
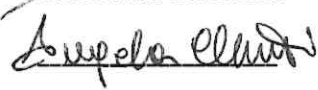
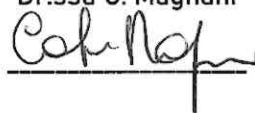
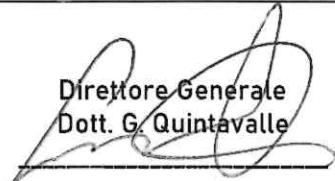
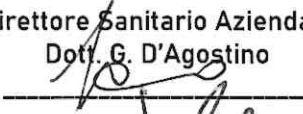
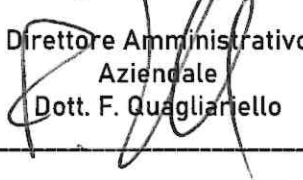
 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL ROMA 1	REGIONE LAZIO ASL ROMA 1 AREA GOVERNO DELLA RETE RETE LOCALE CURE PALLIATIVE COORDINATORE: DR.SSA C. MAGNANI		 REGIONE LAZIO	
	PROCEDURA OPERATIVA STANDARD: RICONOSCIMENTO E GESTIONE DEL LUTTO NELL'AMBITO DELLA RLCP		REV. 0 DEL 28/04/2025	PAG. 1 DI 12
			RLCP POS 10	

REV.	DATA	REDATTO	APPROVATO	VERIFICATO
Rev. 0	28/04/2025	GdL	Direttore Area Governo della Rete Dr.ssa Rita Lucchetti  Coordinatore Rete Locale Cure Palliative Dr.ssa C. Magnani 	Direttore Generale Dott. G. Quintavalle  Direttore Sanitario Aziendale Dott. G. D'Agostino  Direttore Amministrativo Aziendale Dott. F. Quagliarello 

Gruppo di Lavoro

Dott.ssa Cristina Borghesi, Infermiera Referente Unità Cure Palliative Aziendali

Dott. Fabrizio Caporali, Dirigente Psicologo, UOSD Psicologia Ospedaliera

Dott. Laura Cianci, Dirigente Psicologa, UOSD Psicologia Ospedaliera

Dott.ssa Caterina Magnani, Coordinatore Rete Locale Cure Palliative

Dott.ssa Michela Broccolo, Dirigente Medico UOC ARO

Dott.ssa Patrizia Latorre, Oncologo Unità Cure Palliative Aziendali

Dott.ssa Sara Cicchetti, Dirigente Medico, Unità Cure Palliative Aziendali

Dott.ssa Michela Marzella, Infermiera Unità Cure Palliative Aziendali

Dott.ssa Giorgia Grisolia, Assistente Sociale Unità Cure Palliative Aziendali

Dott.ssa S. Greghini, F.O. Risk Management UOC Risk Management

INDICE

1. PREMESSA	3
2. SCOPO	3
3. CAMPO DI APPLICAZIONE.....	3
4. DEFINIZIONI E ABBREVIAZIONI	4
5. MODALITA' OPERATIVE.....	4
5.1 LUTTO FISIOLÓGICO.....	5
5.2 FATTORI DI RISCHIO.....	5
5.3 LUTTO ANTICIPATORIO	7
5.4 LUTTO COMPLICATO.....	8
5.5 DISTURBO DA LUTTO PERSISTENTE COMPLICATO.....	8
5.6 SCALE DI VALUTAZIONE DEL LUTTO COMPLICATO	9
5.7 PSICOTERAPIA DEL LUTTO.....	9
5.7.1 INTERVENTI PREVENTIVI	10
6. DOCUMENTI DI RIFERIMENTO	10

1. PREMESSA

Il lutto è un fenomeno fisiologico e soprattutto umano. La perdita di una persona cara comporta un continuo processo di negoziazione, assimilazione, accomodamento e costruzione di nuovi significati che modificano la struttura del sistema di orientamento di un individuo, facendo sì che venga dato un valore più alto alla vita (CNOP, 2024, pg. 204).

