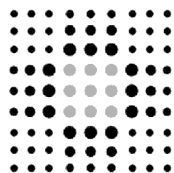


A2008
P
R
I
L
E



**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA**

Azienda Unità Sanitaria Locale di Rimini

PROGRAMMA DI PSICOLOGIA
Percorso per l'assistenza psicologica
nella disabilità fisica e/o sensoriale
in età adulta

Quaderni ASRI



109

a cura della Dott.ssa Maria Maffia Russo

Indice

Presentazione	pag. 3
<i>Il Protocollo Localmente Concordato per la Diagnosi e il trattamento Psicologico nei casi di disabilità fisica e/o sensoriale in età adulta in ambito territoriale</i>	<i>pag. 6</i>
Specificità della sclerosi multipla: <i>Il Protocollo Localmente Concordato per la Diagnosi e il trattamento Psicologici nei casi di sclerosi multipla nell'ambito della Neurologia Ospedaliera</i>	<i>pag. 14</i>
Il protocollo integrato: <i>Il Protocollo di raccordo tra la Neurologia ospedaliera e la Psicologia territoriale per l'assistenza psicologica nei casi di disabilità fisica e/o sensoriale in età adulta</i>	<i>pag. 29</i>

Hanno collaborato:

- Dr.ssa Sara Benedetti,
- Dr.ssa Katia Bigini,
- Dr.ssa Simona Li Calzi,
- Dr.ssa Monica Orlandi,
- Dr. Alessandro Ravasio.

Presentazione

È con particolare piacere che accompagno con queste righe la presentazione a tre voci *del Percorso per l'assistenza psicologica nella disabilità fisica e/o sensoriale in età adulta*: quella del Programma di Psicologia, quella del Dr. Alessandro Ravasio, primario del reparto di neurologia dell'ospedale Infermi e quella della signora Laura Ciavatta, Presidente Sezione Provinciale di Rimini A.I.S.M. – Associazione Italiana Sclerosi Multipla. Le tre voci rendono esplicito il lavoro di collaborazione tra la psicologia, la neurologia e un'associazione, fortemente rappresentativa sul territorio, nel campo della disabilità quale l'AIMS.

Mi pare che con questo opuscolo siamo riusciti a rendere operativo quell'auspicio spesso agognato da operatori e utenti di costruire una rete dialogante fra i vari protagonisti che a diverso titolo si occupano della persona disabile.

Con il lavoro di seguito presentato si è cercato di costruire, attorno alla persona/utente, una rete sufficientemente articolata di interventi, allo scopo, da un lato, di rispondere adeguatamente ai bisogni complessi del paziente affetto da patologia cronica ed invalidante e, dall'altro, di creare una comunicazione fluente ed efficace tra i vari attori, che sul territorio, si occupano di rispondere ai bisogni del soggetto disabile, nello sforzo comune di investire energie e recuperare risorse.

Negli ultimi decenni il concetto di disabilità ha subito importanti cambiamenti nella cultura medica; di recente viene inquadrato non solo da una punto di vista sanitario ma anche psicosociale. Si mettono in luce sia le menomazioni derivanti da lesioni funzionali del corpo, sia le conseguenze della malattia rispetto all'integrazione del cittadino malato nella sua comunità. La persona è posta al centro, nella sua globalità, indipendentemente dallo stato e dal tipo di handicap che porta. Si considera il disabile nel suo sviluppo come individuo, nel suo contesto familiare, scolastico, lavorativo e sociale. Oltre a garantire il pieno rispetto della dignità della persona disabile, si insiste sulla necessità di amplificare e sostenere le risorse presenti nella stessa e nel suo contesto ambientale, al fine anche di predisporre interventi che evitino processi di emarginazione.

In questo opuscolo verranno presentati:

- *Il protocollo Localmente Concordato per la Diagnosi e il trattamento Psicologico nei casi di disabilità fisica e/o sensoriale in età adulta, sviluppato in ambito territoriale.*
- *Protocollo Localmente Concordato per la Diagnosi e il trattamento Psicologici nei casi di sclerosi multipla nell'ambito della Neurologia Ospedaliera.*
- *Protocollo di raccordo tra la Neurologia ospedaliera e la Psicologia territoriale per l'assistenza psicologica nei casi di disabilità fisica e/o sensoriale in età adulta .*

Ringrazio tutti coloro che con il proprio impegno hanno reso possibile l'attivazione dei percorsi integrati qui descritti.

Dr.ssa Maria M. Russo,
Responsabile del Programma di Psicologia, Ausl Rimini

La pubblicazione dei percorsi integrati tra la Neurologia Ospedaliera ed i Servizi Territoriali di Psicologia relativi a soggetti affetti da disabilità cronica mi permette di fare alcune osservazioni.

Oggi giustamente si parla sempre più di “ rete ” nel garantire al cittadino le prestazioni sanitarie di cui necessita, coscienti della necessità di integrare le azioni dei vari operatori che esplicano la loro attività nella sanità. E’ storicamente nota la difficoltà di comunicazione tra strutture ospedaliere e servizi territoriali. Mi sembra che le procedure definite esprimano uno sforzo significativo orientato al superamento di tali barriere in un settore che vede la Neurologia Ospedaliera in prima linea nella diagnosi e cura di soggetti affetti da disabilità cronica ed i Servizi Territoriali adibiti alla loro assistenza significativamente coinvolti nella gestione delle conseguenze cliniche, psicologiche e sociali della malattia.

Seconda osservazione. La presenza dello psicologo clinico nelle strutture ospedaliere è una carenza storica nella stragrande maggioranza degli ospedali. Ritengo un passo avanti significativo avere oggi a disposizione uno psicologo all’interno della U.O. Neurologia , seppure a tempo limitato, come pure il conoscere e poter usufruire delle potenzialità espresse nel territorio dal settore della Psicologia Clinica grazie alla definizione di percorsi integrati noti , condivisi e diffusi a tutti gli operatori.

La scelta infine di operare inizialmente sulla sclerosi multipla trova varie spiegazioni.

Si tratta di un settore in cui da tempo la U.O. Neurologia opera attivamente. La SM è una patologia complessa ed instabile che necessita di approccio multidisciplinare , l’inizio della malattia è solitamente in età giovanile-adulta e , trattandosi di malattia cronica, evidenzia nella sua storia vari momenti critici (momento della diagnosi, fasi evolutive) in cui è necessario un supporto psicologico. Oggi possiamo dire di aver posto un’altra pietra nella costruzione di un percorso integrato tra i vari operatori sanitari coinvolti , in tempi e modi differenziati, nella assistenza ai soggetti affetti da tale malattia.

Ringrazio coloro che hanno cooperato alla elaborazione di tali procedure ma un ringraziamento particolare va a tutti gli operatori sanitari che sapranno cogliere ed utilizzare al meglio le opportunità che emergono evidenti da tale opera. E’ importante che tutti noi ci si senta partecipi nel dare ai pazienti le risposte che da noi si attendono.

Dott. Alessandro Ravasio,

Primario Reparto di Neurologia, Ospedale Infermi di Rimini

È con grande piacere che esprimiamo alcune riflessioni in merito a questo complesso e ambizioso lavoro, portato avanti dal Programma Aziendale di Psicologia, diretto dalla dott.ssa Maria Maffia Russo: vediamo in esso un importante passo avanti nella direzione della creazione di canali di comunicazione efficaci, di reti effettive fra servizi, di una collaborazione concreta fra le varie risorse presenti, a vario titolo, sul nostro territorio, per dare risposte ai bisogni complessi che la malattia cronica di lunga durata e la disabilità pongono.

All'interno di tale realtà, l'A.I.S.M., a quarant'anni dalla fondazione, con una presenza sul nostro territorio dal 1989 come gruppo operativo e poi come Sezione Provinciale, con sede a Riccione, e ora anche a Rimini, si impegna a dare voce e possibilità di partecipazione attiva alle persone con SM e alle loro famiglie, fornendo attivamente servizi, dall'informazione sulla malattia alle attività di socializzazione, dal supporto psicologico alla fisioterapia, dal trasporto attrezzato all'assistenza domiciliare, sensibilizzando la popolazione e contribuendo alla ricerca con numerose iniziative di raccolta fondi.

La grande diffusione della malattia, la sua lunga durata, la grande variabilità delle sue manifestazioni, i bisogni complessi che ne derivano, dall'informazione all'assistenza, di natura medica, psicologica, sociale, fanno sì che non si possa pensare di prescindere da un'integrazione fra le diverse agenzie presenti sul territorio, ognuna con le sue specifiche competenze e le effettive possibilità.

Il lavoro presentato in questo opuscolo costituisce un importante gradino nella costruzione di tale integrazione: all'interno di questo progetto la nostra associazione è estremamente lieta di poter offrire il proprio contributo, ed è estremamente grata alla dott.ssa Maria Maffia Russo per averci offerto la possibilità concreta di prendere parte a tale processo.

Laura Ciavatta

Presidente Sezione Provinciale di Rimini

A.I.S.M. - Associazione Italiana Sclerosi Multipla

Il protocollo Localmente Concordato per la diagnosi e il trattamento psicologico nei casi di disabilità fisica e/o sensoriale in età adulta in ambito territoriale

Il Protocollo Localmente concordato per la Diagnosi e il Trattamento psicologico nei casi di disabilità fisica e/o sensoriale in età adulta si inserisce in un lavoro di profonda rivisitazione dei percorsi di cura che il Programma Aziendale di psicologia ha affrontato nello scorso 2007. Il citato lavoro ha l'obiettivo di mettere a disposizione di tutti i professionisti, degli indicatori utili per definire quale intervento sia più efficace e quale trattamento più appropriato a specifiche categorie di pazienti, oltre ad informare l'utenza su quanto e cosa attendersi dagli operatori del Servizio Sanitario in risposta ai propri bisogni.

