

Ines Testoni, Fabio Lucidi

Dalle super-competenze psicologiche alla formazione degli psicologi per rispondere alla volontà di morire. Risposte ai commenti

(doi: 10.1421/115017)

Giornale italiano di psicologia (ISSN 0390-5349)

Fascicolo 4, dicembre 2024

Ente di afferenza:

()

Copyright © by Società editrice il Mulino, Bologna. Tutti i diritti sono riservati.

Per altre informazioni si veda <https://www.rivisteweb.it>

Licenza d'uso

Questo articolo è reso disponibile con licenza CC BY NC ND. Per altre informazioni si veda <https://www.rivisteweb.it/>

DALLE SUPER-COMPETENZE PSICOLOGICHE ALLA FORMAZIONE DEGLI PSICOLOGI PER RISPONDERE ALLA VOLONTÀ DI MORIRE. RISPOSTE AI COMMENTI

INES TESTONI¹ E FABIO LUCIDI²

¹ Università degli studi di Padova, ² Università La Sapienza di Roma

Riassunto. Una corretta riflessione sull'intervento psicologico riferito alla morte volontaria medicalmente assistita (MVMA) e sul suo rapporto con le cure palliative richiede di affrontare alcuni punti critici. Tra questi, l'*habeas corpus*, inteso come elemento costitutivo dell'identità propria e inalienabile di ciascuno, al quale nessuna norma, autenticamente fondata sul rispetto dei diritti universali dell'uomo e della Costituzione italiana, può derogare, in contrasto con la retorica dello «slippery slope argument». Viene inoltre considerato il ruolo della fiducia come capitale sociale su cui gli individui possono fare affidamento per compiere scelte e agire nelle relazioni di cura, con particolare riferimento a quelle in cui la mancanza di un lessico del lutto produce come esito per un verso l'autoisolamento del sofferente e per l'altro dinamiche che lo caratterizzano in relazione al terrore della morte. Gli autori approfondiscono anche come la spiritualità e la religiosità intervengano in questi orizzonti di riflessione. Particolare rilievo viene dato al tema delle competenze dello psicologo palliativista e ai percorsi che ne garantiscono l'acquisizione.

1. TRA HABEAS CORPUS E SLIPPERY SLOPE

I preziosi commenti ricevuti per l'articolo «Il ruolo centrale della psicologia palliativa nei diversi contesti relazionali dell'aiuto a morire» (Testoni & Lucidi, 2024) hanno sviluppato alcune implicazioni, permettendo di estendere l'orizzonte di riflessione sui fattori che costellano l'intervento psicologico riferito alla Morte Volontaria Medicalmente Assistita (MVMA) e al suo rapporto con le cure palliative.

La replica a tali considerazioni non può che iniziare dal contributo di Mina Welby (2024), co-presidente dell'Associazione Luca Coscioni, gruppo che rappresenta una minoranza nomica nella realtà italiana, in grado di dirottare le traiettorie politiche verso importanti novità nel percorso tanto giuridico quanto culturale in tema di scelte di finevita. Importante è stata infatti la dedizione con cui Mina Welby ha lavorato insieme a coloro che fanno parte dell'associazione per la promozione dei diritti civili collegati alle pratiche e alla ricerca in ambito sanitario. L'adozione, da più di un ventennio, di un comportamento onesto, privo di finalità occulte o manipolatorie, insieme al mantenimento coerente nel tempo di una posizione chiara e alla disponibilità

a pagare in prima persona, come pure a dibattere per rendere perspicui gli obiettivi perseguiti, confermano che questo gruppo rappresenta istanze significative per la popolazione, le quali non possono più essere ignorate se non a causa di politiche di matrice autoritaria (cfr. Banfield, 2017; Ng et al., 2019).

Ha fatto storia il loro impegno nella difesa del principio di autodeterminazione, elemento sostanziale della dignità personale, dinanzi ad una maggioranza egemone che rappresentava il valore della vita in funzione di atteggiamenti dogmatici che esternalizzano il *locus* decisionale dell'individuo. La loro attività di sensibilizzazione ha quindi dovuto fare i conti con un'opinione maggioritaria indifferente quando non addirittura ostile agli appelli di Piergiorgio Welby e Beppino Englaro. L'azione di sensibilizzazione ottenuta dalla loro determinazione a procedere ha comunque permesso alla popolazione di prendere consapevolezza sull'esistente profonda frattura morale nel Paese, che richiedeva un attento lavoro di rammendo da parte del Legislatore.

