# Audizione sulla proposta di legge C. 2659

*«Istituzione e disciplina della figura professionale dell'assistente spirituale nell'ambito della rete per le cure palliative»*

XIX Legislatura – Camera dei deputati – presentata il 10 ottobre 2025

Nota tecnica sulle competenze sanitarie, psicologiche e psico-oncologiche nelle reti di cure palliative

Documento di lavoro –Roma, 4 Novembre 2026

## Premessa introduttiva

La proposta di legge relativa all'istituzione della figura professionale dell'assistente spirituale pone all'attenzione del Parlamento, delle istituzioni sanitarie e della società una questione di particolare rilevanza: il riconoscimento della dimensione spirituale ed esistenziale quale componente fondamentale dell'esperienza umana, soprattutto nelle condizioni di malattia grave, di sofferenza e di fine vita.Si tratta di un'esigenza che merita attenzione e che appare pienamente condivisibile nei suoi presupposti. La malattia, soprattutto quando assume carattere irreversibile, non coinvolge esclusivamente la dimensione biologica dell'individuo, ma investe profondamente la sua identità, le relazioni affettive, il sistema di valori, le convinzioni personali e il significato attribuito alla propria esistenza.In questa prospettiva, la proposta di legge ha il merito di richiamare l'attenzione sulla necessità di superare una concezione esclusivamente prestazionale e biomedica dell'assistenza, riconoscendo l'importanza dell'ascolto, dell'accompagnamento e della comprensione dei bisogni complessivi della persona. **Tuttavia, proprio il valore universale e trasversale di questa dimensione pone interrogativi rilevanti sull'opportunità di ricondurla all'istituzione di una nuova e specifica figura professionale.** Il principale limite della proposta sembra infatti risiedere nella scelta di identificare una competenza che dovrebbe attraversare l'intero processo assistenziale con un profilo professionale autonomo, al quale vengono attribuite funzioni che, per loro stessa natura, si intrecciano profondamente con quelle già esercitate dalle professioni presenti nelle reti di cure palliative.

## Criticità

### 3.1 Art. 1 – Una «professione» senza natura giuridica

L'art. 1 istituisce una «figura professionale» e ne fissa i principi fondamentali ai sensi dell'art. 117, terzo comma, Cost., materia «professioni». Il testo però non chiarisce se si tratti di una professione sanitaria (che richiederebbe il percorso previsto dalla L. 3/2018 per l'individuazione di nuovi profili, con il parere del Consiglio superiore di sanità), di una professione sociosanitaria, di una professione ordinistica o di una professione non organizzata ex L. 4/2013. Nessuna di queste qualificazioni è compatibile, al tempo stesso, con l'inserimento a pieno titolo nell'équipe specialistica (art. 5) e con l'assenza di qualunque regime di albo, deontologia e controllo.

### Art. 2 – Definizione e attività: la sovrapposizione con la professione di psicologo

L'assistente spirituale è definito come soggetto in grado di **«valutare e riconoscere»** i bisogni della persona e di **fornire «supporto spirituale ed emotivo»**. Le attività tipiche elencate al comma 4 sono:

- lett. a) il riconoscimento della sofferenza mediante l'identificazione di segnali quali il profondo interrogarsi sul significato della vita, la perdita di connessione con le altre persone e con il mondo, la disperazione;
- lett. b) la fornitura di cura e supporto mediante accompagnamento «spirituale ed emotivo»;
- lett. c) la creazione di un ambiente di ascolto non giudicante e di profonda empatia in cui paziente e famiglia esprimano paure, speranze e domande esistenziali;
- lett. d) l'accompagnamento esistenziale nel percorso di malattia e di fine vita, aiutando la persona a esplorare il significato di ciò che accade e a trovare pace, speranza e riconciliazione.

Ciascuna di queste attività, così formulata, rientra nel nucleo della competenza psicologica e medica:

- **Valutare** la sofferenza e riconoscerne i segnali è un'attività di assessment. La perdita di senso, il ritiro relazionale e la disperazione sono anche i marcatori della sindrome da demoralizzazione, della depressione maggiore, della hopelessness e del desiderio di anticipare la morte: condizioni frequenti nel paziente oncologico e in fase avanzata, che richiedono diagnosi differenziale (anche rispetto a delirium, dolore non controllato, effetti iatrogeni) e valutazione del rischio suicidario.
- Il **supporto emotivo** è, per definizione, «sostegno in ambito psicologico» ai sensi dell'art. 1 L. 56/1989. L'aggettivo «emotivo» trasferisce nella legge un'area riservata a una professione sanitaria.
- L'**ascolto empatico e non giudicante** finalizzato all'espressione di paure e angosce è la base tecnica del colloquio clinico psicologico.