In particolare l'approccio psicologico alla persona disabile non può prescindere dal contesto socio-culturale di riferimento dall'ambiente sociale extrafamiliare, dalla famiglia e dall'individuo, cercando di comprendere le diverse interrelazioni all'interno di ciascun sistema e tra un sistema e l'altro, alla ricerca di risorse e punti di forza per promuovere cambiamenti positivi nell'adattamento e nella qualità della vita.

PROGRAMMA DI PSICOLOGIA AUSL di Rimini	PROTOCOLLO LOCALMENTE CONCORDATO PER LA DIAGNOSI E IL TRATTAMENTO PSICOLOGICI nei casi di Disabilità Fisica e/o Sensoriale in età adulta in ambito territoriale	
--	--	--

SOMMARIO

Introduzione	pag. 8
Inquadramento teorico	pag. 8
Target di riferimento e bisogni associati	pag. 9
Fattori di rischio.....	pag. 10
Strumenti e modo per la Diagnosi	pag. 11
Strumenti e modalità per il trattamento	pag. 11
Criteri di eleggibilità.....	pag. 12
Criteri di Accesso	pag. 13
Documenti di registrazione.....	pag. 13
Riferimenti bibliografici	pag. 13

PROGRAMMA DI PSICOLOGIA AUSL di Rimini	PROTOCOLLO LOCALMENTE CONCORDATO PER LA DIAGNOSI E IL TRATTAMENTO PSICOLOGICI nei casi di Disabilità Fisica e/o Sensoriale in età adulta in ambito territoriale	
--	---	--

Introduzione

INQUADRAMENTO TEORICO

Nel 1980 l'OMS pubblicò un primo documento dal titolo International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (ICIDH). In tale pubblicazione si distingueva tra “menomazione” (impairment), definita come “perdita o anomalia di una struttura o di una funzione...” e gli altri due termini. Questi venivano definiti rispettivamente: “disabilità” come “qualsiasi limitazione o perdita (conseguente a menomazione) della capacità di compiere un'attività nel modo considerato normale per un essere umano” ed “handicap” come la “condizione di svantaggio conseguente ad una menomazione o ad una disabilità.

In un successivo documento, l'ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health, OMS 2001), non ci si riferisce più ad un disturbo, strutturale o funzionale, senza prima rapportarlo ad uno stato considerato di salute. L'ICF non riguarda solo le persone con disabilità, ma ha un valore universale, prendendo in considerazioni i più diversi ambiti del “funzionamento” umano, compresi gli ambiti relazionali e sociali. La “classificazione positiva” che parte dal funzionamento per dire se e quanto ciascuno se ne discosta, ha il vantaggio di non mettere l'accento sulle cause della menomazione o disabilità (diagnosi medica), ma sul funzionamento della persona nei diversi ambiti considerati.

Fare i conti con l'impossibilità di recuperare un'abilità perduta o mai avuta, significa avviare un processo di elaborazione che consenta di ripensare tutta la vita della persona disabile.

Di solito accade che vengano attivate le competenze psicologiche quando si evidenzia un quadro di forte disagio, personale e/o familiare, dove in realtà la disabilità è un'esperienza fortemente destrutturante per chiunque si trovi a viverla, in qualunque momento del proprio ciclo vitale. Questo induce a ritenere importante un intervento psicologico precoce, sia per la persona che per il nucleo familiare, che s'inserisca in un progetto di presa in carico terapeutica-riabilitativa d'equipe. La ricerca in campo psicologico e sociale ha da tempo evidenziato l'impatto e le conseguenze psico-sociali, sulla famiglia e sulla rete sociale, della nascita di un bambino con problemi o della comparsa improvvisa di una malattia cronica o degli esiti di gravi traumi. Si sono messe in luce soprattutto le reazioni depressive, assimilabili a quelle del “normale” lutto, ma per certi versi forse più difficili da superare perché l'“oggetto” del lutto è sempre vivo e presente, vuoi che questo sia il figlio per un genitore o la funzione deficitaria per il disabile stesso. A fronte del trauma della diagnosi che rappresenta un “evento critico” nel ciclo della vita e dell'attivarsi di reazioni difensive, inizia comunque un lungo percorso di adattamento della famiglia e della persona disabile.

PROGRAMMA DI PSICOLOGIA AUSL di Rimini	PROTOCOLLO LOCALMENTE CONCORDATO PER LA DIAGNOSI E IL TRATTAMENTO PSICOLOGICI nei casi di Disabilità Fisica e/o Sensoriale in età adulta in ambito territoriale	
--	---	--

L'approccio psicologico alla disabilità trova validi spunti nell'approccio bio-psico-sociale (Engel 1980) che auspica il superamento della parcellizzazione della persona e dei curanti impliciti nel modello bio-medico, per cui ogni esperto "cura" la struttura corporea di propria competenza, a favore di un'ottica sistemica più allargata attorno al paziente che viene considerato nella sua globalità di persona inserita in un proprio contesto familiare, sociale e culturale. Sul piano delle dinamiche delle famiglie con un membro disabile risulta produttivo un approccio sistemico relazionale integrato dagli apporti della Psicologia del ciclo della vita in quanto, come già detto, la diagnosi di handicap, con la sua potenza traumatica, mette comunque in crisi il precedente equilibrio familiare. E' importante capire in quale momento evolutivo si trova la famiglia come sistema ed in quale si trova ciascuno dei suoi membri, oltre che valutare quali meccanismi di adattamento vengono messi in atto per fronteggiare la situazione, per poi poter essere davvero utili sul piano terapeutico. V'è tenuto presente inoltre che anche il disabile stesso v'è aiutato ad affrontare il proprio ciclo di vita che non di rado subisce rallentamenti nelle diverse tappe evolutive e spesso si ferma ad una condizione di perenne dipendenza "infantile", non riuscendo ad assolvere al proprio mandato di persona adulta che si svincola dalla famiglia e ne crea una di propria.

Altro importante apporto può dare la Teoria dell'Attaccamento specie nei casi di handicap connatale o diagnosticati in età precoce, in quanto può dare utili letture sul rapporto madre-figlio con handicap o nel caso in cui sia la madre con handicap a dover affrontare il compito genitoriale.

In conclusione l'approccio psicologico alla persona disabile ed alla sua famiglia non può prescindere da un approccio che tenga in considerazione il contesto socio-culturale di riferimento (macro-sistema) e progressivamente stringa il fuoco sull'ambiente sociale extrafamiliare e sulla famiglia (micro sistemi) e sull'individuo (sistema intrapsichico), cercando di comprendere le diverse interrelazioni all'interno di ciascun sistema e tra un sistema e l'altro, alla ricerca di risorse e punti di forza per promuovere cambiamenti positivi nell'adattamento e nella qualità della vita. In tal senso è molto importante il lavoro in equipe con altre figure professionali (ass soc, ed. prof, riabilitatori) con il fine di coordinare e sincronizzare i diversi interventi possibili in modo che la loro efficacia s'implementi a vicenda.

TARGET DI RIFERIMENTO E BISOGNI ASSOCIATI

La popolazione di riferimento è costituita da soggetti nella fascia d'età 18- 64 anni che presentano un quadro di disabilità fisica e/o sensoriale attestata da diagnosi mediche e con invalidità riconosciuta o in via di riconoscimento. Si tratta di condizioni mediche (Asse IV del DSM IV) per lo più croniche ed invalidanti, suscettibili di scarse possibilità di recupero sul piano prognostico e con le quali le persone devono apprendere a convivere nel medio-lungo periodo. Sia che la disabilità sia connatale e precoce, sia che venga acquisita successivamente nell'arco della vita,

PROGRAMMA DI PSICOLOGIA AUSL di Rimini	PROTOCOLLO LOCALMENTE CONCORDATO PER LA DIAGNOSI E IL TRATTAMENTO PSICOLOGICI nei casi di Disabilità Fisica e/o Sensoriale in età adulta in ambito territoriale	
--	---	--

l'impatto della diagnosi sul singolo e sulla famiglia rappresenta sempre un trauma, un'evento critico che come tale va affrontato. Nell'approccio alle diverse situazioni, nell'età considerata, occorre operare distinzioni tra disabilità connatale e disabilità acquisite e inoltre tra le disabilità acquisite bisogna distinguere se la disabilità in questione è stabilizzata o degenerativa (SM, SLA, Distrofie degenerative, retinopatie, ecc.). Per poter andare incontro ai bisogni associati a ciascuna situazione, occorre contestualizzare e storicizzare ciascun caso tenendo presente il tipo di diagnosi medica, il momento del ciclo di vita dell'individuo e della famiglia in cui avviene la comunicazione, in quali modi e termini avviene la comunicazione della diagnosi, come reagisce l'individuo e/o la famiglia di fronte all'evento critico, quali risorse mette in campo e quali difese utilizza di fronte al trauma.