L'elaborazione del lutto, ossia il processo cognitivo ed emotivo che conduce a una consapevole accettazione della perdita subita, richiede tempi adeguati, rituali e manifestazioni esterne, processi psicologici. Il superamento di una perdita è legato a una serie di fasi da affrontare che possono includere: l'accettazione, l'espressione dei sentimenti, l'adattamento alla nuova condizione, il coinvolgimento in altre relazioni o progetti.

Il lutto è anche un processo intrinsecamente relazionale. Il dolore non riguarda soltanto la perdita in sé ma si radica nella relazione che si è spezzata. L'approccio al lutto non può, quindi, prescindere dalla qualità del legame con il defunto e dalla narrazione individuale e familiare costruita intorno alla perdita.

Le cure palliative sono l'insieme degli interventi terapeutici, diagnostici e assistenziali, rivolti sia alla persona malata sia al suo nucleo familiare, finalizzati alla cura attiva e totale dei pazienti la cui malattia di base, caratterizzata da un'inarrestabile evoluzione e da una prognosi infausta, non risponde più a trattamenti specifici (Legge 38/2010).

Lo psicologo dell'equipe multiprofessionale di Cure Palliative mette in atto interventi preventivi per l'individuazione dei segnali predittivi di lutti complicati, si occupa di fornire interventi di supporto nella fase di lutto anticipatorio, rivolgendosi al paziente, alla famiglia e/o al caregiver, e offre il supporto psicologico nella fase di lutto vero e proprio.

2. SCOPO

Questa procedura operativa ha l'obiettivo di fornire gli strumenti per omogeneizzare le modalità di riconoscimento e di gestione del lutto all'interno della rete locale delle cure palliative della ASL Roma 1.

3. CAMPO DI APPLICAZIONE

Questa procedura è rivolta a tutti gli operatori sanitari – medici, infermieri, psicologi, assistenti sociali, operatori socio-sanitari e altro personale del team multiprofessionale della rete locale delle cure palliative della ASL Roma 1, nelle specifiche aree di competenza – che operano in:

- Ospedale: Unità di cure palliative ospedaliere.
- Ambulatorio: Servizi ambulatoriali di cure palliative.
- Hospice: Strutture residenziali per cure palliative.
- Domicilio: Servizi di cure palliative domiciliari.

PROCEDURA OPERATIVA STANDARD: RICONOSCIMENTO E GESTIONE DEL LUTTO NELL'AMBITO DELLA RLCP	RLCP POS 10	Rev. 0 del 16/04/2025	pag. 3 di 12
--	-------------	--------------------------	--------------

4. DEFINIZIONI E ABBREVIAZIONI

Cordoglio: processo psicologico di rimarginazione della ferita emotiva che viene attivato dalla perdita e che ha lo scopo di raggiungere una piena accettazione della realtà dell'evento e delle sue implicazioni, di metabolizzarla e di far sì che la vita vada avanti, anche senza il proprio caro.

Lutto: include il dolore emotivo e i correlati emozionali, cognitivi, funzionali e comportamentali che evolvono nel tempo a seguito della perdita di una persona cara. Può manifestarsi con vari sintomi psicologici, fisici e comportamentali.

Lutto Anticipatorio: periodo di sofferenza e adattamento che inizia prima del decesso di una persona, quando la morte è prevista in un futuro prossimo a causa di malattia in fase terminale.

Lutto Normale o fisiologico: fase di elaborazione della perdita che, pur essendo dolorosa, si sviluppa in modo naturale nel tempo e porta a un recupero psicologico.

Lutto Complicato: lutto che non evolve in modo fisiologico, causando dolore prolungato, difficoltà di adattamento o disfunzioni psicologiche significative (es. depressione grave, ansia persistente, trauma).

Supporto Psicologico: interventi psicoterapeutici o di consulenza psicologica destinati ad aiutare i familiari e le persone coinvolte nel lutto ad affrontare il dolore e l'adattamento alla perdita.

