MILLER W.R., MEICHENBAUM D., *Spiritually integrated psychotherapy. Understanding and addressing the sacred*, Guilford Press, New York 2011.
- PATEL V., ARAYA R., DE LIMA M., LUDERMIR A., TODD C., *Women, poverty and common mental disorders in four restructuring societies*, in «Social Science & Medicine», 49(11), 1999, pp. 1461-1471.
- PER UN DIRITTO GENTILE, *Raccomandazioni sull'aiuto medico a morire*. Disponibile in: <https://>

www.dirittogentile.it/raccomandazioni-sullaiuto-medico-a-morire/.

PONTIFICIA ACCADEMIA PER LA VITA, *Piccolo lessico del fine-vita*, Libreria Editrice Vaticana, 2024.

QUILL T.E., BATTIN M.P., *Physician-assisted dying: The case for palliative care and patient choice*, John Hopkins University Press, 2004. https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.2006.510_5.x.

RAMOS K., HASTINGS S.N., BOSWORTH H.B., FULTON J.J., *Life Program: Pilot Testing a Palliative Psychology Group Intervention*, in «Journal of Palliative Medicine», 21(11), 2018, pp. 1641-1645. <https://doi.org/10.1089/jpm.2017.0454>.

REMEN R.N., *Kitchen table wisdom: Stories that heal*, Pan Australia, 2010.

RICHARDSON S., *An international expansion in voluntary euthanasia/assisted dying: The implications for nursing*, in «International nursing review», 70(1), 2023, pp. 117-126. <https://doi.org/10.1111/inr.12807>.

ROUSSEAU C., DRAPEAU A., PLATT R., *Family environment and emotional and behavioural symptoms in adolescent Cambodian refugees: Influence of time, gender, and acculturation*, in «Medicine, Conflict and Survival», 14(3), 1998, pp. 234-249.

RYAN R.M., DECI E.L., *Overview of self-determination theory: An organismic-dialectical perspective*, in E.L. DECI, R.M. RYAN (a cura di), *Handbook of self-determination research*, University of Rochester Press, 2002, pp. 3-33.

ROSENBERG-YUNGER Z.L., GRANEK L., SUNG L., KLAASSEN R., DIX D., CAIRNEY J., KLASSEN A.F., *Single-parent caregivers of children with cancer*, in «Journal of Pediatric Oncology Nursing», 30(1), 2013, pp. 45-55. <https://doi.org/10.1177/1043454212471727>.

RUTTER M., *Resilience as a dynamic concept*, in «Development and Psychopathology», 24(2), 2012, pp. 335-344.

SAUNDERS C., *The evolution of palliative care*, in «Patient education and counseling», 41(1), 2000, pp. 7-13. [https://doi.org/10.1016/s0738-3991\(00\)00110-5](https://doi.org/10.1016/s0738-3991(00)00110-5).

SCLAVI M., *Arte di ascoltare e mondi possibili*, Mondadori, Milano 2000.

SELMAN L., BEYNON T., HIGGINSON I.J., HARDING R., *Psychological, social and spiritual distress at the end of life in heart failure patients*, in «Current opinion in supportive and palliative care», 1(4), 2007, pp. 260-266. <https://doi.org/10.1097/SPC.0b013e3282f283a3>.

SHEAR M.K., FRANK E., FOA E., CHERRY C., REYNOLDS C.F., VANDER BILT J., MASTERS S., *Traumatic grief treatment: A pilot study*, in «American Journal of Psychiatry», 158(9), 2001, pp. 1506-1508. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.158.9.1506>.

SILOVE D., SINNERBRINK I., FIELD A., MANICAVASAGAR V., STEEL Z., *Anxiety, depression and PTSD in asylum-seekers: Associations with pre-migration trauma and post-migration stressors*, in «The British Journal of Psychiatry», 170(4), 1997, pp. 351-357.

SILOVE D., STEEL Z., MCGORRY P., MOHAN P., *Trauma exposure, postmigration stressors, and symptoms of severe mental disorder among Tamil asylum seekers: Comparison with refugees and immigrants*, in «Acta Psychiatrica Scandinavica», 102(3), 2000, pp. 174-180.

STRADA E.A., *Palliative psychology: Clinical perspectives on an emerging specialty*, Oxford University Press, 2017.

STEEL Z., CHEY T., SILOVE D., MARNANE C., BRYANT R.A., VAN OMMEREN M., *Association of torture and other potentially traumatic events with mental health outcomes among populations exposed to mass conflict and displacement: A systematic review and meta-analysis*, in «Journal of the American Medical Association», 302(5), 2009, pp. 537-549.