Ciò che innanzitutto è venuto in luce è la delicata questione dell'appartenenza del proprio corpo a sé stessi e non ad autorità aliene alla propria soggettività. Il confronto, spesso dai toni molto accesi, ha reso di pubblico dominio un concetto cruciale dell'ambito giuridico, ovvero l'*habeas corpus*, inteso come elemento costitutivo dell'identità propria e inalienabile di ognuno (Zatti, 2012, 2017), rispetto al quale nessuna norma, autenticamente fondata sul rispetto dei Diritti Umani Universali e della Costituzione italiana, può derogare.

Il Legislatore¹ ha saputo quindi fare perno su tale fondamento per avviare un percorso di pacificazione con la legge 38/2010 nell'intento di regolamentare il diritto del cittadino di essere rispettato e curato in quanto persona fino al termine della sua vita. Prendendo le mosse da questa legge, grazie alla quale è possibile garantire i livelli minimi di assistenza anche a tutti gli italiani che devono fronteggiare l'ultimo compito evolutivo, l'impegno dell'associazione si è sviluppato in parallelo a quello del gruppo di giuristi *Per Un Diritto Gentile* portando all'esito della legge 219/2017. Traguardo importante, che ha visto Mina Welby ritratta nel suo momento di commozione e gioia sulle prime pagine dei giornali il giorno dopo l'approvazione, perché il 22 dicembre 2017 lei era là ad assistere alla discussione parlamentare.

E tale legge riconosce appunto alcune delle principali proposte che, fin dalla propria origine, l'Associazione Coscioni ha messo in primo piano nella propria attività di democrazia partecipativa: il ri-

¹ In questo documento, il genere maschile viene usato come neutro, generico, universale, da intendersi come inclusivo di tutti gli altri generi e orientamenti sessuali. Adottiamo questa strategia espositiva per esigenze di semplificazione pur sapendo che il dibattito sulla questione di genere mette in luce l'inadeguatezza di questo stratagemma.

conoscimento giuridico in ambito sanitario del diritto integrale di autodeterminazione, da cui conseguono come corollari la valorizzazione del consenso informato, delle disposizioni anticipate di trattamento e della pianificazione condivisa delle cure (PCC), fino, con la sentenza 242/2019 al riconoscimento del diritto a morire per propria volontà (Cacace, 2018).

Come La stessa Mina Welby ricorda tra le righe, in ognuno di tali passaggi ella ha voluto essere un'attrice attenta e consapevole, soffrendo in prima persona. Il suo scritto testimonia esattamente questo: l'esserci come colei che conosce bene la propria sofferenza e la condizione in cui versava la persona amata che ha dovuto fronteggiare una malattia implacabile, origine di un dolore intollerabile e di un profondo senso di umiliazione. L'obiettivo su cui Mina Welby rimane focalizzata è quello di indurre il Legislatore a regolamentare la relazione che intercorre tra sistema sanitario, curanti e ammalati, per garantire l'umanizzazione del loro incontro, prevenendo così qualsiasi deriva verso la de-individuazione implicata dal mero rispetto di impersonali protocolli atti a destituire i pazienti dalla sovranità sul proprio corpo.

Questo per lo psicologo, sottolinea ancora Mina Welby, implica l'accettazione e la rassegnazione dinanzi al limite della volontà individuale relativamente alla vita che è propria e certamente, per quanto riguarda la psicologia palliativa, è importante non correre il rischio di tradurre le competenze in strategie per promuovere la conformazione al volere dell'autorità. E già su questo il codice deontologico degli psicologi, sebbene nella nuova versione sia stato rimosso il termine «dignità», concorda.