5. MODALITA' OPERATIVE

Per la famiglia, la fase terminale della malattia del proprio caro e il periodo del lutto sono caratterizzati da un forte carico emotivo, causato dai cambiamenti nel funzionamento familiare e dai problemi che devono affrontare. Lo stato di vulnerabilità dovuto al peggioramento delle condizioni del paziente, alla perdita di progetti e all'incertezza del futuro può esporre la famiglia a sviluppare disturbi psicologici durante le cure e dopo la morte del paziente. E' necessario pertanto intervenire preventivamente per ridurre rischi e complicazioni nei momenti più critici.

Nell'assistenza al fine vita, è fondamentale che gli operatori sanitari coinvolti possiedano competenze di comunicazione empatica e capacità di ascolto autentico e rispettoso dei segnali di sofferenza fisica, emotiva e spirituale espressi dai pazienti e dai loro familiari.

Nei contesti a stretto contatto con vissuti di lutto, la collaborazione tra le diverse figure professionali richiede un elevato livello di integrazione, che sia funzionale, chiara e rispettosa dei rispettivi ambiti di competenza. Affinchè l'intervento di supporto al lutto sia efficace, è importante che anche il professionista possa trovare supporto nei colleghi con cui collabora e che abbia già elaborato un proprio personale senso della sofferenza e della finitudine della vita. Questo processo consente al professionista di essere presente in modo autentico e stabile accanto alla persona nel proprio percorso di senso della mortalità.

5.1 LUTTO FISIOLOGICO

La morte di una persona cara rappresenta uno degli eventi vitali più stressanti per un individuo ed è spesso descritto come la più dolorosa delle esperienze nell'arco della vita. Non esiste una definizione unica di lutto "normale" poichè ogni persona vive il dolore in modo diverso. In una fase iniziale, etichettare il vissuto di chi soffre può addirittura essere dannoso. La reazione di un individuo al lutto dipende dall'intreccio di variabili che si influenzano reciprocamente. Fanno infatti da cornice all'esperienza del lutto aspetti sociologici, filosofici, antropologici, spirituali in senso lato, teologici ed esistenziali.

In letteratura alcuni modelli teorici descrivono l'elaborazione del lutto utilizzando una suddivisione in quattro fasi generali: rifiuto/negazione, rabbia, patteggiamento, depressione/accettazione. Esse non rappresentano una regola, non seguono un ordine rigido. Al contrario, possono manifestarsi simultaneamente, sovrapporsi o svilupparsi con una sequenza temporale diversa. È importante cioè non considerarle come rigidamente sequenziali o universali, ma da una prospettiva integrata e flessibile riconoscendo la variabilità delle esperienze individuali.

Conseguentemente è utile sottolineare che nel lutto fisiologico vi è un' alternanza naturale tra momenti di intensa sofferenza e apparente normalità. Questi momenti di "respiro psichico", se ben compresi e sostenuti, possono rappresentare una risorsa utile alla rielaborazione e non devono essere interpretati come negazione o rimozione della perdita in termini patologici.

Quando il lutto progredisce, chi ha subito la perdita integra gradualmente l'evento della morte all'interno della propria narrativa personale, ripristinando la sicurezza di attaccamento con la persona scomparsa e riguardando la natura del legame, costruendo un dialogo interno con essa, della quale continua ad avere una rappresentazione mentale. Quando il lutto è risolto, la persona riesce a collocare nel tempo gli eventi dolorosi senza che influenzino il funzionamento mentale ed il comportamento presente ed è capace di trasformare i sentimenti negativi dell'esperienza in sentimenti più complessi.

Un aspetto di fondamentale importanza è rappresentato dal tempo, poichè la maggior parte degli individui è in grado, con il tempo, di adattarsi al lutto. Tuttavia, esiste una minoranza che in seguito ad un lutto può presentare gravi e prolungati stati di sofferenza con conseguenti complicazioni psicologiche. L'identificazione del gruppo a rischio costituisce un fattore di notevole importanza, in quanto, quando il dolore diventa persistente e limita la vita quotidiana, può rendersi necessario un intervento terapeutico specialistico mirato.

