MAGGIO 2009

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Rimini

Ospedale: luogo di cura, di vissuti e di relazioni

Convegno Psicologia Ospedaliera Area Vasta

Programma di Psicologia

Giovedì
13 novembre
2008
dalle ore 08.30
alle 18.00

Aula G
Ospedale Infermi
via Settembrini, 2
Rimini

Quaderni ASRI

120

A cura di: Dott.ssa Maria Maffia Russo

CONVEGNO PSICOLOGIA OSPEDALIERA AREA VASTA

"OSPEDALE: LUOGO DI CURA, DI VISSUTI E DI RELAZIONI"

13 NOVEMBRE 2008, RIMINI

INDICE

- Presentazione del Dr. Angelo Fioritti, Responsabile del Servizio di salute Mentale Dipendenze Patologiche e Salute nelle Carceri Regione Emilia-Romagna
- Saluti del Dr. Saverio Lovecchio, Direttore Sanitario AUSL Rimini
- Introduzione della Dott.ssa Maria Maffia Russo, Direttore Programma di Psicologia AUSL Rimini

Parte I

Relazioni

- L'ospedale moderno e il Servizio di Psicologia, Dr. Dante Comelli - Responsabile Servizio di Psicologia Ospedaliera Policlinico di Modena, Docente Master Psicologia Ospedaliera Parma
- Indagine sulle competenze psicologiche degli operatori sanitari: risultati e risposte della Psicologia, Dott.ssa Maria Maffia Russo - Direttore Programma di Psicologia AUSL Rimini
- Quale possibile sviluppo per la psicologia in ospedale, Dr. Domenico Grandini - Direttore U.O. di Psicologia AUSL Forlì
- La formazione degli operatori sanitari, Dr. Paolo Sacchetti - Direttore Ufficio Formazione AUSL Cesena
- Continuità e integrazione ospedale-territorio, Dott.ssa Marisa Bianchin - Direttore di Distretto AUSL Ravenna

Parte II

Tavola rotonda: "Il punto di vista dei medici"

Introduzione del moderatore, Dr. Massimo Ferrari - Direttore U.O. Risorse Intangibili AUSL Rimini

Interventi:

- Dr. Renzo Mignani, U.O. Nefrologia e Dialisi Ospedale Infermi AUSL Rimini
- Dr. William Raffaeli, Direttore U.O. Terapia Antalgica e Cure Palliative Ospedale Infermi AUSL Rimini
- Dr. Alberto Ravaioli, Direttore U.O. Oncologia e Oncoematologia Ospedale Infermi AUSL Rimini
- Dr. Nicola Romeo, Direttore U.O. Neonatologia Ospedale Infermi AUSL Rimini
- Dott.ssa Antonella Santullo, Direzione Infermieristica e Tecnica AUSL Rimini
- Dott.ssa Virna Valmori, Direttore Sanitario Ospedale Bufalini Cesena

- Dott.ssa Paola Dalla Casa, Direttore U.O. Pediatria Ospedale Morgagni-Pierantoni Forlì
- Dr. Germano Pestelli, Direttore U.O. Fisiatria Ospedale Morgagni-Pierantoni Forlì
- Dott.ssa Daniela Valpiani, U.O. Gastroenterologia Ospedale Morgagni-Pierantoni Forlì
- Dr. Alessandro Ravasio, U.O.Neurologia Ospedale Infermi AUSL Rimini

Commento del moderatore Dr. Massimo Ferrari
Discussione

Parte III

Sezione clinica dedicata agli psicologi ospedalieri

Confronto delle esperienze cliniche di Rimini, Cesena, Forlì, Ravenna:

- Dott.ssa Pamela Bagli, Psicologa Ospedale Infermi AUSL Rimini
- Dott. Domenico Grandini, Direttore U.O. di Psicologia AUSL Forli
- Dott.ssa Barbara Novelli, Psicologa Ospedale Bufalini Cesena
- Dott.ssa Miria Strada, Dott.ssa Claudia Guerrini Andalò, Dott.ssa Rachele Nanni, Psicologhe AUSL Ravenna

Intervento del Dr. Gaetano Trabucco, Responsabile del Servizio di Psicologia Clinica Ospedale di Verona

Allegati: Poster
Hospice
Nefrologia
Neonatologia
Neurologia
Oncologia
Pediatria

Presentazione del Dr. Angelo Fioritti, *Responsabile del Servizio di salute Mentale Dipendenze Patologiche e Salute nelle Carceri Regione Emilia-Romagna*