Un ulteriore nodo cruciale, ripreso da Welby con attento senso critico, riguarda l'ingannevole *slippery slope argument*², rispetto al quale la fiducia democratica permette di rispondere con una confutazione efficace. Conviene che lo riprendiamo ancora qui, per chiarire meglio l'essenza di quanto intendiamo dire. Il costrutto del cosiddetto «piano inclinato» si basa sulla retorica paradossale del sorite secondo cui è difficile stabilire quando si passi dal rispetto di un principio giusto e buono per pochi – si pensi al caso dell'eutanasia per un numero esiguo di soggetti che lo richiedano a causa di condizioni di sofferenza intollerabile – fino ad arrivare allo sterminio. In realtà, quanto denunciato dallo *slippery slope argument* presenta effettivamente un rischio, ma solo in Paesi antidemocratici, come è accaduto nella Germania nazista. I fascismi non sono mai l'esito dell'accoglimento del principio di autodeterminazione individuale e della moltiplicazione delle libertà individuali (che non tolgono niente a nessuno), bensì è vero il con-

² Per un approfondimento su questo tema si vedano Testoni et al. (2013, 2014).

trario. I totalitarismi infatti negano a priori l'*habeas corpus*, in quanto il corpo dell'individuo è un'entità su cui i sovrani ritengono di avere potere di determinazione, alla quale i sudditi devono corrispondere con obbedienza, venerazione e deferenza (Freedman, 1999).

In un Paese democratico e laico in cui l'*habeas corpus* venga autenticamente rispettato con dispositivi di legge adeguati, ovvero che tengano in considerazione anche tutti i fattori relativi alle eventuali limitazioni della coscienza, nessuno può decidere di eliminare ammalati gravi contro la loro volontà. Per questo possiamo dire che la libertà e la misura di quanto e come le proposte dell'Associazione Coscioni vengono ascoltate e seriamente considerate sono una cartina di tornasole dello stato della nostra democrazia.

2. FIDUCIA

Procedendo su questa linea, il contributo di Simona Cacace (2024), riprendendo un precedente contributo (Cacace, 2020), mette in primo piano l'importanza della fiducia, fattore sostanziale su cui si edificano i rapporti democratici e il capitale sociale su cui gli individui possono contare per operare scelte e agire: quanto minore è il patrimonio di fiducia all'interno di un contesto relazionale tanto minori sono i gradi di libertà che spettano al singolo (Castelfranchi & Falcone, 2010; Warren, 2018). I regimi del sospetto innanzitutto mettono in crisi i rapporti sociali proprio a partire dalla messa in questione dell'affidabilità delle persone e a maggior ragione della loro capacità di saper badare a sé stesse. La legge 219/2017, ribadisce Cacace, sancisce l'importanza di questo prerequisito su cui può innestarsi una autentica relazione di cura, la quale deve essere intesa come prodotto di una relazione in cui la comunicazione sia basata sulla comprensione e, dunque, sulla concreta possibilità di modulare ogni passaggio dell'azione sul corpo dell'ammalato, in un accordo che abbia fondamento nel suo desiderio/bisogno/volontà.

E la fiducia implica, continua la giurista, che la richiesta di sospensione delle cure o di MVMA non possa essere tradotta con l'«abbandono» del paziente, bensì con una maggiore e più accorta presa a cuore del suo tempo residuo di vita. L'autentico accoglimento che infatti l'ammalato fiduciosamente si aspetta nel percorso di PCC si esprime nell'abbraccio di coloro che lo curano, indipendentemente dai punti di vista individuali di cui essi sono portatori (certamente dovremmo aprire qui una riflessione sull'obiezione di coscienza e sull'uso ideologico che ne viene fatto in ambito sanitario per invalidare la legge, la quale per questo effetto diviene inaffidabile, ma rimandiamo a una prossima occasione l'eventualità di discuterne cercando di capire quali dinamiche psicosociali sottendano un tale fenomeno).

È proprio sul costrutto di fiducia interpersonale e sociale che il Legislatore italiano ha tracciato fin qui un percorso che non può giustificare alcuno *slippery slope*, dunque alcuna deriva che parta dal giusto per giungere allo sterminio, e nella misura in cui sarà in grado di rispettare questa direzione, seguendo la stella polare dei valori democratici della laicità e del rispetto dell'autodeterminazione individuale, non potrà regolamentare il tema del morire in modo autoritario nel tentativo di ripristinare dinamiche tradizionali che abbiamo ormai già rubricato in quel modello del passato definito «paternalismo medico». Nutrire la fiducia che costituisce il vero tesoro di qualsiasi capitale sociale significa innanzitutto avere regole chiare per poter prevedere il comportamento altrui e essere in grado di negoziare le proprie intenzioni.