5.2 FATTORI DI RISCHIO

Le variabili che possono influenzare l'esito di un lutto sono differenziate in:

PROCEDURA OPERATIVA STANDARD: RICONOSCIMENTO E GESTIONE DEL LUTTO NELL'AMBITO DELLA RLCP	RLCP POS 10	Rev. 0 del 16/04/2025	pag. 5 di 12
--	-------------	--------------------------	--------------

1. Fattori di rischio legati alle situazioni che hanno causato la perdita (es. il tipo di morte).

Le morti che più frequentemente contribuiscono al lutto complicato comprendono:

- morti improvvise, inattese (soprattutto quando sono traumatiche, violente, mutilanti o del tutto casuali). Generalmente le morti associate ad incidenti, omicidi, suicidi, catastrofi naturali, attentati si traducono una più alta probabilità di lutto complicato;
- morti successive ad una malattia particolarmente lunga;
- morti percepite come evitabili. La percezione che la morte sia stata provocata da trascuratezza, negligenza o addirittura premeditazione può generare collera, sentimenti di vittimismo o di ingiustizia, rimprovero, ruminazioni ideative bisogno di attribuire responsabilità e di assegnare punizioni. Conseguenze che complicano il cordoglio e interferiscono con le capacità di adattamento.

2. Fattori di rischio personali che includono:

- tratti di personalità, meccanismi di difesa, stili di attaccamento del caregiver e qualità della relazione con il morente o con la persona deceduta. La teoria dell'attaccamento suggerisce che la risposta dell'individuo al lutto possa dipendere dalle passate esperienze infantili e quindi dal pattern personale di attaccamento. Pertanto gli individui caratterizzati da un attaccamento sicuro sembrano elaborare il lutto e adattarsi alla perdita con minori difficoltà rispetto agli individui caratterizzati da un attaccamento insicuro che, al contrario mostrano maggiori difficoltà nell'elaborazione dell'esperienza della perdita.

Gli individui con un pattern di attaccamento ansioso-ambivalente mostrano un'emotività espressa più accentuata e presentano, più frequentemente, un lutto cronico, caratterizzato da un'estensione del periodo di cordoglio che, nei casi più estremi, può durare anche indefinitamente.

Infine, è possibile ipotizzare che lo stile di attaccamento insicuro – ansioso evitante – possa essere correlato al lutto ritardato (in cui le normali reazioni al lutto compaiono con ritardo rispetto all'evento) essendo l'espressione del cordoglio a lungo inibita.

- Religiosità. Le credenze religiose possono essere considerate tra le variabili individuali maggiormente in grado di modulare l'elaborazione e l'adattamento al lutto. La fede religiosa può aiutare gli individui ad accettare meglio la perdita di una persona cara sia offrendo una prospettiva, un sistema di credenze che permette agli individui di gestire meglio, dal punto di vista emotivo, gli eventi di vita in generale e la morte in particolare, sia favorendo il senso di appartenenza ad una rete sociale o ad una comunità.
- Genere (maggiore vulnerabilità delle donne).
- Età (maggiore vulnerabilità delle persone più giovani).

3. Fattori di rischio interpersonali che contemplano:

- la mancanza di sostegno sociale;
- il grado di parentela con la persona morta.

5.3 LUTTO ANTICIPATORIO

Il lutto anticipatorio è l'esperienza della sintomatologia del lutto prima della perdita (Patinadan et al., 2022). Può riguardare sia il paziente, nella fase di fine vita, che la sua famiglia o il caregiver familiare.

L'imminenza della morte della persona cara, l'aspettativa del lutto e dei cambiamenti conseguenti costituiscono i fattori scatenanti del lutto anticipatorio che rappresenta quella condizione esistenziale caratterizzata da un periodo, di durata variabile, durante il quale il paziente e la famiglia affrontano una serie di perdite (delle capacità funzionali, dell'integrità fisica, del ruolo familiare e sociale) che precedono l'exitus. Si esplica in quelle fasi del cordoglio che aiutano a prendere coscienza di quanto sta accadendo, preparano e facilitano il distacco emotivo e l'allentamento del legame, pur mantenendo gli elementi positivi del rapporto.