Comunicazione pervenuta in forma scritta

Cari colleghi,
sono molto dispiaciuto di non poter prendere parte come avevo promesso al convegno di area vasta Romagna sulla psicologia ospedaliera. Purtroppo la data da tempo fissata coincide con un incontro a Roma di importanza cruciale per i programmi relativi agli Ospedali Psichiatrici Giudiziari, area sulla quale la nostra regione sarà chiamata a svolgere un ruolo di coordinamento nazionale.
Quello che avrei voluto dirvi di persona e che consegno a questo messaggio è un forte incoraggiamento a proseguire nell'opera che finalmente si è avviata di precisa definizione delle attività degli psicologi nell'Azienda, così come richiesto dalla Regione con le indicazioni in tema di atto aziendale contenute nella Delibera di Giunta 2011/07. In esse si richiede che le Aziende che non abbiano già provveduto in tal senso si dotino per lo meno di un Programma Aziendale di Psicologia che definisca le aree di intervento, monitorizzi l'appropriatezza degli stessi e riequilibri la disponibilità di risorse tra i settori nei quali si esplica la attività psicologica. Inoltre si richiede che aspetti di fondamentale importanza come la formazione ed il collegamento con il settore privato vengono curati dal Programma.
La psicologia ospedaliera è esplicitamente citata come area prioritaria di intervento della psicologia in ambito aziendale. In essa è possibile valorizzare appieno tutto il potenziale di promozione della salute (del cittadino e dell'operatore) che la professione di psicologo, meglio ancora di ogni altra professione clinica, può e deve esprimere. L'attività del Programma deve garantire una piena qualificazione professionale degli psicologi impegnati in tale settore ed individuare chiaramente le metodologie più appropriate per ogni contesto, dall'intervento sul singolo paziente, agli interventi gruppali, dagli interventi sulle èquipe al sostegno alle famiglie ed agli utenti in termini di auto-mutuoaiuto. Si tratta di un'area nella quale il confronto fra esperienze diverse ma vicine può stimolare un affinamento di pratiche e sviluppare competenze professionali innovative e razionali.
Per tutti questi motivi auguro a tutti i partecipanti un buon lavoro, confidando di avere presto altri momenti istituzionali e professionali di confronto sul tema.
Un ringraziamento va alla Azienda USL di Rimini ed in particolare alla Dott.ssa Maria Maffia Russo per l'attenzione e la competenza che hanno espresso con la organizzazione di questo convegno.

Un caro saluto
Angelo Fioritti

Saluti del Dr. Saverio Lovecchio, *Direttore Sanitario AUSL Rimini*

La Direzione Generale non può che essere contenta del fatto che professionisti che operano in tanti settori si incontrino; in questi ultimi anni la spinta verso forme di integrazione fra i professionisti è forte: io spero che questi momenti, di discussione, di confronto fra esperienze fatte sul campo, contribuiscano a dare senso al fatto che se non si mettono in relazione le proprie competenze con quelle di altri professionisti non si opera nell'interesse del paziente, perché ci ripetiamo sempre che il paziente deve essere al centro delle nostre attenzioni, e tutti quanti siamo consapevoli del fatto che il paziente ha bisogno di tante cose. Bisogna imparare a lavorare insieme, questa è la scommessa, perché se non riusciamo a trovare una relazione, non solo col paziente, ma anche con gli altri professionisti, questa integrazione non la raggiungiamo. Spero che questa giornata di lavori serva anche a creare le condizioni per andare avanti su questa strada. Penso che il Programma di Psicologia qui a Rimini abbia tanto da dire e da fare ancora, per cui grazie, e auguri di una buona giornata di lavoro a tutti.

Introduzione della Dott.ssa Maria Maffia Russo, *Direttore Programma di Psicologia AUSL Rimini*

Perché abbiamo organizzato questo convegno? Da circa tre anni lavoriamo in ambito ospedaliero come gruppo di psicologi; sono stati tre anni molto produttivi, soprattutto di riflessioni intorno a quale deve o può essere la pratica clinica della psicologia in ospedale. Il punto dal quale siamo partiti, nella definizione della missione della psicologia ospedaliera, è la condivisione dell'assunto che la psicologia in ospedale può affiancarsi alle altre discipline per migliorare il processo di cura. La missione dell'ospedale è di curare i pazienti, la psicologia può e deve contribuire affinché questo sia fatto assumendo come paradigma “il paziente al centro del sistema di cura”. Intorno a questi due nuclei, quale pratica clinica e come, abbiamo lavorato, abbiamo prodotto dei protocolli e abbiamo chiesto alle altre aziende di Area Vasta di iniziare una riflessione comune. Proprio nell'ottica dell'Area Vasta, che si sta sviluppando cercando di condividere pratiche, obiettivi e contenuti in molte discipline, abbiamo cercato di fare un lavoro comune, con il Dr. Domenico Grandini -Psicologo, Direttore dell'U.O. di Psicologia dell'AUSL di Forlì-, la dott.ssa Marisa Bianchin -Psicologa, Direttore di Distretto dell'AUSL di Ravenna-, il Dr. Paolo Sacchetti -Psicologo, Direttore dell'Ufficio Formazione dell'AUSL di Cesena-, e con tutti i collaboratori. Un punto di forza della psicologia ospedaliera è rappresentato dal fatto che vi sono impegnati giovani psicologi che con la propria energia cercano di portare contributi creativi allo sviluppo della pratica clinica. Il coinvolgimento dei colleghi delle altre aziende, oltre ad essere doveroso, è stato sicuramente un'occasione importante per iniziare a creare quelle sinergie, quelle condivisioni necessarie per uno sviluppo omogeneo delle pratiche di cura.