La fiducia infatti richiede il supporto di strategie di valorizzazione che passano attraverso la misurazione dei risultati ottenuti. Stabilito un accordo grazie a un dispositivo di legge chiaro e ben dettagliato nelle sue componenti applicative, la possibilità di monitorarne in modo esplicito e trasparente gli effetti permette di prevenire le derive che invece si instaurano dove non sia possibile quantificare il problema, perché esso viene banalmente censurato e rimane nel limbo dell'incertezza e della vaghezza. Si pensi solo, a titolo di esempio, al numero nero degli aborti clandestini quando non esisteva una legge che regolamentasse tale pratica, e a quanto oggi se ne conoscano molto meglio i numeri, grazie ai quali è altresì possibile affermare che sono in calo da quando il fenomeno è regolamentato (Ministero della Salute, 2021). Se una difficoltà sociale non viene accolta perché si annuncia come portatrice di un'esigenza reale ma delegittimata, non è possibile considerarla in tutte le sue componenti per trovare le possibili risposte che ne riducano la drammaticità.

Il Legislatore che non sarà in grado di basare la propria azione tesaurizzando il capitale sociale della fiducia (cfr. Keele, 2007) inevitabilmente ridurrà i gradi di libertà della popolazione che intende governare e, quanto più si caratterizzerà per questo orientamento di fondo, tanto più le sue leggi saranno a rischio di *slippery slope*, come la storia ci ha drammaticamente insegnato con fascismo e nazismo.

3. FORMAZIONE AL DOLORE

Un ulteriore fattore, altrettanto importante, chiamato in causa da quasi tutti i commenti è quello inerente al dolore e, in particolare, ne mette in primo piano la rilevanza Cristina Cacciari (2024), essendo questo uno dei suoi campi di ricerca d'elezione (cfr. Borelli et al., 2018, 2023). Il riferimento immediato di Cacciari è quello relativo al dover fare i conti con una diffusa rimozione dei temi che riguardano

la morte e il morire. A questo nodo si rifà anche Santo di Nuovo (2024), chiamando in causa alcuni tra gli autori di tanatologia più conosciuti. Ma, approfondisce Cacciari, questo fatto non è specifico solo della morte e del morire, in quanto si collega ad una ostracizzazione più ampia, ovvero quella che riguarda qualsiasi esperienza di dolore. Siamo a tal punto giunti a scotomizzare la sofferenza dalla nostra visione quotidiana della vita da non avere neppure più un lessico adeguato per esprimere la nostra condizione di disagio o per supportare con parole adeguate chi abbia bisogno di aiuto.

Tale atteggiamento emetico rispetto a una componente ineludibile dell'esistenza umana comporta che si instauri nella comunicazione in ambito sanitario una sostanziale inautenticità relazionale, di cui non possono essere considerati solo i medici e gli infermieri responsabili, ma l'intera cultura contemporanea occidentale. Ciò non toglie che sia necessario ripristinare siffatta abilità linguistica e comunicativa proprio a partire dai professionisti della salute che per primi sono chiamati a saper indiziare tutte le componenti di quello che Cicely Saunders ha definito in modo magistrale *dolore totale* (Saunders, 2000), ovvero quella condizione che toglie qualsiasi prospettiva al sofferente perché lo attanaglia nel corpo, nella mente, nello spirito fino a demolire anche le relazioni sociali. Ed è infatti su queste ultime che Cacciari si sofferma, mettendo in luce come la mancanza di un lessico del dolore da spendere nella vita quotidiana e nei contesti sanitari produca come esito, per un verso, l'autoisolamento del sofferente e, per l'altro, l'abbandono da parte sia di coloro che compongono la rete delle relazioni personali sia dei caregiver.

Ci vuole quindi una formazione specifica per apprendere come «stare» nel dolore con chi soffre a tal punto da voler morire e, come segnala Di Nuovo (2024), questa competenza deve essere garantita da un sapere attendibile e non da un credo particolare. Ma un linguaggio del genere non si improvvisa, specialmente in un territorio che patisce gli effetti di una sostanziale afasia emozionale e di implicazioni ideologiche. Ci vuole una formazione appropriata, che metta a disposizione esattamente tutte quelle competenze di cui la psicologia è tanto custode quanto dispensatrice.