Nella presa in carico del disabile fisico e sensoriale è di fondamentale importanza offrire spazi di supporto emotivo e psicologico ai familiari ed alle figure di riferimento

FATTORI DI RISCHIO

La disabilità fisica e/o sensoriale è di per sé un fattore di rischio di emarginazione sociale e relazionale e di disagio psicologico, in quanto rappresenta un "life event" traumatico e destabilizzante, per la persona e per i suoi familiari, i cui effetti sono destinati a perdurare nel tempo. Tuttavia, all'interno di un quadro di disabilità e di sofferenza, si possono individuare alcuni fattori di rischio, peraltro aspecifici e comuni a tutti gli individui, che possono contribuire ad aggravare la situazione psicologica della persona nella sua relazione con l'ambiente di vita:

FATTORI DI RISCHIO ATTINENTI ALLA SFERA PSICOLOGICA - INDIVIDUALE

- Disagio psicologico con sintomi ansioso-depressivi- fobici o disturbi mentali
- Carenza nel controllo degli impulsi
- Limitazione intellettiva
- Scarse autonomie personali con eccesso di dipendenza (anche psicologica) dai care-givers

FATTORI DI RISCHIO ATTINENTI ALLA SFERA RELAZIONALE E CONTESTUALE

- Problematiche relazionali intra o extra familiari
- Carenza/assenza di figure familiari di riferimento
- Isolamento sociale e relazionale, tanto più grave quanto più è grave il quadro di compromissione delle abilità

PROGRAMMA DI PSICOLOGIA AUSL di Rimini	PROTOCOLLO LOCALMENTE CONCORDATO PER LA DIAGNOSI E IL TRATTAMENTO PSICOLOGICI nei casi di Disabilità Fisica e/o Sensoriale in età adulta in ambito territoriale	
--	--	--

- Difficoltà a condurre e/o mantenere attività lavorative
- Assenza rapporti di coppia
- Recenti eventi psicologici stressanti (comprese intense esperienze di cambiamento)
- Eventi traumatici recenti (lutti, interventi chirurgici, aggravamento condizioni mediche generali, ecc...).

STRUMENTI E MODO PER LA DIAGNOSI

1. Colloquio e valutazione clinica
2. Test per valutare il funzionamento cognitivo (test neuropsicologici, qualora siano necessari, eseguiti, al momento c/o la Neurologia Ospedaliera)
3. Test per la valutazione della personalità (MMPI -2)
4. Test per valutare il comportamento adattivo (ADAPTIVE BEHAVIOR SCALES VINELAND nelle situazioni più compromesse)
5. Valutazione del funzionamento familiare e degli stili genitoriali ove richiesto o necessario ai fini dell'intervento da pianificare, sia esso un trattamento psicologico o una consulenza agli operatori per impostare un progetto socio-assistenziale

STRUMENTI E MODALITÀ PER IL TRATTAMENTO

I trattamenti possono rivolgersi sia alla persona con disabilità, sia ai familiari.

Trattamenti :

1. Psicoterapia a tempo definito, 12-24 sedute a cadenza settimanale o quindicinale, focalizzata sul tema/ problema portato, nei diversi formati (a seconda della valutazione clinica: individuale, coppia etc.).

Obiettivi:

- Analisi e definizione del problema
 - Rafforzamento dell'io ed attivazione delle risorse personali
 - Aumento della consapevolezza dei propri limiti e delle proprie potenzialità
 - Promozione dell'elaborazione della condizione di handicap come uno degli aspetti della propria persona e della propria vita, aspetto certamente pregnante, ma non totalizzante
 - Miglioramento delle performance e dei comportamenti adattivi
2. Sostegno psicologico nei vari formati (individuale, coppia, gruppo etc.) rivolta all'utente e/o ai familiari e/o ai caregivers, a cadenza e durata variabile (può risolversi con qualche consulenza o richiedere sedute, anche non frequenti, ma protratte nel tempo, a seconda della tipologia del problema portato e delle risorse dell'utente)

PROGRAMMA DI PSICOLOGIA AUSL di Rimini	PROTOCOLLO LOCALMENTE CONCORDATO PER LA DIAGNOSI E IL TRATTAMENTO PSICOLOGICI nei casi di Disabilità Fisica e/o Sensoriale in età adulta in ambito territoriale	
--	--	--

Obiettivi:

- Analisi e riconnotazione del problema portato
- Apprendimento di strategie di problem solving
- Promozione risorse e capacità adattive
- Promozione dell'integrazione sociale
- Promozione dell'elaborazione e dell'accettazione della condizione di handicap
- Gestione dell'emotività espressa
- Promozione della collaborazione all'intervento socio-riabilitativo e/o assistenziale

Il trattamento può anche essere condotto attraverso:

1 Consulenza agli operatori coinvolti

Obiettivi:

- Favorire una lettura psicologica sul caso, evidenziandone gli aspetti emotivi e relazionali

2 Collaborazione al progetto complessivo socio-assistenziale-lavorativo

Obiettivi:

- Promozione delle autonomie possibili
- Ricerca della compliance dell'utente e dei familiari
- Promozione dell'integrazione sociale
- Miglioramento della qualità della vita del disabile e della sua famiglia

CRITERI DI ELEGGIBILITÀ

- Psicoterapia a tempo definito: Criteri di inclusione
 - ✓ Presenza di un io strutturato (funzioni cognitive e comunicative integre)
 - ✓ Buone capacità di introspezione e di autocritica
 - ✓ Presenza di una situazione di crisi o di un problema specifico
 - ✓ Sufficiente motivazione
- Sostegno psicologico: - Criteri di inclusione
 - ✓ Presenza di un problema specifico
 - ✓ Condizione di vulnerabilità emotiva, relazionale e sociale
 - ✓ Capacità di espressione e comprensione verbale sufficienti alla comunicazione
- Consulenza agli operatori: - Criteri d'inclusione
 - ✓ Ogni volta che viene richiesta purché attenga alla popolazione target

PROGRAMMA DI PSICOLOGIA AUSL di Rimini	PROTOCOLLO LOCALMENTE CONCORDATO PER LA DIAGNOSI E IL TRATTAMENTO PSICOLOGICI nei casi di Disabilità Fisica e/o Sensoriale in età adulta in ambito territoriale	
--	--	--

- Collaborazione al progetto complessivo: - Criteri d'inclusione
 - ✓ Solo per gli utenti già valutati e seguiti dallo psicologo

CRITERI DI ACCESSO

- Unità Operativa riabilitativo- protesica territoriale (assistente sociale, terapeuta, medico).
- Area ospedaliera (Reparti o medici che seguono l'utente per la patologia medica specifica).
- Unità Operative Territoriali per collaborazione o presa in carico
- Accesso diretto: utente (raro) o familiare (più frequente).
- Medico di Medicina Generale

DOCUMENTI DI REGISTRAZIONE

- Scheda di primo accesso
- Cartella clinica
- Protocolli e test applicati
- Certificazioni e relazioni

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- DSM IV TR ed. MASSON
- ICD 10 ed. MASSON
- Byng-Hall J., (1998), "Le trame della famiglia", Raffaello Cortina Editore, (specie Cap.13 e 14).
- GRACER (progetto regionale per le gravi cerebrolesioni)
- Atti del seminario regionale "Le conseguenze psicologiche e sociali dei traumi spinali", Bologna 10 giugno 2006
- Bruna Zani B. e Renò L. (a cura di) (2001), "Handicap da incidente stradale: analisi dei bisogni delle persone coinvolte e dei loro familiari", Società editrice Il Ponte Vecchio.
- Sorrentino A.M.(2006), "Figli disabili: la famiglia di fronte all'handicap", Raffaello Cortina Editore.

SPECIFICITÀ DELLA SCLEROSI MULTIPLA

La malattia

La Sclerosi Multipla è una grave malattia del Sistema Nervoso Centrale, è una patologia infiammatoria cronica demielinizzante che colpisce il cervello e midollo spinale. Nel corso della malattia la distruzione delle guaine mieliniche causa il blocco o rallentamento degli impulsi che vanno dal sistema nervoso centrale verso le diverse parti del corpo e viceversa. La sintomatologia, caratterizzata da una estrema variabilità interindividuale e imprevedibilità, così come il decorso, riguarda il movimento, la sensibilità, la vista, l'equilibrio e coordinazione, disturbi della minzione e deficit delle funzioni cognitive.

Epidemiologia

I dati epidemiologici testimoniano che l'Italia è uno dei paesi a più alto rischio di sviluppo di SM: un abitante colpito ogni 1500. I nuovi casi in Italia sono 1800, l'età di esordio è tra i 15 e i 50 anni, anche se questa malattia si manifesta soprattutto tra i giovani adulti, tra i 20 e i 30 anni. Colpisce prevalentemente le donne in un rapporto di 2 a 1 rispetto agli uomini. In Emilia Romagna, dai dati ISTAT divulgati nel febbraio del 2007 e relativi a Luglio 2006 su una popolazione di 4.209.187 risultano 3.827 casi di malattia.

Nella maggior parte dei casi (85%) la SM esordisce con andamento Recidivante-Remittente, in cui attacchi acuti si alternano a periodi di remissione totale o parziale; nel 15% dei casi la SM esordisce in modo lento e progressivo.

In un terzo dei casi la disabilità può raggiungere un livello elevato. È una malattia cronica, per la quale attualmente non esiste una cura risolutiva, ed ha una durata media di circa 40 anni.

La diagnosi

La diagnosi di malattia avviene in un arco temporale spesso piuttosto ampio. Essa, se da una parte consente di dare un significato ai disturbi che condizionano la vita delle persone, dall'altra rappresenta per l'individuo una "minaccia" permanente.

La persona si trova a dover riorganizzare l'immagine di sé, il proprio ruolo familiare, sociale e lavorativo e, a volte, anche a fare i conti con la definizione della propria identità.