Il lutto anticipatorio è caratterizzato da ambivalenza emotiva, con manifestazioni di ottimismo e di relativa serenità alternati a momenti di ansia e di paura per il futuro, a sentimenti ambivalenti (amore e affetto, ma anche rabbia, frustrazione e colpa) verso la persona che si sta perdendo o verso la situazione in generale.

Il lutto anticipatorio si manifesta anche nella persona malata, che sperimenta il cordoglio di sé per la consapevolezza di doversi separare dai propri cari, e l'angoscia derivante dalla paura del futuro, dalla perdita della progettualità, dell'integrità e funzionalità fisica, del ruolo familiare e sociale, della speranza ovvero della propria passata identità.

Chi affronta il lutto anticipatorio può sperimentare una serie di sintomi a livello emotivo, cognitivo e comportamentale (depressione, angoscia, rabbia, paura, tristezza profonda, confusione, pensieri ricorrenti, difficoltà a concentrarsi, isolamento, insonnia, difficoltà nel portare avanti le normali attività quotidiane).

Il lutto anticipatorio può avere implicazioni significative sulla salute emotiva, psicologica e sociale di chi lo vive, sia durante il processo di lutto anticipatorio che dopo che la perdita si è effettivamente verificata. In particolare può provocare:

- Stress emotivo prolungato
- Difficoltà relazionali
- Complicazioni nel lutto successivo aumentando il rischio di lutto complicato.
- Impatto sul caregiving (burnout del caregiver).
- Effetti sulla salute mentale (depressione, ansia o disturbo da stress post-traumatico).

PROCEDURA OPERATIVA STANDARD: RICONOSCIMENTO E GESTIONE DEL LUTTO NELL'AMBITO DELLA RLCP	RLCP POS 10	Rev. 0 del 16/04/2025	pag. 7 di 12
--	-------------	--------------------------	--------------

Il lutto anticipatorio, se accompagnato in modo adeguato, offre l'opportunità di prepararsi al distacco. Non si tratta solo di "abituarsi" all'idea della morte, ma di dare un senso al tempo rimanente, favorendo momenti di verità, perdono, gratitudine ed autenticità.

5.4 LUTTO COMPLICATO

Il lutto complicato è caratterizzato dal persistere, oltre l'arco temporale di circa 12 mesi dalla perdita, delle manifestazioni acute del lutto, ed è caratterizzato da sentimenti di nostalgia intensi e ricorrenti, desiderio di ricongiungimento con la persona cara fino, in alcuni casi, al desiderio di seguirne il destino. La persona bloccata in un lutto complicato focalizza con inconcludenti e interminabili ruminazioni, diurne e spesso notturne, aspetti, anche marginali, relativi alle possibili cause, circostanze e conseguenze del decesso e a quanto si poteva fare per evitarlo. Permangono sentimenti di incredulità o incapacità di accettare la morte, labilità emotiva e profonda tristezza e, a seconda delle diverse situazioni, senso di amarezza, colpa, invidia, rabbia, raramente interrotti da sentimenti a valenza positiva i quali, quando presenti, attivano altri sensi di colpa innescando una sorta di circolo vizioso.

Un ulteriore elemento distintivo del lutto complicato è l'interruzione del senso di continuità del Sè (non so più chi sono/la mia vita si è fermata lì). Sono spesso presenti sentimenti di distacco dal mondo o dalle altre persone, indifferenza o difficoltà nel riporre fiducia negli altri.

Talora la persona lamenta sintomi analoghi a quelli riportati dal defunto prima di morire, o può sviluppare fenomeni allucinatori temporanei che possono coinvolgere tutte le sfere sensoriali: vede o sente la presenza del defunto, ne percepisce il contatto e il profumo. In alcuni casi, il coping verso il lutto porta ad eliminare tutti gli stimoli collegati al defunto (si evitano luoghi, persone e ci si libera degli oggetti che possono ricordarlo).