Procedendo su questo fronte, il contributo di Guido Biasco (2024) rileva altri due aspetti cruciali che devono essere garantiti nella formazione di psicologi palliativisti: offrire loro la possibilità di saper preparare anche altre persone a stare nel dolore e nello spazio dell'imponderabile, ovvero sia i familiari dei morenti sia i colleghi che lavorano in cure palliative. La super-competenza che questa figura professionale può garantire, infatti, è esattamente quella che permette di elaborare al proprio interno tutti i significati necessari che portano a silenziare gli imperativi ideologici dai quali derivano le chiusure

all'accoglienza dell'altro in tutta la sua diversità e inaccessibilità. Per offrire un tale supporto non è sufficiente uno psicologo di base, ma è indispensabile l'intervento di uno psicoterapeuta già formato, che abbia altresì approfondito questi aspetti specifici, il primo dei quali relativo alle risposte inconsce che il terrore della morte suscita. Essere coscienti di come le nostre rappresentazioni della morte influenzano le cognizioni che riteniamo essere il fondamento delle nostre certezze è il prerequisito di ogni possibilità di stare nel dolore e nel terrore dinanzi all'estremo di chi non regge più la propria esistenza qui, con noi, nonostante tutto il nostro impegno e affetto.

Dunque è ormai necessario garantire una «super-specializzazione» allo psicologo palliativista cui Biasco fa riferimento. Questo anche per un ulteriore aspetto, messo in evidenza da Cacace (2024), ovvero quello relativo alla sofferenza psicologica, introdotta in modo disgiuntivo rispetto al dolore fisico dalla sentenza 242/2019. Questo significa che allo psicologo viene richiesto anche di saper ragionare sull'eventualità che un suo paziente richieda la MVMA. Dinanzi a tale istanza ci vuole una competenza davvero speciale per capire fino a che punto siamo legittimati a fermarci, dato che per la nostra professione qualsiasi desiderio suicidario è sintomo di un disagio psichico che dovremmo essere in grado di trattare. In tal senso, una super-formazione è chiamata ad offrire le competenze indispensabili per saper gestire una siffatta istanza. E questo implica il dover fare i conti con eventuali fallimenti che possono occorrere anche dopo aver messo a disposizione, con un adeguato lavoro di rete che garantisca al paziente un supporto psicosociale integrale e integrato, ogni opportunità di rispondere con un sì alla vita alle proprie difficoltà. Si iscrive esattamente in questo territorio di riflessioni il problema relativo al riconoscimento dei livelli di coscienza che entrano in campo rispetto all'autentica capacità di autodeterminarsi delle persone, come sottolineato sia da Biasco (2024) che da Cacace (2024). Come richiesto dal Legislatore, ciò che lo psicologo palliativista deve saper innanzitutto valutare sono i livelli di consapevolezza che l'ammalato ha rispetto alla propria condizione e agli effetti delle proprie scelte. Si iscrivono in questo contesto di riflessione i numerosi fattori che tale rilevazione tiene in considerazione, da quelli relativi all'età fino a quelli derivanti dagli effetti della malattia, nonché quelli iatrogeni delle cure mediche.

4. IL TERRORE TRA SPIRITUALITÀ E RELIGIOSITÀ

Il contributo di Mina Welby (2024) ci ricorda l'evoluzione degli atteggiamenti politici su questo argomento in Europa, ove le cure palliative e il diritto a scegliere come morire stanno cominciando a dia-

logare, dovendo comunque fare i conti con le resistenze della classe medica che, in misura preponderante, si oppone al riconoscimento di questa possibile continuità. Sebbene anche i codici deontologici delle professioni sanitarie prevedano la necessità di garantire ai propri pazienti l'accoglimento integrale della loro volontà, permettendo loro, con una informazione comunicata adeguatamente, di poter scegliere, di fatto la relazione nel concreto pare essere ancora sostanzialmente paternalistica e issata su modalità tradizionali difficili da modificare. L'Italia si inserisce in questo contesto mantenendo la propria intrinseca lacerazione, quella in cui la moltiplicazione dei diritti non viene considerata un'opzione risolutoria perché devono essere rispettati presupposti imprescindibili legati alla sacralità della vita. Il tema della religiosità e delle normazioni che dai dogmi di fede ne derivano non può essere considerato secondario, in questa discussione, anche perché la religione è uno degli spazi in cui si crede di trovare una risposta all'angoscia che dolore e terrore della morte comportano.