La progettualità rispetto alla propria vita risente inevitabilmente del senso di precarietà dovuto al decorso imprevedibile, all'incertezza degli esiti e all'estrema varietà interindividuale della sintomatologia che rendono difficile la prognosi. È importante sottolineare che i processi di adattamento alla malattia non sono mai definitivi, proprio per l'andamento variabile, cronico e in genere progressivamente invalidante della stessa.

Nella malattia cronica di lunga durata assume una particolare rilevanza la qualità della relazione paziente-famiglia-curanti. La malattia, con il suo andamento

imprevedibile e l'assenza di cure risolutive costituisce una fonte di stress rilevante che coinvolge anche i familiari e l'ambito lavorativo.

Il Protocollo

Allo scopo di governare la presa in carico dell'utente con necessità di sostegno psicologico è stato definito un “*Protocollo Localmente Concordato per la Diagnosi e il trattamento Psicologici nei casi di sclerosi multipla nell'ambito della Neurologia Ospedaliera*”.

Lo psicologo che opera nel contesto ospedaliero articola il suo intervento all'interno della triade paziente-famiglia-operatore sanitario, nella specifica realtà istituzionale e organizzativa in cui la relazione ha luogo; può contribuire a migliorare la qualità dell'assistenza sanitaria oltre a proporsi come elemento di protezione per l'insorgenza di disturbi psicologici nella SM, in particolare per la Depressione.

PROGRAMMA DI PSICOLOGIA AUSL RIMINI	PROTOCOLLO LOCALMENTE CONCORDATO PER LA DIAGNOSI E IL TRATTAMENTO PSICOLOGICI NEI CASI DI SCLEROSI MULTIPLA NELL'AMBITO DELLA NEUROLOGIA OSPEDALIERA	
--	---	--

SOMMARIO

1. Introduzione	pag. 17
1.1. Inquadramento teorico	pag. 17
A. Caratteristiche specifiche della malattia.....	pag. 17
B. Aspetti psicologici della malattia, dalla diagnosi alla gestione della cronicità.....	pag. 17
C. Epidemiologia dei disturbi psichici nella Sclerosi Multipla.....	pag. 20
1.2. Target di riferimento e bisogno associato	pag. 21
2. Fattori di rischio	pag. 22
3. Strumenti e modalità per la diagnosi.....	pag. 23
4. Strumenti e modalità per il trattamento.....	pag. 24
5. Criteri di eleggibilità	pag. 26
6. Criteri di accesso	pag. 26
7. Documenti di registrazione	pag. 27
8. Riferimenti bibliografici	pag. 27

PROGRAMMA DI PSICOLOGIA AUSL RIMINI	PROTOCOLLO LOCALMENTE CONCORDATO PER LA DIAGNOSI E IL TRATTAMENTO PSICOLOGICI NEI CASI DI SCLEROSI MULTIPLA NELL'AMBITO DELLA NEUROLOGIA OSPEDALIERA	
--	---	--

1. INTRODUZIONE

1.1. Inquadramento teorico

A. Caratteristiche specifiche della malattia

La Sclerosi Multipla (SM) è una grave malattia del Sistema Nervoso Centrale, con esordio in età giovane-adulta, tra i 15 ed i 50 anni, ma più spesso fra i 20 e i 30, le fasce di età generalmente più produttive e ricche di progettualità, con una prevalenza del sesso femminile (rapporto di 2 a 1). La sintomatologia, caratterizzata da una estrema variabilità interindividuale e imprevedibilità, così come il decorso, riguarda movimento, sensibilità, vista, equilibrio e coordinazione, funzioni vescicali, funzioni cognitive. È frequente la sensazione di fatica, che condiziona pesantemente tutte le attività quotidiane, oltre ad essere un sintomo socialmente poco compreso ed accettato. Nella maggior parte dei casi (85%) la SM esordisce con andamento Recidivante-Remittente (forma R-R), in cui attacchi acuti successivi, con successiva remissione totale o parziale, si alternano a periodi di benessere. Questa forma può evolvere in una progressiva (forma secondariamente progressiva), mentre nel 15% dei casi la SM esordisce in modo lento e progressivo (forma primariamente progressiva). Un terzo dei casi circa rientra nelle forme “benigne”, nelle quali, anche dopo molti anni, la disabilità risulta lieve o assente, mentre in un altro terzo circa dei casi la disabilità può raggiungere un livello elevato. La durata della vita non è sostanzialmente diversa da quella della popolazione generale, con una durata media di malattia di circa quarant’anni. Nonostante i progressi nella conoscenza della malattia non esiste tuttora una cura risolutiva, esistono però terapie in grado di modificarne il decorso, sia nella riduzione di frequenza e gravità delle ricadute, che nel rallentamento della progressione della disabilità.

B. Aspetti psicologici della malattia, dalla diagnosi alla gestione della cronicità

Secondo un approccio bio-psico-sociale (Engel, 1977) la malattia è un evento complesso, multifattoriale, che risente dell’interazione fra aspetti bio-medici, psicologici e sociali, in un determinato contesto storico-culturale. D’altra parte la salute viene considerata non solo come assenza di malattia, ma come stato più complesso di benessere fisico e mentale. Nella malattia cronica di lunga durata assumono pertanto particolare importanza la qualità della relazione paziente-famiglia-équipe curante, la compliance e la qualità della vita nel suo complesso.

PROGRAMMA DI PSICOLOGIA AUSL RIMINI	PROTOCOLLO LOCALMENTE CONCORDATO PER LA DIAGNOSI E IL TRATTAMENTO PSICOLOGICI NEI CASI DI SCLEROSI MULTIPLA NELL'AMBITO DELLA NEUROLOGIA OSPEDALIERA	
--	---	--

a) Il paziente

La diagnosi comprende diversi passaggi, in un intervallo temporale spesso piuttosto ampio. Se da una parte consente di definire gli incomprensibili disturbi che condizionano la vita della persona e del suo contesto di riferimento, dall'altra rappresenta una profonda frattura esistenziale: l'individuo si trova a dover riorganizzare l'immagine di sé, la propria identità, il proprio ruolo familiare, sociale e lavorativo. La progettualità risente inevitabilmente del senso di precarietà dovuto al decorso imprevedibile, all'incertezza degli esiti e all'estrema varietà interindividuale della sintomatologia che rendono difficile la prognosi. Possibili reazioni iniziali sono costituite da negazione, spostamento della preoccupazione su aspetti secondari della malattia, depressione, rabbia o ostilità verso i familiari o l'équipe curante. Difese che inizialmente possono essere funzionali e non patologiche, qualora permettano di proteggersi da vissuti eccessivamente dolorosi rispetto alle risorse attuali dell'individuo, se usate in modo rigido e prolungato nel tempo possono ostacolare l'adattamento alla malattia e il mobilitarsi delle risorse. Sono frequenti reazioni depressive, collegate all'elaborazione della perdita -di autonomia, del proprio ruolo, dell'immagine di sé- oppure ansiose, legate all'imprevedibilità del decorso, e possono evolvere verso disturbi psichici.

È importante considerare che i processi di adattamento alla malattia, cruciali nella prima fase, non sono mai definitivi, ma vengono continuamente rimessi in discussione, proprio per l'andamento variabile, cronico e in genere progressivamente invalidante della malattia.

Nella gestione della cronicità hanno un ruolo fondamentale i processi di mediazione e le strategie che l'individuo mette in atto per valutare e fronteggiare le situazioni stressanti. Situazioni di stress prolungato, come conflitti familiari o lavorativi, possono precedere le riesacerbazioni. La malattia stessa, con il suo andamento imprevedibile e i trattamenti necessari, costituisce una fonte di stress rilevante. Le reazioni psicologiche alla malattia, in particolare la depressione, possono inoltre avere effetti indiretti sul decorso attraverso la riduzione della compliance. È pertanto fondamentale promuovere l'adozione di strategie adattive nella gestione delle situazioni stressanti, oltre che riconoscere e trattare precocemente il disagio psichico. Nelle forme R-R, l'alternanza tra periodi di benessere, in cui si teme comunque la ricaduta improvvisa, ed esacerbazioni, con interruzione delle attività di vita abituali, assumono particolare rilievo le dinamiche che ruotano attorno all'assunzione del ruolo di malato. Nelle fasi più avanzate di malattia o nelle forme primariamente progressive, in cui la disabilità fisica e la dipendenza dagli altri possono diventare rilevanti, le problematiche psicologiche ruotano maggiormente intorno al conflitto autonomia/dipendenza e ai rapporti con i caregivers. Momenti particolarmente critici

PROGRAMMA DI PSICOLOGIA AUSL RIMINI	PROTOCOLLO LOCALMENTE CONCORDATO PER LA DIAGNOSI E IL TRATTAMENTO PSICOLOGICI NEI CASI DI SCLEROSI MULTIPLA NELL'AMBITO DELLA NEUROLOGIA OSPEDALIERA	
--	---	--

nel decorso sono rappresentati dalle esacerbazioni che comportano un aumento di disabilità, cui possono seguire la riduzione o l'abbandono dell'attività lavorativa, con le conseguenti modificazioni di ruolo e immagine di sé, o l'adozione di ausili per la deambulazione, che possono essere vissuti come segno visibile del peggioramento fisico e come limitazione piuttosto che come aiuto, e che vanno in ogni caso integrati nell'immagine di sé.

b) I familiari

È fondamentale considerare l'impatto di malattia e il relativo processo di adattamento per la famiglia, risorsa fondamentale per il paziente, che può portare a sua volta un disagio psichico rilevante e supportare oppure ostacolare l'accettazione della malattia da parte del paziente. Soprattutto nelle prime fasi i bisogni dei familiari ruotano prevalentemente intorno all'informazione sulla malattia e sul possibile decorso e al contenimento dei vissuti relativi alla perdita e all'incertezza. Nella gestione della cronicità le aree problematiche riguardano spesso l'assunzione del ruolo di caregiver e l'assistenza. Nei rapporti con il coniuge possono emergere difficoltà nella rinegoziazione dei ruoli familiari e nella sfera dell'intimità. Il maggior rischio qualora il coniuge diventi l'unico caregiver, soprattutto se non supportato a livello familiare e costretto ad abbandonare l'attività lavorativa per assistere il congiunto, è costituito dalla creazione di un legame simbiotico col familiare e dall'isolamento sociale: a lungo andare possono emergere vissuti di ostilità e risentimento per il carico fisico ed emotivo e la riduzione degli spazi individuali e delle reciproche autonomie.