- SUE D.V., SUE D., *Counseling the culturally diverse: Theory and practice*, John Wiley & Sons, New Jersey 2012.
- TESTONI I., BORTOLOTTI C., POMPELE S., RONCON L., BARACCO G., ORKIBI H., *A challenge for palliative psychology: Freedom of choice at the end of life among the attitudes of physicians and nurses*, in «Behavioral Sciences», 10(10), 2020a, p. 160. <https://doi.org/10.3390/bs10100160>.
- TESTONI I., PALAZZO L., CALAMARÀ N., ROSSI G., WIESER M.A., *"Imagine you have ALS": Death education to prepare for advance treatment directives*, in «Behavioral Sciences», 11(1), 2021, p. 6. <https://doi.org/10.3390/bs11010006>.
- TESTONI I., SBLANO V.F., PALAZZO L., POMPELE S., WIESER M.A., *The hospice as a learning environment: A follow-up study with a palliative care team*, in «International Journal of Environmental Research and Public Health», 17(20), 2020c, p. 7460. <https://doi.org/10.3390/ijerph17207460>.
- THOMPSON A.L., SCHAEFER M.R., MCCARTHY S.R., HILDENBRAND A.K., COUSINO M.K., MARSAC M.L., KENTOR R.A., *Competencies for psychology practice in pediatric palliative care*, in «Journal of Pediatric Psychology», 48(7), 2023, pp. 614-622.
- TRIBE R., MORRISSEY J., *The refugee context and the role of interpreters*, in «Clinical Child Psychology and Psychiatry», 9(2), 2004, pp. 265-277.
- UNGAR M., *Resilience across cultures*, in «The British Journal of Social Work», 38(2), 2008, pp. 218-235.
- VALLERAND R.J., *Deci and Ryan's self-determination theory: A view from the hierarchical model of intrinsic and extrinsic motivation*, in «Psychological Inquiry», 11(4), 2000, pp. 312-318.
- VIETEN C., SCAMMELL S., *Spiritual and Religious Competencies in Clinical Practice: Guidelines for Psychotherapists and Mental Health Professionals*, New Harbinger Publications, Oakland 2015.
- VON BLANCKENBURG V., LEPPIN N., *Psychological interventions in palliative care*, in «Current opinion in psychiatry», 31(5), 2018, pp. 389-395. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000441>.
- WATZLAWICK P., BEAVIN J.H., JACKSON D.D., *Pragmatica della comunicazione umana*, Astrolabio, Roma 1971.
- WOODLAND L., BURGNER D., PAXTON G., ZWI K.J., *Health service delivery for newly arrived refugee children: A framework for good practice*, in «Journal of Paediatrics and Child Health», 46(10), 2010, pp. 560-567.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION, *Psychological first aid: Guide for field workers*, 2011.
- ZAGONEL V., FRANCIOSI V., BRUNELLO A., BIASCO G., BROGLIA C., CATTANEO D., CAVANNA L., CORSI D., FARINA G., FIORETTO L., GAMUCCI T., LANZETTA G., MAGAROTTO R., MALTONI M., MARCHETTI P., MASSA E., MASTROMAURO C., MELOTTI B., MERIGGI F., NACCI A., PAVESE I., PIVA E., QUIRINO M., ROSELLI M., SACCO C., TONINI G., TRENTIN L., UCCI G., LABIANCA R., GORI S., PINTO C., *Position paper of the Italian Association of Medical Oncology on early palliative care in oncology practice (Simultaneous Care)*, in «Tumori», 103(1), 2017, pp. 9-14. <https://doi.org/10.5301/tj.5000593>.
- ZAMPERINI A., PAOLONI C., TESTONI I., *The emotional labor of nursing: Critical incidents and coping strategies [Il lavoro emozionale dell'assistenza infermieristica: Incidenti critici e strategie di coping]*, in «Assistenza Infermieristica e Ricerca», 34(3), 2015, pp. 142-148. <https://doi.org/10.1702/2038.22142>.

www.opl.it



ordinepsicologilombardia



ordine_psicologi_lombardia



Ordine degli Psicologi della Lombardia



tvOPL



PsicologiOPL



ORDINE
DEGLI PSICOLOGI
DELLA LOMBARDIA

corso Buenos Aires, 75 - 20124 MILANO

tel: +39 02 2222 6551

PEO: segreteria@opl.it | PEC: segreteria@pec.opl.it