In effetti, l'uomo soffre per quel che crede di essere e se crede che dopo la morte non ci sia più niente il terrore diventa estremo (Bianco et al., 2024; Testoni et al., 2018). E il terrore è esattamente ciò che ci allontana dal considerare che cosa il dolore significhi perché quest'ultimo è il segnale, come sottolinea Cacciari (2024), della presenza di ciò che più temiamo. La capacità di stare nella sofferenza si acquisisce proprio cominciando a capire la grammatica sostanziale del terrore. Questo è quanto ci ricorda Alberto Voci (2024), nel suo significativo commento relativo all'importanza della spiritualità e della religiosità, nonché dei rapporti che intercorrono tra queste dimensioni. Il riferimento alla *Terror Management Theory* (Solomon et al., 2017) rimanda alla basilare condizione di paura della morte in cui viviamo anche se non ne siamo interamente consapevoli perché, appunto, cerchiamo di rimuovere tutti i messaggi che ci ricordano la nostra *finitezza*, come è stata definita da Cacciari la condizione di mortalità che caratterizza l'essere al mondo. E il terrore è collegato al dolore che le perdite implicano.

Pensarsi oltre la morte richiama il rapporto con dimensioni trascendenti che siano oltre il *qui ed ora* che crediamo di conoscere, alle quali affidiamo il senso della salvezza. Il contatto con tali dimensioni, nel puntuale modello di Voci (2024), si articola ortogonalmente tra spiritualità e religiosità relativamente agli intrecci possibili tra di loro. Questo significa che esistono vari modi di accedere o non accedere al sacro e che dunque è molto difficile uniformare gli atteggiamenti delle persone sulla base dell'evocazione di tale imponderabile sfera. La psicologia, ribadisce Voci (2024), non ha il compito di stabilire i livelli di realtà di queste rappresentazioni, quanto piuttosto di descriverle e di definirne gli effetti. Uno degli effetti che possiamo aspettarci è che non sia possibile costringere una persona a credere a ciò in cui non

crede – la storia delle persecuzioni e delle inquisizioni ha già dimostrato ampiamente questo limite inoltrepassabile. Da ciò deriva che una autentica competenza psicologica deve innanzitutto saper riconoscere a quale orizzonte di senso salvifico che lenisce l'angoscia il paziente e i suoi cari aderiscono, nonché quale tipo di problemi si possono presentare in un contesto di dissonanze, ovvero di credenze in conflitto tra loro. In effetti, una legge che tenga conto di questo tipo di variabili non può che moltiplicare il diritto di appartenere a diversi orizzonti di fede e convinzioni, e poiché le reazioni dettate dalle proprie certezze agiscono perlopiù in modo inconsapevole, il lavoro dello psicologo non può che essere quello di tutelare le differenze individuali e armonizzare le relazioni affinché i conflitti non peggiorino ulteriormente la condizione di dolore e sofferenza che l'esperienza della morte implica.