Se ci sono figli piccoli, soprattutto nelle prime fasi della malattia e in assenza di disabilità evidenti, si può tentare di proteggerli non parlando della malattia o minimizzandone l'impatto, impedendo la condivisione dei vissuti, la possibilità di fare domande e ottenere risposte e rassicurazioni, ovviamente rapportate all'età, con il possibile effetto di creare nel bambino eccessive angosce o sensi di colpa. Figli adolescenti, possono al contrario sentirsi eccessivamente responsabilizzati e non riuscire a svincolarsi, soprattutto in famiglie monoparentali.

Se invece l'adulto con SM deve affidarsi nuovamente alle cure genitoriali, magari tornando a vivere in famiglia, possono crearsi dinamiche regressive di iperprotezione da parte dei genitori e riduzione di autostima e sensi di colpa, oltre che eccessiva limitazione delle autonomie possibili, per il figlio.

In famiglia la presenza di sintomi non immediatamente visibili e comprensibili, come la stanchezza o i disturbi cognitivi, insieme ad atteggiamenti di iperprotettività reciproca, possono impedire il mobilitarsi di risorse comuni e creare incomprensioni, distanze o risentimento. La ridefinizione dei ruoli familiari e delle modalità interattive e comunicative abituali, può infine amplificare dinamiche disfunzionali preesistenti.

PROGRAMMA DI PSICOLOGIA AUSL RIMINI	PROTOCOLLO LOCALMENTE CONCORDATO PER LA DIAGNOSI E IL TRATTAMENTO PSICOLOGICI NEI CASI DI SCLEROSI MULTIPLA NELL'AMBITO DELLA NEUROLOGIA OSPEDALIERA	
--	---	--

c) L'èquipe curante

Fattori come la giovane età di insorgenza, l'incertezza della prognosi e l'assenza di cure risolutive possono creare notevoli difficoltà anche per l'èquipe curante che formula e comunica la diagnosi. Nella gestione della cronicità i vissuti dei curanti di fronte alla progressione della malattia nonostante gli sforzi terapeutici, e ad eventuali atteggiamenti dei pazienti di fronte all'incurabilità, possono creare un sovraccarico emotivo che non va sottovalutato, per l'alto costo che comporta per i curanti stessi e per l'effetto che può avere sulla qualità della relazione d'aiuto. È fondamentale pertanto per l'èquipe trovare spazi di riflessione e confronto, che possano facilitare la comprensione delle dinamiche relazionali e comunicative con l'utenza e la condivisione dei vissuti.

C. Epidemiologia dei disturbi psichici nella Sclerosi Multipla

Il disturbo più frequente e più studiato è rappresentato dalla depressione. La sua incidenza varia dal 27 al 54%, tre volte maggiore rispetto alla popolazione generale e superiore anche rispetto a malattie neurologiche o croniche di altra natura. Irritabilità, frustrazione, scoraggiamento e sfiducia, sono più frequenti rispetto a sentimenti di colpa e autosvalutazione. Una difficoltà diagnostica e metodologica è costituita dalla possibile sovrapposizione fra fattori biologici legati alla malattia e componenti somatiche del disturbo dell'umore, come disturbi del sonno, variazioni dell'appetito, disturbi cognitivi, e in particolare la stanchezza o fatica. La natura multifattoriale di quest'ultima, che ha componenti primarie legate alla malattia e secondarie legate all'umore, ma soprattutto complesse interazioni fra le due, va sempre tenuta in considerazione, soprattutto quando si cerca di fare una diagnosi differenziale con la depressione. Vissuti depressivi possono essere messi in relazione con i cambiamenti psicosociali correlati alla malattia, e con l'elaborazione dei vissuti di perdita. È possibile che esista anche un substrato biologico comune tra depressione ed SM, legato ai processi di demielinizzazione. È importante effettuare screening per la depressione e trattarla in modo opportuno, per la sua grande influenza sulla qualità della vita, molto più della disabilità fisica, e sulla compliance ai trattamenti.

Anche se meno studiati sono molto frequenti anche i disturbi d'ansia, con un'incidenza del 19-34%, spesso in comorbidità con la depressione e più frequenti nel sesso femminile. L'ansia può essere generalizzata, soprattutto nelle prime fasi della malattia e con decorso particolarmente instabile, oppure specifica, ad esempio per le iniezioni, fattore che interferisce notevolmente con l'aderenza ai trattamenti medici.

La concomitanza di giovane età, vivere da soli, presenza di depressione grave, spesso associata ad ansia, e di problemi con l'alcol, aumenta il rischio di suicidio. Inoltre momenti particolarmente associati ad un aumento del rischio depressione/suicidio,

PROGRAMMA DI PSICOLOGIA AUSL RIMINI	PROTOCOLLO LOCALMENTE CONCORDATO PER LA DIAGNOSI E IL TRATTAMENTO PSICOLOGICI NEI CASI DI SCLEROSI MULTIPLA NELL'AMBITO DELLA NEUROLOGIA OSPEDALIERA	
--	---	--

sono il periodo prediagnostico (una diagnosi certa può richiedere un periodo di tempo molto lungo), quello successivo alla comunicazione della diagnosi e i periodi di ricaduta in cui si sperimenta una forte perdita di autonomia. Il rischio di suicidio è infine maggiore se il decorso della malattia è progressivamente invalidante rispetto ad un decorso più benigno. Il tasso di suicidio sembra essere compreso tra il 6 e il 15%, 7,5 volte maggiore rispetto alla popolazione generale.

Altre problematiche psichiatriche, meno frequenti, sono costituite da disturbi bipolari, euforia, riso e pianto spastico (Pseudobulbar Affect Syndrome), psicosi - rara e diversa da schizofrenia, con esordio più tardivo, maggior risposta al trattamento e migliore prognosi -, disturbi somatoformi, cioè sviluppo di sintomi funzionali non correlati a malattia.

Va considerata infine la possibile concomitanza con i disturbi cognitivi (40-65%), in genere lievi o moderati, che possono riguardare l'attenzione, la velocità nel processamento delle informazioni, la memoria e il ragionamento. Questi presentano grande variabilità, non correlano generalmente con la disabilità fisica e la durata di malattia, e sono influenzati da stress emotivo, stanchezza, disturbi del sonno e depressione. Spesso sono sottostimati, ed emergono solo con opportune valutazioni neuropsicologiche. Disturbi gravi sono rari (10%) ed emergono in genere in una fase molto avanzata di malattia e in associazione con grave disabilità fisica.

1.2. Target di riferimento e bisogno associato

L'intervento psicologico nell'U.O. di Neurologia ha come destinatari i pazienti con SM e i rispettivi familiari di riferimento, con particolare attenzione al periodo della diagnosi. Lo psicologo che opera nel contesto ospedaliero articola il suo intervento all'interno della triade paziente-famiglia-operatore sanitario, nella specifica realtà istituzionale e organizzativa in cui la relazione ha luogo, e può contribuire a migliorare la qualità dell'assistenza sanitaria. Tale intervento si struttura necessariamente a partire dall'analisi dei bisogni specifici di paziente, famiglia ed équipe curante.

Bisogni del paziente:

- accettazione della malattia;
- integrazione della nuova immagine di sé e della malattia nel proprio contesto di vita;
- ridefinizione del proprio ruolo familiare, sociale e lavorativo;
- valorizzazione delle risorse e sviluppo di strategie adattive rispetto alla nuova condizione;

PROGRAMMA DI PSICOLOGIA AUSL RIMINI	PROTOCOLLO LOCALMENTE CONCORDATO PER LA DIAGNOSI E IL TRATTAMENTO PSICOLOGICI NEI CASI DI SCLEROSI MULTIPLA NELL'AMBITO DELLA NEUROLOGIA OSPEDALIERA	
--	---	--

- assunzione di un atteggiamento di compliance e adozione di comportamenti finalizzati al mantenimento del miglior livello di salute possibile.

Bisogni dei familiari:

- accettazione della malattia del congiunto;
- ridefinizione dei ruoli e dell'organizzazione familiare;
- valorizzazione delle risorse e sviluppo di strategie adattive rispetto alla nuova condizione;
- supporto per eventuale assunzione del ruolo di caregiver.

Bisogni dell'èquipe curante:

- comprensione delle dinamiche relazionali e comunicative tra paziente-famiglia e operatore;
- comprensione delle problematiche che si celano dietro atteggiamenti di scarsa compliance;
- presa di consapevolezza e comprensione dei vissuti legati alla gestione della malattia cronica ad eziologia non conosciuta e in assenza di cure risolutive.

2. FATTORI DI RISCHIO

I maggiori fattori di rischio per l'insorgenza di disturbi psicologici nella SM, in particolare depressione, possono essere individuali (tra cui quelli specifici per la malattia), familiari o sociali. È fondamentale considerare l'interazione fra i vari fattori, piuttosto che considerarli singolarmente, alla luce anche dei risultati non univoci presenti in letteratura.