Parte I

Relazioni

"L'ospedale moderno e il Servizio di Psicologia"

Dr. Dante Comelli
Responsabile Servizio di Psicologia Ospedaliera - Policlinico di Modena
Docente Master Psicologia Ospedaliera - Parma

Io farò un lavoro di impostazione su quale potrebbe essere il senso dell'ingresso del sapere psicologico negli ospedali a confronto con il sapere della medicina, con una particolare attenzione a tenere in considerazione l'ospedale che funziona in quanto organizzazione.
Mi soffermerò su tre punti: l'ospedale moderno, la pratica clinica e la centralità del soggetto, il Servizio di Psicologia.
Ho sempre trovato poco concepibile ragionare intorno al Servizio di Psicologia restando all'interno delle sue logiche e non vedendo il Servizio di Psicologia come un elemento all'interno di un'organizzazione più vasta che la contiene e all'interno della quale vengono specificati e declinati gli scopi e gli obiettivi del servizio, nonché le modalità di lavoro degli psicologi che in esso operano. Ho assistito a questo processo che è ancora in atto e oggi ha acquistato un discreto vigore: il fenomeno del progressivo ingresso della figura dello psicologo all'interno degli ospedali. È un processo iniziato diversi anni fa: all'inizio gli psicologi entravano non perché ci fossero previste all'interno dell'organizzazione ospedale delle strutture specifiche di psicologia, ma perché venivano chiamati, perché si sentiva da qualche parte, magari in oncologia, magari in pediatria, il bisogno che ci fosse qualche persona competente che si occupasse delle conseguenze psicologiche della malattia e dei processi di cura. Le conseguenze psicologiche non derivano solamente dalla condizione dell'essere malato, ma anche dai processi di diagnosi e di terapia. Questo inizio della collaborazione fra psicologi e ospedale ha avuto come conseguenza una visione non strategica della psicologia all'interno degli ospedali: la psicologia entra nella figura dello psicologo che viene chiamato ad personam nel momento del bisogno, sulla base sostanzialmente di un meccanismo di delega della sofferenza emotiva. Questo è il punto di inizio. La fase che invece stiamo attraversando ora è esattamente la fase nella quale abbiamo l'opportunità, insieme a tutti gli altri attori che lavorano negli ospedali, medici e infermieri per primi, di ripensare il senso della presenza degli psicologi dentro l'ospedale ed il servizio di Psicologia, e quindi di dotarci di una visione strategica, di cercare di capire quale può essere la collocazione strategica del Servizio di Psicologia all'interno di una azienda.
Iniziamo subito con una domanda strategica: qual è lo scopo della psicologia all'interno dell'ospedale? La prima ipotesi è che il sapere della psicologia può concorrere al fatto che l'organizzazione ospedale sia in grado di raggiungere i suoi obiettivi primari: contrastare la malattia e e favorire la salute, cioè incidere sui processi di diagnosi e di cura. Accanto a questa prospettiva ce n'è un'altra che risente del modo in cui è iniziata la collaborazione tra psicologi e ospedale, per cui il Servizio di Psicologia interviene sul tema della sofferenza