5. CONCLUSIONI

Grazie ai commenti offerti da Guido Biasco (2024), Simona Caccace (2024), Cristina Cacciari (2024), Santo di Nuovo (2024), Alberto Voci (2024) e Mina Welby (2024), abbiamo potuto ripercorrere e approfondire alcuni passaggi dell'articolo di Testoni e Lucidi (2024) dedicato alle implicazioni della MVMA in rapporto alle funzioni dello psicologo palliativista e alle sue competenze. Desideriamo concludere questo percorso con la ripresa di quanto Di Nuovo (2024), *past-president* dell'Associazione Italiana di Psicologia (AIP), ha fatto presente, ricordando i risultati che, durante il suo mandato, il Gruppo Tematico di Psicologia palliativa ha guadagnato grazie al suo contributo. Tale gruppo, infatti, è giunto a presentare al nuovo Direttivo dell'AIP appena insediatosi una proposta articolata che vede appunto l'accoglimento di quanto promosso dal Tavolo bilaterale coordinato da Guido Biasco in linea con l'articolo della legge 38/2010 per la formazione *pre-lauream* dei professionisti della salute in Cure Palliative. Per la psicologia, Di Nuovo ha proposto di valorizzare il Tirocinio Pratico Valutativo e di inserire nelle Scuole di Specializzazione in Psicoterapia tali contenuti, per preparare i futuri psicoterapeuti a gestire queste tematiche con competenza. Al momento attuale – è passato un anno – la proposta, che avrebbe dovuto essere presa in esame anche dalla Conferenza della Psicologia Accademica, è ancora in attesa di risposta. Forse questa discussione promossa dal *Giornale Italiano di Psicologia* potrà smuovere lo stallo in cui l'AIP versa rispetto al problema.

In effetti, è davvero ormai non più procrastinabile una discussione disciplinare rispetto a tali questioni, e i tempi sono certamente maturi

per procedere, dato altresì che secondo il punto di vista di Biasco – al quale dobbiamo il coordinamento di tavoli ministeriali fondamentali per la formazione dei professionisti che lavorano in cure palliative – allo psicologo è richiesta anche la capacità di far funzionare in modo positivo l'équipe professionale che accompagna il morente e la sua famiglia, e questo richiede davvero una super-competenza che certamente la psicologia palliativa è in grado di garantire.

BIBLIOGRAFIA

- Banfield, E. (2017). *Political influence*. Routledge.
- Bianco, S., Testoni, I., Palmieri, A., Solomon, S., & Hart, J. (2024). The psychological correlates of decreased death anxiety after a near-death experience: The role of self-esteem, mindfulness, and death representations. *Journal of Humanistic Psychology*, 64(3), 343-366. <https://doi.org/10.1177/0022167819892107>
- Biasco, G. (2024). Psicologia palliativa, suicidio assistito, Cure Palliative. *Giornale Italiano di Psicologia*, 51(4), 815-816.
- Borelli, E., Crepaldi, D., Porro, C. A., & Cacciari, C. (2018). The psycholinguistic and affective structure of words conveying pain. *PLoS ONE*, 13(6), articolo e0199658. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0199658>
- Borelli, E., Benuzzi, F., Ballotta, D., Bandieri, E., Luppi, M., Cacciari, C., Porro, C. A., & Lui, F. (2023). Words hurt: Common and distinct neural substrates underlying nociceptive and semantic pain. *Frontiers in Neuroscience*, 17, articolo 1234286. <https://doi.org/10.3389/fnins.2023.1234286>
- Cacace, S. (2018). La nuova legge in materia di consenso informato e DAT: a proposito di volontà e di cura, di fiducia e di comunicazione. *Rivista Italiana di Medicina Legale e del Diritto in Campo Sanitario*, 3, 935-946.
- Cacace, S. (2020). La libertà e la dignità di morire secondo la Corte costituzionale. *Rivista Italiana di Medicina Legale e del Diritto in Campo Sanitario*, 1, 1-26.
- Cacace, S. (2024). Decisioni alla fine della vita. Sul dolore e sulla dignità del paziente. *Giornale Italiano di Psicologia*, 51(4), 817-820.
- Cacciari, C. (2024). Dare voce al dolore. *Giornale Italiano di Psicologia*, 51(4), 821-826.
- Castelfranchi, C., & Falcone, R. (2010). *Trust theory: A socio-cognitive and computational model*. John Wiley & Sons.
- Di Nuovo, S. (2024). Aiutare a vivere, aiutare a morire. *Giornale Italiano di Psicologia*, 51(4), 827-832.
- Freedman, E. M. (1999). Brown v. Allen: The *Habeas Corpus* revolution that wasn't. *Alabama Law Review*, 51, 1541-1624. <https://ssrn.com/abstract=235278>
- Keele, L. (2007). Social capital and the dynamics of trust in government. *American Journal of Political Science*, 51(2), 241-254. <https://doi.org/10.1111/j.1540-5907.2007.00248.x>
- Ministero della Salute (2021). *Relazione del Ministro della Salute sulla attuazione della legge contenente norme per la tutela sociale della maternità e per l'interruzione volontaria di gravidanza* (legge 194/78). <https://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato1696594173.pdf>