Tra quelli individuali per il paziente emergono i seguenti:

- giovane età di esordio (con maggior rischio per persone di età inferiore ai 35 anni);
- decorso progressivamente invalidante;
- frequenza delle ricadute;
- fase avanzata del decorso;
- elevati livelli di disabilità;
- terapia con interferone in presenza di episodi depressivi precedenti;
- sesso femminile per depressione e ansia, maschile per suicidio;
- caratteristiche di personalità (fragilità emotiva, utilizzo di strategie di coping non adattive);
- disturbi psichiatrici pregressi o concomitanti;
- scarsa compliance;

PROGRAMMA DI PSICOLOGIA AUSL RIMINI	PROTOCOLLO LOCALMENTE CONCORDATO PER LA DIAGNOSI E IL TRATTAMENTO PSICOLOGICI NEI CASI DI SCLEROSI MULTIPLA NELL'AMBITO DELLA NEUROLOGIA OSPEDALIERA	
--	---	--

- fase del ciclo vitale (adolescenza, ecc.).

Quelli familiari per il paziente sono costituiti da:

- assenza di familiari di riferimento;
- presenza di conflitti e disfunzioni relazionali.

Quelli sociali per il paziente sono rappresentati da:

- isolamento sociale (assenza di rete sociale di sostegno, di attività del tempo libero, ecc.);
- assenza o interruzione dell'attività lavorativa;
- presenza di conflitti nel contesto sociale o lavorativo;
- concomitanza di eventi di vita e situazioni stressanti (lutti, cambiamenti significativi, ecc.).

I fattori protettivi per il paziente sono costituiti da:

- presenza di supporto sociale reale e percepito, inteso come aiuto concreto e contemporaneamente come senso di appartenenza e integrazione sociale;
- intervento psicologico precoce in condizioni considerate a rischio, per prevenire l'esordio di disturbi psicopatologici.

● Fattori di rischio per i familiari/caregivers:

- gravità della sintomatologia, instabilità del decorso, sviluppo di disabilità, lunga durata di assistenza, depressione del familiare assistito;
- essere coniuge e caregiver, soprattutto se non supportato da altri familiari;
- presenza di conflitti coniugali o familiari;
- assenza o interruzione dell'attività lavorativa per dedicarsi all'assistenza;
- isolamento sociale (assenza di rete sociale di supporto, di attività del tempo libero, ecc.);

Fattori protettivi per i familiari/caregivers: supporto sociale, intervento psicologico.

3. STRUMENTI E MODALITÀ PER LA DIAGNOSI

I principali strumenti utilizzati a fini diagnostici sono il colloquio e la valutazione clinica, effettuati con i pazienti e familiari che lo richiedono e/o su invio dell'equipe curante, in presenza di particolari fattori di rischio.

PROGRAMMA DI PSICOLOGIA AUSL RIMINI	PROTOCOLLO LOCALMENTE CONCORDATO PER LA DIAGNOSI E IL TRATTAMENTO PSICOLOGICI NEI CASI DI SCLEROSI MULTIPLA NELL'AMBITO DELLA NEUROLOGIA OSPEDALIERA	
--	---	--

4. STRUMENTI E MODALITÀ PER IL TRATTAMENTO

L'attività dello psicologo per paziente, familiari ed équipe curante, si articola nel seguente modo:

- **Per pazienti neodiagnosticati:**

Il medico neurologo informa il paziente della possibilità di accedere alle seguenti tipologie di intervento psicologico e vi orienta il paziente in presenza di particolari fattori di rischio:

1. prima valutazione del bisogno psicologico del paziente attraverso un breve ciclo di colloqui individuali (da 1 a 5), finalizzati a:

- contenere il disagio psicologico relativo alle prime fasi dell'accettazione della malattia;
- valorizzare le risorse individuali e favorire l'adozione di strategie adattive;
- valutare la possibilità di inserimento in gruppi psico-educativi o l'invio per presa in carico territoriale (ved. punti 2 e 3);

2. inserimento in gruppi psico-educativi per pazienti, finalizzati a:

- fornire informazioni sugli aspetti psicologici della malattia;
- favorire il confronto e la condivisione fra i partecipanti, al fine di contenere il disagio psicologico relativo alle prime fasi dell'accettazione della malattia, valorizzare le risorse individuali e favorire l'adozione di strategie adattive;

[Gruppo costituito da 6-10 partecipanti, con durata di un'ora e mezza, a cadenza quindicinale, per un ciclo di 3 incontri; l'accesso può essere diretto, su invio del medico neurologo, o secondario alla prima valutazione del bisogno psicologico];

3. invio diretto allo psicologo referente per la presa in carico territoriale, in presenza di disagio psichico di entità clinicamente rilevante, per cui si rende necessario uno specifico trattamento di psicoterapia e/o sostegno [ved. *“Protocollo fra la Neurologia ospedaliera e il M.O. Psicologia Territoriale per l'assistenza psicologica nei casi di disabilità fisica e/o sensoriale in età adulta”* e il *“Protocollo localmente concordato per la diagnosi e il trattamento psicologici nei casi di disabilità fisica e/o sensoriale in età adulta”*];

4. orientamento per l'inserimento in gruppi di auto-aiuto o per l'accesso allo spazio di informazione e supporto psicologico dell'AIMS (*Associazione Italiana Sclerosi Multipla, Sezione di Rimini*).

PROGRAMMA DI PSICOLOGIA AUSL RIMINI	PROTOCOLLO LOCALMENTE CONCORDATO PER LA DIAGNOSI E IL TRATTAMENTO PSICOLOGICI NEI CASI DI SCLEROSI MULTIPLA NELL'AMBITO DELLA NEUROLOGIA OSPEDALIERA	
--	---	--

- **Per pazienti che manifestano disagio psicologico in momenti successivi alla diagnosi, nella gestione della cronicità (aumento disabilità, fasi critiche del ciclo vitale, concomitanza con eventi di vita stressanti, ecc.)**

1. valutazione del bisogno psicologico attraverso colloqui individuali (da 1 a 5), finalizzati a:

- contenere il disagio psicologico;
- valorizzare le risorse individuali e favorire l'adozione di strategie adattive;
- valutare la possibilità di invio per presa in carico territoriale;

2. invio diretto allo psicologo referente per la presa in carico territoriale [ved. *“Protocollo fra la Neurologia ospedaliera e il M.O. Psicologia Territoriale per l'assistenza psicologica nei casi di disabilità fisica e/o sensoriale in età adulta”* e il *“Protocollo localmente concordato per la diagnosi e il trattamento psicologici nei casi di disabilità fisica e/o sensoriale in età adulta”*]

- **Per familiari:**

1. prima valutazione del bisogno psicologico del familiare attraverso un breve ciclo di colloqui individuali e/o familiari (da 1 a 5), finalizzati a:

- contenere il disagio psicologico relativo all'accettazione della malattia del congiunto;
- valorizzare le risorse individuali e favorire l'adozione di strategie adattive;
- valutare la possibilità di inserimento in gruppi psico-educativi (nei casi di recente diagnosi) o l'invio per presa in carico territoriale;

2. inserimento in gruppi psico-educativi per familiari, finalizzati a:

- fornire informazioni sugli aspetti psicologici della malattia;
- contenere il disagio psicologico relativo alle prime fasi dell'accettazione della malattia;
- valorizzare le risorse individuali e favorire l'adozione di strategie adattive;
- favorire il confronto e la condivisione fra i partecipanti;

[Gruppo costituito da 6-10 partecipanti, con durata di un'ora e mezza, a cadenza quindicinale, per un ciclo di 3 incontri; l'accesso può essere diretto, su invio del medico neurologo, o secondario alla prima valutazione del bisogno psicologico];

3. invio diretto allo psicologo referente per la presa in carico territoriale [ved. *“Protocollo fra la Neurologia ospedaliera e il M.O. Psicologia Territoriale per l'assistenza psicologica nei casi di disabilità fisica e/o sensoriale in età adulta”* e il *“Protocollo localmente concordato per la diagnosi e il trattamento psicologici nei casi di disabilità fisica e/o sensoriale in età adulta”*].

PROGRAMMA DI PSICOLOGIA AUSL RIMINI	PROTOCOLLO LOCALMENTE CONCORDATO PER LA DIAGNOSI E IL TRATTAMENTO PSICOLOGICI NEI CASI DI SCLEROSI MULTIPLA NELL'AMBITO DELLA NEUROLOGIA OSPEDALIERA	
--	---	--

- **Per l'èquipe curante:**

l'intervento dello psicologo, su richiesta dell'èquipe curante, è costituito da incontri periodici con l'èquipe stessa, con gruppi differenziati per professionalità, o con i singoli professionisti, finalizzati ad acquisire le competenze necessarie per:

- facilitare la comunicazione con paziente e famiglia (in particolar modo nel periodo della diagnosi);
- favorire una maggior comprensione delle dinamiche relazionali tra paziente-famiglia ed èquipe;
- favorire la comprensione delle problematiche nascoste dietro atteggiamenti di scarsa compliance;
- favorire la presa di consapevolezza e la comprensione dei vissuti legati alla gestione della malattia cronica di lunga durata, ad eziologia ignota e in assenza di cure risolutive;
- favorire la comunicazione fra i diversi professionisti e il lavoro di èquipe.