Di norma nel lutto complicato sono presenti: disturbi del sonno, iporessia, xerostomia, astenia o facile faticabilità, uso di alcol e tabacco, e una polarizzazione su idee di morte. Inoltre il lutto complicato interferisce negativamente sul decorso di altri disturbi fisici e psichici con cui può trovarsi in comorbidità.

La valutazione del rischio di lutto prolungato prima della perdita sembra essere utile per prevedere la diagnosi di Disturbo da lutto persistente e complicato un anno dopo la perdita (Lai et al., 2017).

5.5 DISTURBO DA LUTTO PERSISTENTE COMPLICATO

Il disturbo da lutto prolungato, presente nell'ICD-11 e corrispondente al "disturbo da lutto persistente complicato" inserito nella sezione III del DSM-5, è caratterizzato da una risposta pervasiva al lutto.

PROCEDURA OPERATIVA STANDARD: RICONOSCIMENTO E GESTIONE DEL LUTTO NELL'AMBITO DELLA RLCP	RLCP POS 10	Rev. 0 del 16/04/2025	pag. 8 di 12
--	-------------	--------------------------	--------------

Il DSM riporta tassi di prevalenza del disturbo da lutto persistente complicato del 2,4-4,8%, con un'incidenza maggiore nelle donne e la possibilità di verificarsi ad ogni età a partire dal primo anno di vita.

Il disturbo è determinato da una reazione alla perdita di una persona cara caratterizzata da intensa nostalgia e preoccupazioni persistenti in relazione a pensieri o ricordi riguardanti il defunto.

I sintomi specifici comprendono: senso di incredulità e marcata difficoltà ad accettare la perdita, evitamento attivo dei ricordi, intenso dolore emotivo, difficoltà a reinserirsi nelle proprie relazioni e attività abituali, insensibilità emotiva, percezione di una vita priva di significato e di intensa solitudine, desiderio di morire per essere vicini al proprio caro, sensazione di non farcela senza la persona deceduta, confusione o riduzione del proprio senso di identità, difficoltà o riluttanza nel perseguire i propri interessi, ridotta progettualità.

Il disturbo differisce da una normale risposta al lutto sia per la gravità delle reazioni che lo caratterizzano, che risultano sproporzionate rispetto alle norme sociali, culturali e religiose di riferimento, tanto da risultare debilitanti, sia per la durata (almeno 6 mesi, secondo i criteri dell'ICD-11).

5.6 SCALE DI VALUTAZIONE DEL LUTTO COMPLICATO

La valutazione dei sintomi del lutto nell'adulto è possibile attraverso scale cliniche, tra cui le principali sono: Grief Cognitions Questionnaire (GCQ), Bereavement Risk Questionnaire, Two-Track Model of Bereavement Questionnaire (TTBQ), UCLA/BYU Grief Screening Inventory.

Ad oggi, lo strumento utilizzato a livello internazionale per porre la diagnosi di Lutto Complicato è l'Inventory of Complicated Grief (ICG – tabella 1), una scala clinica che indaga le diverse dimensioni sintomatologiche di un individuo con un lutto complicato. Consiste in un questionario di 19 item valutati secondo una scala da 0 (assente) a 4 (massima gravità), recentemente tradotta anche in italiano. La soglia diagnostica è costituita da un punteggio totale ≥ 30 ; tuttavia il cutoff clinico raccomandato può includere punteggi ≥ 25 associati alla presenza di sintomi significativi.

5.7 PSICOTERAPIA DEL LUTTO

Per la maggioranza delle persone che affronta un lutto, il cordoglio, sebbene doloroso e disturbante da un punto di vista emozionale, è un processo normale che riflette sia la forza ed il valore degli attaccamenti umani sia la capacità di adattarsi alle perdite e alle avversità. Non sembra quindi esserci la necessità di interventi psicoterapeutici e/o farmacologici di routine per le persone in lutto. Il lutto non è infatti una patologia.