- L'**accompagnamento esistenziale** volto a ritrovare senso, dignità, pace e riconciliazione coincide con interventi psicologici strutturati e validati in psico-oncologia e cure palliative: Dignity Therapy, Meaning-Centered Psychotherapy, CALM (Managing Cancer and Living Meaningfully), interventi sul lutto anticipatorio e sulla comunicazione nella famiglia.
- Il coinvolgimento della **famiglia e del caregiver** e il riferimento alla **rete pediatrica** estendono l'intervento ad ambiti (sostegno ai genitori, ai fratelli, elaborazione del lutto) che richiedono competenze cliniche ed evolutive altamente specialistiche.

La sovrapposizione non è solo un problema di confini corporativi. Espone l'operatore al rischio di esercizio abusivo (art. 348 c.p.), le aziende a contenziosi, e soprattutto il paziente al rischio che un quadro psicopatologico trattabile venga letto e gestito come «sofferenza spirituale», con ritardo nell'accesso alle cure.

## Art. 3 – Requisiti e formazione interamente delegati

- La legge non indica alcun requisito minimo: né titolo di accesso (laurea, laurea magistrale), né durata, crediti, tirocinio clinico supervisionato o verifica finale.
- L'abilitazione deriva dalla sola «frequenza con successo» di percorsi definiti per decreto: un uso improprio del termine, che l'art. 33, quinto comma, Cost. collega all'esame di Stato.
- Le norme transitorie per chi «esercita» già la professione aprono a sanatorie per una figura oggi non regolata, con il rischio di riconoscimenti ope legis di formazioni eterogenee.
- I modelli esteri richiamati dalla relazione (Paesi Bassi, Svizzera, Regno Unito, Stati Uniti) prevedono, di norma, formazione di livello universitario post-laurea, tirocinio clinico strutturato **e un mandato di una confessione o di un'organizzazione umanista**: la proposta ne richiama l'esempio senza recepirne il rigore.

## Art. 4 – Laicità, aconfessionalità e il nodo dell'oggetto

L'art. 4 impone un approccio «laico e aconfessionale» e, se emerge un bisogno religioso, l'invio all'assistente religioso. Ne deriva una contraddizione di fondo: se la domanda è religiosa, esiste già l'assistente religioso; se la domanda riguarda angoscia, perdita di senso, paura della morte e relazioni familiari, essa è materia psicologica. Lo spazio residuo – una spiritualità né religiosa né psicologica – non è definito dalla legge, che pure su di esso fonda una nuova professione.

L'asimmetria è evidente: la proposta disciplina con cura l'invio verso l'assistente religioso, ma **non prevede alcun obbligo di segnalazione o di invio allo psicologo o al medico** dell'équipe quando emergano segnali di sofferenza psicologica, ideazione suicidaria o richiesta di anticipare la morte.

Mancano inoltre:

- un codice deontologico e un soggetto pubblico titolare del potere disciplinare;
- una disciplina dell'accesso alla documentazione clinica e del trattamento di dati sanitari (art. 9 GDPR), oggi limitata a un generico richiamo alla «riservatezza»;

- un regime di responsabilità e di copertura assicurativa: la L. 24/2017 si riferisce agli esercenti le professioni sanitarie, categoria nella quale la figura non rientra.

### Art. 5 – Collocazione nell'équipe e affidamento al Terzo settore

- Il comma 2 fa dell'assistente spirituale un componente dell'équipe specialistica, superando l'assetto dell'Accordo 87/CSR del 2014, in cui l'assistente religioso è figura integrativa. Una figura non sanitaria partecipa così alle decisioni cliniche e alla definizione del Piano assistenziale individuale senza responsabilità corrispondenti.