5. CRITERI DI ELEGGIBILITÀ

I criteri di inclusione per la prima valutazione psicologica si riferiscono ai pazienti:

- neodiagnosticati con particolari fattori di rischio, con difficoltà di adattamento alla malattia e nella compliance;
- pazienti che manifestano disagio psicologico in momenti particolarmente critici del ciclo di vita o dell'evoluzione della malattia (es. ricadute che comportano aumento di disabilità, adozione di ausili per la deambulazione, ecc.).

I criteri di inclusione per l'attività dello psicologo si riferiscono ai familiari che:

- manifestano disagio psicologico inerente alla malattia del congiunto;
- hanno un legame significativo con il paziente;
- svolgono la funzione di caregiver.

6. CRITERI DI ACCESSO

Possono usufruire della prima valutazione psicologica i pazienti e i rispettivi familiari seguiti a livello ambulatoriale e di Day Hospital dalla U.O. di Neurologia. Pazienti e familiari possono essere segnalati dall'èquipe curante o richiedere autonomamente un intervento psicologico. In seguito ad una prima valutazione saranno indirizzati verso gli interventi più opportuni (*ved. paragrafo 2.2. Strumenti e modalità di trattamento*).

PROGRAMMA DI PSICOLOGIA AUSL RIMINI	PROTOCOLLO LOCALMENTE CONCORDATO PER LA DIAGNOSI E IL TRATTAMENTO PSICOLOGICI NEI CASI DI SCLEROSI MULTIPLA NELL'AMBITO DELLA NEUROLOGIA OSPEDALIERA	
--	---	--

7. DOCUMENTI DI REGISTRAZIONE

I colloqui con i pazienti e con i familiari di riferimento, così come la partecipazione ad incontri di gruppo, sono registrati nella scheda per la valutazione psicologica all'interno della cartella clinica del paziente.

8. RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- AA.VV. (2004). La famiglia. *MS in focus*, Numero 3
- AA.VV. (2004). Aspetti emotivi e cognitivi. *MS in focus*, Numero 4.
- Amato, M.P., Zipoli, V. (2004). Disturbi psichiatrici. *Aspetti psico-sociali della Sclerosi Multipla. Volume 3*. Springer-Verlag Italia.
- Battaglia, M.(a cura di) (2000). *Sclerosi Multipla in Italia*. Ed. AISM.
- Battaglia, M., Zagami, P.(a cura di) (2001). *Sclerosi Multipla: il momento della diagnosi*. Ed. AISM.
- Benedetti, S., Amadori, A., Pasquinelli, M., Ravasio, A. (2005). Fatica, depressione e comportamento di malattia in pazienti con Sclerosi Multipla di recente diagnosi. *Rivista Italiana di Neurobiologia*, 2(1-2), 27-36.
- Bianconi, G., Poggioli, E., Morelli, E., Razzaboni, E., Comelli, D. (2006). Aspetti psicologici della Sclerosi Multipla. *Giornale Italiano di Medicina del Lavoro ed Ergonomia*, 28 (1), Supplemento Psicologia, 1, 22-28.
- Bonino, S. (2006). *Mille fili mi legano qui. Vivere la malattia*. Ed. Laterza.
- Dalton, E.J., Heinrichs, R.W. (2005). Depression in Multiple Sclerosis: a quantitative review of the evidence. *Neuropsychology*, 19(2):152-8.
- Mohr, D.C., Cox, D. (2001). Multiple Sclerosis: empirical literature for the clinical health psychologist. *Journal of Clinical Psychology*, 57(4), 479-499
- Mohr, D.C., Hart, S.L., Julian, L., Cox, D., Pelletier, D. (2004). Association between stressful life events and exacerbation in multiple sclerosis: a meta-analysis. *British Medical Journal*, 328(7442) 431.
- Mohr, D.C., Pelletier, D. (2006). A temporal framework for understanding the effects of stressful life events on inflammation in patients with Multiple Sclerosis. *Brain, Behaviour, and Immunity*, 20, 27-36
- Ghaffar, O., Feinstein, A. (2007). The neuropsychiatry of Multiple Sclerosis: a review of recent developments. *Current Opinion in Psychiatry*, 20(3), 278-285.
- Goldman Consensus Group (2005). The Goldman Consensus statement on depression in Multiple Sclerosis. *Multiple Sclerosis*, 11, 328-337.

PROGRAMMA DI PSICOLOGIA AUSL RIMINI	PROTOCOLLO LOCALMENTE CONCORDATO PER LA DIAGNOSI E IL TRATTAMENTO PSICOLOGICI NEI CASI DI SCLEROSI MULTIPLA NELL'AMBITO DELLA NEUROLOGIA OSPEDALIERA	
--	---	--

- Hart, S., Fonareva, I., Merluzzi, N., Mohr, D.C. (2005). Treatment for depression and its relationship to improvement in quality of life and psychological well-being in Multiple Sclerosis patients. *Quality of life Research*, 14, 695-703.
- Jefferies, K. (2006). The neuropsychiatry of Multiple Sclerosis. *Advances in Psychiatric Treatment*, 12, 214-220.
- Jopson, N.M., Moss-Morris, R. (2003). The role of illness severity and illness representations in adjusting to Multiple Sclerosis. *Journal of Psychosomatic Research*, 54, 503-511.
- Litta, R. (2006). Identità e cambiamento: convivere con la Sclerosi Multipla. *SM*, 7(6), 20-23.
- Lobentanz, I.S., Asembaum, S., Vass, K., Sauter, C., Klösch, G., Kollegger, H., Kristoferitsch, W., Zeitlhofer, J. (2004). Factors influencing quality of life in Multiple Sclerosis patient: disability, depressive mood, fatigue and sleep quality. *Acta Neurologica Scandinavica*, 110, 6-13.
- McCabe, M.P., McKern, S., McDonald, E. (2004). Coping and psychological adjustment among people with Multiple Sclerosis. *Journal of Psychosomatic Research*, 56, 355-361.
- Moran, P.J., Mohr, D.C. (2005). The validity of Beck Depression Inventory and Hamilton Rating Scale for Depression items in the assessment of depression among patients with Multiple Sclerosis. *Journal of Behavioural Medicine*, 28(1), 35-41.
- Nicholl, C.R., Lincoln, N.B., Francis, V.M., Stephan, T.F. (2001). Assessment of emotional problems in people with Multiple Sclerosis. *Clinical Rehabilitation*, 15, 657-668.
- Pakenham, K.I. (1999). Adjustment to Multiple Sclerosis: application of a stress and coping model. *Health Psychology*, 18, 383-392.
- Pakenham, K.I. (2006). Investigation of the coping antecedents to positive outcomes and distress in Multiple Sclerosis. *Psychology and Health*, 21(5), 633-649.
- Schiaffino, K.M., Shawaryn, M.A., Blum, D. (1998). Examining the impact of illness representations on psychosocial adjustment to chronic illness. *Health Psychology*, 17, 262-268.
- Siegert, R.J., Abernethy, D.A. (2005). Depression in Multiple Sclerosis: a review. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 76, 469-475.
- Solari, A., Filippini, G., Mendozzi, L., Grezzi, A., Cifani, S., Barbieri, E., Baldini, S., Salmeggi, A., La Mantia, L., Farinotti, M., Caputo, D., Mosconi, P. (1999). Validation of Italian Multiple Sclerosis Quality of Life 54 Questionnaire. *Neurology Neurosurgery Psychiatry*, 67, 158-162.
- Stroebe, W., Stroebe, M.S. (1997). *Psicologia sociale e salute*. Milano: Mc Graw-Hill Italia.
- Van Kessel, K., Moss-Morris, R. (2006). Understanding Multiple Sclerosis fatigue: a synthesis of biological and psychological factors. *Journal of Psychosomatic Research*, 61, 583-585.

Il Protocollo Integrato

Per garantire una rete di supporto efficiente ed efficace si è cercato di **costituire un'interfaccia** tra la neurologia ospedaliera ed il servizio territoriale per i bisogni psicologici espressi da utenti e familiari che sono seguiti da uno o da entrambi i servizi. Con il protocollo si intende inoltre introdurre:

- una classificazione dei livelli di priorità del caso sulla base di una valutazione del rapporto tra **fattori di rischio psicologici e risorse presenti**;
- l'**attivazione** dell'intervento psicologico più idoneo al caso seguendo le indicazioni del "Protocollo localmente concordato per la diagnosi ed il trattamento psicologici nei casi di disabilità fisica e/o sensoriale in età adulta" del Programma aziendale di psicologia.

Con tali premesse è stato definito il *“Protocollo di raccordo tra la Neurologia ospedaliera e la Psicologia territoriale per l’assistenza psicologica nei casi di disabilità fisica e/o sensoriale in età adulta”*; tale procedura include tutti gli utenti che si trovino in una fascia d’età compresa tra i 18 e i 64 anni, in una condizione di Invalidità certificata o in via di accertamento, e che siano seguiti dalla Neurologia ospedaliera e/o dal servizio territoriale competente.

PROGRAMMA DI PSICOLOGIA AUSL RIMINI	Protocollo tra la Neurologia ospedaliera e la Psicologia territoriale per l'assistenza psicologica nei casi di Disabilità fisica e/o sensoriale in età adulta.	
--	---	--

SOMMARIO

1.Scopo / obiettivo	pag 31
2.Campo di applicazione	pag 31
3.Riferimenti	pag 32
4.Responsabilita'	pag 32
5.Descrizione delle attivita'	pag 34

PROGRAMMA DI PSICOLOGIA AUSL RIMINI	Protocollo tra la Neurologia ospedaliera e la Psicologia territoriale per l'assistenza psicologica nei casi di Disabilità fisica e/o sensoriale in età adulta.	
--	---	--

1. SCOPO/OBIETTIVO

Scopo di questa procedura è governare il percorso dell'utente, con necessità d'intervento psicologico, tra la neurologia ospedaliera e la psicologia territoriale, a fronte di una diagnosi di disabilità fisica e/o sensoriale e con il consenso della persona, veda l'attivazione di un iter definito e condiviso che preveda la presa in carico della stessa attraverso una valutazione tempestiva del caso e l'individuazione della/delle risposte più appropriate in rapporto al bisogno specifico dell'utente.