La risposta più utile, almeno inizialmente, che si può offrire a coloro che vivono un lutto è spesso una manifestazione autentica di attenzione, empatia e conforto.

PROCEDURA OPERATIVA STANDARD: RICONOSCIMENTO E GESTIONE DEL LUTTO NELL'AMBITO DELLA RLCP	RLCP POS 10	Rev. 0 del 16/04/2025	pag. 9 di 12
--	-------------	--------------------------	--------------

La disponibilità di una figura su cui contare, un compagno vicino può essere la condizione necessaria e sufficiente per risolvere il lutto: “un compagno che neghi e verifichi le informazioni, che aiuti a capire che cosa e come è successo, quali implicazioni ha, come affrontare il futuro, quali piani di azione mettere in atto. Il compagno utile darà una grande assistenza...per la sua presenza l'ansia si riduce, il morale riprende...” (Bowlby 1980).

Una volta identificati gli individui che possono essere più vulnerabili agli effetti del cordoglio sulla propria salute psico-fisica, è auspicabile adottare strategie ed interventi preventivi.

Nello specifico i possibili interventi professionali nel campo del lutto possono essere preventivi, terapeutici o di mantenimento.

Risulta utile specificare che nei casi in cui si riscontra una sintomatologia compatibile con i quadri clinici di lutto complicato e persistente complicato, resta fondamentale suggerire percorsi specialistici psicoterapeutici.

5.7.1 INTERVENTI PREVENTIVI

Gli approcci preventivi hanno la finalità di ridurre i fattori di rischio e di potenziare i fattori protettivi per ridurre gli esiti avversi. Possono essere:

- Universali – estesi a tutta la popolazione –.
- Selettivi – diretti a gruppi identificati come ad alto rischio (es. i sopravvissuti a morti inattese e/o violente) –.
- Elettivi – riservati alle persone che presentano livelli costanti ed elevati di sintomi correlate al lutto –.

Gli interventi sull'intera popolazione comprendono la psicoeducazione ed il sostegno per il cordoglio normale.

Gli interventi selettivi sono diretti verso gli individui che in base allo screening o alla valutazione clinica, sono identificati come maggiormente vulnerabili agli effetti del cordoglio sulla salute psico-fisica e includono gli interventi sulla crisi, il counselling, i gruppi di aiuto-aiuto.

Il terapeuta, considerando le caratteristiche e i problemi inerenti le specifiche situazioni, attua gli interventi più idonei.

6. DOCUMENTI DI RIFERIMENTO

Carmassi C, Amatori G, Cappelli A, Brosio E, Chauvel H, Dell'Osso L, Bui E. Lutto: dalla reazione fisiologica al disturbo da lutto prolungato. Riv Psichiatr 2023;58(4):154-159.

Carmassi C, Conversano C, Pinori M, Bertelloni CA, Dalle Luche R, Gesi C, Dell'Osso L. Il lutto complicato nell'era del DSM-5. Riv Psichiatr 2016;51(6):231-237.

PROCEDURA OPERATIVA STANDARD: RICONOSCIMENTO E GESTIONE DEL LUTTO NELL'AMBITO DELLA RLCP	RLCP POS 10	Rev. 0 del 16/04/2025	pag. 10 di 12
--	-------------	--------------------------	---------------

Chiodino S, Seminara M, Rossero E. Le attribuzioni di senso nell'esperienza del caregiving e del lutto. La cura delle relazioni dentro la cornice delle biografie familiari. Riv It Cure Palliative 2023;25(4):225-232.

Dehpour T, Koffman J. Assessment of anticipatory grief in informal caregivers of dependants with dementia: a systematic review. Aging Ment Health. 2023 Jan;27(1):110-123.

Giraldi E, Lombardo L, Penco I, Lai C. La terapia del lutto complicato: basi teoriche, struttura ed evidenze empiriche a supporto dell'efficacia dell'intervento. La rivista italiana di cure palliative 2024;26(4):217-223.