### Art. 6 – Invarianza finanziaria e Fondo vincolato

La clausola di invarianza (comma 1) è difficilmente compatibile con l'inserimento stabile di una nuova figura nelle équipe. Il comma 2 consente di finanziare i piani regionali con le risorse del Fondo di cui all'art. 12, comma 2, L. 38/2010, cioè con la quota vincolata del Fondo sanitario nazionale destinata alle cure palliative. In un contesto in cui la presenza dello psicologo nelle reti è ancora disomogenea, spesso a orario ridotto o tramite convenzioni, l'effetto concreto sarebbe la **competizione per le stesse risorse** tra una figura sanitaria prevista dai LEA e una figura non sanitaria di nuova istituzione.

## La proposta dell'AUPI

L'AUPI condivide l'obiettivo di rafforzare l'attenzione alla dimensione spirituale, relazionale ed esistenziale della persona malata.

Riteniamo tuttavia che la risposta non debba consistere nell'istituzione di una nuova professione. La nostra proposta è investire nella formazione e nell'empowerment del personale sanitario e sociosanitario che opera nelle équipe, attraverso percorsi specifici finalizzati a sviluppare e diffondere competenze relazionali, empatiche e comunicative, capaci di riconoscere e intercettare i bisogni cognitivi, affettivi ed esistenziali delle persone che affrontano una malattia grave o la fase del fine vita.

A tal fine proponiamo:

- l'introduzione di percorsi formativi specifici e interdisciplinari rivolti alle professioni sanitarie e sociosanitarie;
- il rafforzamento della collaborazione tra psicologi, assistenti religiosi e altre figure dell'équipe;
- il potenziamento della presenza degli psicologi nelle reti di cure palliative.

L'obiettivo deve essere quello di garantire una presa in carico realmente globale della persona, senza sovrapposizioni professionali e senza disperdere risorse già insufficienti.

## Cura sanitaria e intervento spirituale: una distinzione necessaria

Una legge sul tema dovrebbe partire dalla distinzione tra due piani che la proposta sovrappone. La **cura psicologica** è una prestazione sanitaria, rientra nei LEA, ha per oggetto la sofferenza psichica ed è erogata da professionisti abilitati e responsabili. L'**accompagnamento spirituale** è espressione della libertà religiosa e di coscienza: è un'offerta che la persona può accogliere o rifiutare, non ha finalità diagnostiche o terapeutiche e non può essere misurato con gli strumenti della clinica. Confondere i due piani danneggia entrambi: medicalizza la spiritualità e «spiritualizza» la psicopatologia.

## Conclusioni

La domanda di senso che accompagna la malattia, la sofferenza e il fine vita rappresenta una dimensione essenziale dell'esperienza umana, che merita ascolto, rispetto e adeguate capacità di accompagnamento. Proprio per la sua rilevanza, tale dimensione non dovrebbe essere ricondotta alla competenza esclusiva di una nuova figura professionale, ma costituire parte integrante della cultura dell'assistenza. La priorità dovrebbe essere, pertanto, **disseminare queste competenze, anziché accorparle in una singola professione**, prevedendo percorsi formativi specifici e interdisciplinari rivolti a tutte le professioni sanitarie e sociosanitarie, affinché ciascun operatore possa riconoscere e accogliere i bisogni spirituali ed esistenziali della persona, nel rispetto delle proprie competenze e responsabilità.

In questo quadro, è fondamentale mantenere una chiara distinzione tra il sostegno psicologico, che costituisce una prestazione sanitaria riservata a professionisti abilitati, e l'accompagnamento spirituale, che trova fondamento nella libertà di coscienza e nelle convinzioni individuali e deve essere garantito nel rispetto dell'autodeterminazione della persona. Al contempo, occorre rafforzare la presenza effettiva degli psicologi nelle reti di cure palliative, valorizzando le forme di collaborazione con le figure che già operano nell'accompagnamento spirituale. **L'obiettivo non dovrebbe essere quello di moltiplicare le professioni, rischiando di frammentare ulteriormente l'assistenza, ma di rafforzare e integrare le competenze già presenti nel sistema di cura.** Una concezione autenticamente umana e integrata dell'assistenza non si realizza attraverso la separazione delle diverse dimensioni della persona, bensì attraverso la capacità dei professionisti di riconoscerle e affrontarle nella loro complessità. È in questa direzione che dovrebbe orientarsi l'intervento del legislatore, promuovendo una formazione diffusa e una cultura condivisa della cura, senza introdurre nuove e potenziali sovrapposizioni professionali.