Tale percorso deve salvaguardare i seguenti obiettivi:

- Definire e governare un percorso che garantisca un raccordo tra i due servizi citati e che preveda l'attivazione di un progetto di presa in carico territoriale finalizzata al supporto psicologico della persona,
- Garantire una classificazione dei livelli di priorità del caso (tipo codice "triage") sulla base di una valutazione del rapporto tra fattori di rischio psicologici e risorse presenti (così come indicati nel "Protocollo localmente concordato per la diagnosi e d il trattamento psicologici nei casi di disabilità fisica e/o sensoriale in età adulta").
- Garantire l'attivazione dell'intervento psicologico più idoneo al caso seguendo le indicazioni del "Protocollo localmente concordato per la diagnosi ed il trattamento psicologici nei casi di disabilità fisica e/o sensoriale in età adulta" del Programma aziendale di psicologia.
- Costituire un interfaccia tra la neurologia ospedaliera ed il servizio territoriale per i bisogni psicologici espressi da utenti e familiari che sono seguiti da uno o da entrambi i servizi per le reciproche competenze.

2. CAMPO DI APPLICAZIONE

Il seguente percorso è riferibile a tutti gli utenti nella fascia d'età 18-64 anni, che presentano un quadro di disabilità fisica e/o sensoriale, per lo più cronica ed invalidante, attestata da diagnosi mediche, che presentino un bisogno psicologico, un quadro comunicativo e cognitivo pressoché integro e che siano seguiti dalla Neurologia ospedaliera e/o dal servizio territoriale competente.

PROGRAMMA DI PSICOLOGIA AUSL RIMINI	Protocollo tra la Neurologia ospedaliera e la Psicologia territoriale per l'assistenza psicologica nei casi di Disabilità fisica e/o sensoriale in età adulta.	
--	---	--

3. RIFERIMENTI

- **Protocollo localmente concordato per la diagnosi ed il trattamento psicologici nei casi di Disabilità Fisica e/o Sensoriale in età adulta.** (vedi allegato n 1)
- **Protocollo localmente concordato per la diagnosi ed il trattamento psicologici nei casi di Sclerosi Multipla nell'ambito della Neurologia ospedaliera.** (vedi allegato 2)

4. RESPONSABILITA'

Le responsabilità operative associate alle singole attività sono specificate nella seguente matrice delle "attività/responsabilità":

RESPONSABILITA' ATTIVITA'	Medico-neurologo	Psicologo reparto o primo punto di accesso psicologico territoriale	Psicologa referente territoriale	Utente e famigliari			STRUMENTI	
							di riferimento	di registrazione
1) Prima valutazione del bisogno psicologico	R						-Visite specialistiche -Colloqui	cartella clinica
2) Informazione all'utente e alla famiglia rispetto alla possibilità di effettuare una consulenza psicologica	R			C			-Colloqui	Consenso informato e consenso al trattamento dei dati sensibili
3) Segnalazione/invio per una prima consulenza psicologica in reparto nei casi di SM o al primo punto di accesso territoriale per gli altri casi	R	C		C			-Richiesta scritta di prima consulenza	Cartella clinica

PROGRAMMA DI PSICOLOGIA AUSL RIMINI	Protocollo tra la Neurologia ospedaliera e la Psicologia territoriale per l'assistenza psicologica nei casi di Disabilità fisica e/o sensoriale in età adulta.	
--	---	--

4) Prima visita/accoglienza e successivi colloqui (massimo 5) per valutazione del caso		R					-Colloquio clinico, -Intervista semi-strutturata, -Eventuali tests psicologici	-Cartella clinica -Protocolli testistici
5) Stesura delle indicazioni d'intervento individuale		R						-Relazione clinica
6) Passaggio/invio delle indicazioni allo psicologo referente territoriale e comunicazione agli invianti della Neurologia	C	R	C				Colloquio	-Relazione clinica
7) Presa in carico dello psicologo territoriale e approfondimento del caso			R				-Colloquio clinico -Eventuali tests psicologici	-Cartella clinica -Protocolli testistici
8) Formalizzazione ed esecuzione degli interventi /trattamenti identificati come risposta più appropriata al bisogno dell'utente			R				-Colloquio clinico -Identificazione trattamento -Contratto terapeutico	-Cartella clinica
9) Monitoraggio dell'andamento del trattamento			R				-Colloquio clinico - Eventuali tests di verifica dell'efficacia	-Cartella clinica -Protocolli testistici
10) Conclusione dell'intervento/trattamento			R				- Colloquio di restituzione	-Cartella clinica -Eventuale referto/relazione clinica

PROGRAMMA DI PSICOLOGIA AUSL RIMINI	Protocollo tra la Neurologia ospedaliera e la Psicologia territoriale per l'assistenza psicologica nei casi di Disabilità fisica e/o sensoriale in età adulta.	
--	---	--

5. DESCRIZIONE DELLE ATTIVITA'

1) Il medico-neurologo di riferimento effettuerà una prima valutazione dell'eventuale bisogno psicologico dell'utente/familiare, attraverso visite specialistiche e colloqui.

2/3) Qualora sia rilevata la presenza di tale bisogno, il medico-neurologo informerà l'utente e/o i familiari della possibilità di effettuare una consulenza psicologica e, con il loro accordo, procederà, con richiesta scritta, alla segnalazione/invio del caso allo psicologo del reparto nei casi di SM o al primo punto di accesso psicologico territoriale negli altri casi.

4) A fronte di una diagnosi di disabilità fisica e/o sensoriale con un bisogno psicologico espresso/manifesto, in caso di segnalazione dall'U.O. di Neurologia, lo psicologo del reparto o lo psicologo del primo punto d'accesso psicologico territoriale effettua, attraverso colloqui clinici ed eventuali test, una prima valutazione del caso secondo quanto contenuto nel "Protocollo localmente concordato per la diagnosi ed il trattamento psicologici nei casi di disabilità fisica e/o sensoriale in età adulta" con particolare attenzione ai fattori di rischio ed ai criteri di eleggibilità al fine di rilevare il livello di priorità dell'intervento psicologico e dare indicazioni sulla tipologia del trattamento.

Tale prima valutazione include:

- raccolta della storia di vita dell'utente
- anamnesi sanitaria, familiare, scolastica, socio-relazionale, professionale
- valutazione delle abilità cognitive, comunicative-espressive e delle autonomie personali di tipo primario, secondario e psicologiche
- analisi della domanda e dei bisogni
- analisi dei fattori di rischio attinenti alla sfera psicologica-individuale e alla sfera relazionale-contestuale
- verifica della disponibilità delle risorse personali, familiari e sociali

Successivamente si procede alla differenziazione tra situazione di priorità o di non priorità, utilizzando come riferimento i seguenti **criteri**:

- Fattori di rischio
- Entità della gravità della psicopatologia
- Disponibilità delle risorse

PROGRAMMA DI PSICOLOGIA AUSL RIMINI	Protocollo tra la Neurologia ospedaliera e la Psicologia territoriale per l'assistenza psicologica nei casi di Disabilità fisica e/o sensoriale in età adulta.	
--	---	--

4a) A fronte di una valutazione di situazione di Priorità, si provvede all'attuazione di un intervento specialistico-psicologico idoneo alle necessità dell'utente, in modo tempestivo.

4b) Nel caso la situazione venga valutata Non Prioritaria, si provvede a fornire un primo supporto e prime informazioni.

5) Effettuata la valutazione psicologica del caso, si procede alla stesura delle indicazioni di intervento individuale, che oltre ad essere scritte, devono esplicitare i seguenti elementi minimi: inquadramento del caso in termini di problema emergente e funzionamento psicologico, tipologia dell'intervento psicologico da effettuare, obiettivi perseguibili, invio al referente del caso individuato.

6) Definita la tipologia del percorso/intervento più adatto ai bisogni dell'utente, sarà comunicato, attraverso un colloquio e relazione scritta, quanto rilevato agli invianti della Neurologia e allo psicologo referente territoriale direttamente interessato.

7) Quando lo psicologo territoriale prende in carico il caso, procede ad un ulteriore approfondimento con lo scopo di definire il trattamento più adeguato (sostegno psicologico o psicoterapia breve individuale, di coppia, di gruppo, rivolti all'utente o ai familiari), attraverso colloqui clinici e l'utilizzo di eventuali tests psicologici.

8) A fronte della individuazione del trattamento psicologico più appropriato al bisogno ed alle risorse della persona, lo psicologo referente del caso procederà alla sua attivazione utilizzando le tecniche proprie della professione e registrando le sedute nella cartella clinica.

9/10) Monitoraggio e conclusione del trattamento in relazione al contratto terapeutico effettuato con il paziente ed in linea con il "Protocollo localmente concordato per la diagnosi e il trattamento psicologici nei casi di Disabilità Fisica e /o Sensoriale in età adulta".



Unità Operativa Risorse Intangibili

via Flaminia, 76, 47900 Rimini

☎ 0541.304909

📠 0541.304907

🌐 www.risorse-intangibili.it

✉ fuori@auslrn.net