Iglewicz A, Shear MK, Reynolds CF 3rd, Simon N, Lebowitz B, Zisook S. Complicated grief therapy for clinicians: An evidence-based protocol for mental health practice. Depress Anxiety. 2020 Jan;37(1):90-98.

Onofri A, La Rosa C. Il Lutto. Psicoterapia cognitivo evolutivista e EMDR. Giovanni Fioriti Editore 2023.

Piconi M, Lombardo L, De Cesare G. Il lutto anticipatorio nei sogni. Psichiatria e Psicoterapia. (2010);29(1):29-40.

Szuhany KL, Malgaroli M, Miron CD, Simon NM. Prolonged Grief Disorder: Course, Diagnosis, Assessment, and Treatment. Focus (Am Psychiatr Publ). 2021 Jun;19(2):161-172.

De Luca M.L., Psicoterapia per il lutto. La grief and Growth therapy: un approccio integrato in una cornice di Analisi Transazionale, Edizioni San Paolo, 2023.

Psicologia, cure palliative, cure palliative pediatriche e terapia del dolore. CNOP, 2024.

Martino, M. L., Lemmo, D., Testoni, I., Iacona, E., Pizzolato, L., Freda, M. F., & Neimeyer, R. A. (2022). Anticipatory mourning and narrative meaning-making in the younger breast cancer experience: An application of the meaning of loss codebook. Behavioral Sciences, 12(4), 93.

Bouchal, S. R., Rallison, L., Moules, N. J., & Sinclair, S. (2015). Holding on and letting go: Families' experiences of anticipatory mourning in terminal cancer. OMEGA- journal of death and dying, 72(1), 42-68.

Cancer pain relief and palliative care. Report of a WHO Expert Committee WHO Technical Report Series, No.804, Geneva, 1990

Patinadan, P. V., Tan-Ho, G., Choo, P. Y., & Ho, A. H. Y. (2022). Resolving anticipatory grief and enhancing dignity at the end-of life: A systematic review of palliative interventions. Death studies, 46(2), 337-350.

American Psychiatric Association. (2022). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th edition, text revision).

World Health Organization. (2019). International statistical classification of diseases and related health problems (11th ed.).

PROCEDURA OPERATIVA STANDARD: RICONOSCIMENTO E GESTIONE DEL LUTTO NELL'AMBITO DELLA RLCP	RLCP POS 10	Rev. 0 del 16/04/2025	pag. 11 di 12
--	-------------	--------------------------	---------------

Tabella 1. Inventory Complicated Grief-versione italiana

Tabella 1. Inventory Complicated Grief (ICG) versione italiana.	
1.	Penso a questa persona così tanto che è difficile per me fare le cose che normalmente faccio...
2.	I ricordi della persona deceduta mi turbano...
3.	Sento di non poter accettare la morte di quella persona...
4.	Ho molta nostalgia della persona morta...
5.	Mi sento attratto dai luoghi e dalle cose associate alla persona morta...
6.	Non posso evitare di essere arrabbiato per la sua morte...
7.	Non riesco a credere a quanto è accaduto...
8.	Mi sento intontito o stordito su quanto è accaduto...
9.	Da quando lui/lei è morto/a è difficile per me fidarmi delle persone...
10.	Da quando lui/lei è morto/a sento di aver perso la capacità di prendermi cura degli altri o mi sento distante dalle persone a me care...
11.	Avverto un dolore nella stessa zona del corpo o manifesto alcuni dei sintomi della persona morta...
12.	Faccio di tutto per scacciare i ricordi della persona morta...
13.	Sento che la vita è vuota senza la persona che è morta...
14.	Sento la voce della persona morta parlarmi...
15.	Vedo la persona morta in piedi davanti a me...
16.	Provo che sia ingiusto che io viva quando questa persona è morta...
17.	Provo amarezza nei confronti della morte questa persona...
18.	Provo invidia nei confronti di coloro che non hanno perso qualcuno vicino...
19.	Mi sento solo la maggior parte del tempo da quando lui/lei è morto/a...