- Ng, J. H., Ward, L. M., Shea, M., Hart, L., Guerino, P., & Scholle, S. H. (2019). Explaining the relationship between minority group status and health disparities: A review of selected concepts. *Health Equity*, 3(1), 47-60. <https://doi.org/10.1089/heaq.2018.0035>
- Saunders, C. (2000). The evolution of palliative care. *Patient Education and Counseling*, 41(1), 7-13. [https://doi.org/10.1016/s0738-3991\(00\)00110-5](https://doi.org/10.1016/s0738-3991(00)00110-5)
- Solomon, S., Testoni, I., & Bianco, S. (2017). Clash of civilizations? Terror Management Theory and the role of the ontological representations of death in contemporary global crisis. *TPM: Testing, Psychometrics, Methodology in Applied Psychology*, 24(3), 379-398.
- Testoni, I., Di Lucia Sposito, D., De Cataldo, L., & Ronconi, L. (2014). Life at all costs? Italian social representations of end-of-life decisions after president Napolitano's speech – Margin notes on withdrawing artificial nutrition and hydration. *Nutritional Therapy & Metabolism*, 32(3), 121-135. <https://doi.org/10.5301/ntm.2014.12488>
- Testoni, I., Lucidi, F. (2024). Il ruolo centrale della psicologia palliativa nei diversi contesti relazionali dell'aiuto a morire. *Giornale Italiano di Psicologia*, 51(4), 795-814.
- Testoni, I., Russotto, S., Zamperini, A., & De Leo, D. (2018). Addiction and religiosity in facing suicide: A qualitative study on meaning of life and death among homeless people. *Mental Illness*, 10(1), 16-24. <https://doi.org/10.4081/mi.2018.7420>
- Testoni, I., Simioni, J. L., & Sposito, D. D. L. (2013). Representation of death and social management of the limit of life: Between resilience and irrationalism. *Nutritional Therapy & Metabolism*, 31(4), 192-198. <https://doi.org/10.5301/ntm.2013.11585>
- Voci, A. (2024). L'importanza della dimensione religiosa e spirituale nel fine vita. *Giornale Italiano di Psicologia*, 51(4), 833-838.
- Warren, M. (2018). Trust and democracy. In E. Uslaner (Ed.), *The Oxford handbook of social and political trust* (pp. 75-94). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780190274801.013.5>
- Welby, M. (2024). Psicologia palliativa e aiuto a morire: La testimonianza dell'Associazione Luca Coscioni. *Giornale Italiano di Psicologia*, 51(4), 839-844.
- Zatti, P. (2012). Per un diritto gentile in medicina. Una proposta di idee in forma normativa. *Bioetica*, 20(3), 447-450.
- Zatti, P. (2017). Cura, salute, vita, morte: diritto dei principi o disciplina legislativa? *BioLaw Journal – Rivista di BioDiritto*, 1, 185-190. <https://doi.org/10.15168/2284-4503-218>

From psychological super-skills to training psychologists to respond to the will to die

Summary. A correct reflection on psychological intervention referred to medically assisted voluntary death (MVMA) and its relationship with palliative care requires addressing some critical points. These include habeas corpus, understood as a constitutive element of everyone's own and inalienable identity from which no norm, authentically based on respect for Universal Human Rights and the Italian Constitution, can derogate, in contrast to the rhetoric of the «slippery slope argument». The role of trust as social capital that individuals can rely on to make choices and act in care relationships is also considered, with particular reference to those in which the lack of a lexicon of grief produces as an outcome in one direction the self-isolation of the sufferer and in the other direction dynamics characterising it in relation to the terror of death. The au-

thors also delve deeper into how spirituality and religiosity intervene in these horizons of reflection. Special prominence is given to the topic of the palliative psychologist's competencies and the pathways that ensure their acquisition.

Keywords: Palliative psychology, help in dying, medically assisted voluntary death, palliative care, dignity.

La corrispondenza va inviata a Ines Testoni, Dipartimento FISPPA, Università degli Studi di Padova, Via Venezia 14, 35125 Padova.

Email: ines.testoni@unipd.it