delle persone ricoverate all'interno dell'ospedale con strumenti tecnici specifici: l'ascolto partecipato, la relazione empatica, più in generale l'uso degli strumenti della comunicazione e della relazione per migliorare il rapporto tra persone. Quale delle due opzioni per il Servizio di Psicologia? Naturalmente questa è una falsa domanda, una falsa alternativa. Non sono in contrapposizione ma coordinabili. C'è però un punto importante per capire qual è il carattere del servizio: se lo pensiamo come in grado di concorrere a migliorare i processi e la qualità della cura in ospedale, si dovrà confrontare con una serie di temi specifici dell'ospedale, quindi il problema della compliance, il problema dell'errore clinico, il problema del dolore, il problema della formazione, cioè una serie di temi attraverso i quali può avere un ruolo “hard”, e quindi concorrere a migliorare i processi di diagnosi e di cura; in alternativa può avere un ruolo “soft”, nel momento in cui, in modo interpersonale ed empatico, interviene sulla sofferenza del paziente. Se avrà una collocazione “soft” sarà un servizio accessorio, con il rischio di essere considerato opzionale e di esistere solo se le risorse lo permettono.
Torniamo allo scopo primario dell'organizzazione: l'ospedale è un'organizzazione produttiva che fornisce servizi alla persona. L'ospedale moderno non è quello di 50 anni fa. Le tre principali caratteristiche dell'ospedale moderno sono rappresentate dal processo di progressiva specializzazione del sapere medico, dalla rilevanza sempre maggiore della dotazione tecnologica, dall'essere sempre più il luogo elettivo nel quale viene praticata la medicina predittiva. Faccio una premessa: non è questione di essere d'accordo o meno, ma di riconoscere che questi processi stanno avvenendo. Quali sono le conseguenze della progressiva tecnologizzazione per i pazienti? Penso alle rappresentazioni mentali e sociali che i pazienti e le persone hanno dell'ospedale e dei processi che avvengono al suo interno. È un punto critico di crisi dell'identità professionale del medico perché il progresso tecnologico fa sì che a livello di realtà percepita la popolazione, i pazienti stessi, comincino a percepire come rilevante il progresso tecnologico piuttosto che la competenza e la professionalità dei medici. Lo sviluppo tecnologico è base di molti progressi, ha però alcune ripercussioni e quindi va gestito, occorre considerare le implicazioni sui rapporti interpersonali. La medicina predittiva, con la sua capacità di individuare quello che avverrà in futuro in termini di patologia, ha prodotto un cambiamento fondamentale nel modo di essere pazienti e di essere sani di ognuno di noi: si parla di “malati di rischio”, una sorta di contraddizione in termini, per indicare persone sane che però sono soggette a rischio di ammalarsi in un determinato lasso di tempo; nel mondo anglosassone è stato coniato un termine nuovo: “un-patients”, i “non-pazienti”, denso di implicazioni psicologiche.
L'ospedale è un'organizzazione sottoposta a cambiamento: sta cambiando radicalmente e velocemente il modo in cui pazienti e familiari si rivolgono alla medicina e all'ospedale. È una modalità più dura, più forte, più piena di pretese, più tendente anche al conflitto, oltre che più consapevole, più informata, anche se si tratta di sapere in che modo: c'è un diverso atteggiamento della popolazione, dei pazienti e dei familiari, nei confronti dell'ospedale. L'ospedale come risponde? Può rispondere in maniera difensiva. Il ruolo della psicologia in ospedale può anche essere quello di aiutare l'ospedale ad assumere una posizione non difensiva nei confronti di questi momenti conflittuali riconoscendone la loro produttività. Il

numero di conflitti e contenziosi aperti tra pazienti, familiari e ospedale è un indicatore, ma quando il conflitto avviene in modo più silente può prendere la forma di una non-compliance o ridotta adesione ai trattamenti consigliati. E qui veniamo al punto cruciale della psicologia, che dà un contributo diretto ai processi di diagnosi e cura. Dal 20 al 70% dei pazienti omettono di seguire la terapia consigliata: ci troviamo di fronte ad una sorta di mondo virtuale, nel quale si producono prestazioni di diagnosi e cura che funzionerebbero se venissero seguite: questo abbassa drammaticamente la qualità finale dei prodotti.
La psicologia è in grado con i suoi strumenti di provare a fare qualcosa insieme al medico e agli infermieri per migliorare l'aderenza? Vi elenco cinque azioni per uscire da una abitudine nella quale la centralità del soggetto è invocata come dogma, rispetto al quale sono tutti d'accordo, mentre non ci si ferma mia a riflettere sulle azioni da fare per dare corpo e spessore al concetto: la responsabilizzazione del paziente, che significa avere un paziente partecipe della propria cura, non oggetto ma soggetto, non esperto in medicina ma interlocutore a livello personale; l'inclusione nel processo di cura dei familiari, che in tante occasioni possono essere un ostacolo ai tempi organizzativi, ma non siamo più nei tempi in cui di fronte a questo tipo di attacco la risposta difensiva dell'ospedale era quella di chiudere i reparti e di limitare i tempi di visita; l'adeguamento delle circostanze di cura ai bisogni dei pazienti, per cui un buon contributo che potrebbe derivare dalla psicologia è la proposta di modelli diversi di organizzazione del lavoro, che possono essere più o meno adeguati e rispondenti anche ai bisogni psicologici dei pazienti e dei familiari, non “invece di” ma “oltre che” rispetto alle necessità più strettamente biomediche; la promozione delle competenze relazionali; la collaborazione con le associazioni in senso lato, di volontariato, di malati, i comitati consultivi.
Veniamo ora al metodo di lavoro dei Servizi di Psicologia per quanto riguarda le scelte organizzative: esistono nella realtà attuale italiana ottimi Servizi di Psicologia che si fondano su scelte organizzative diverse. Ci sono servizi centrati sulla consulenza psicologica, altri organizzati intorno all'ambulatorio centralizzato di psicologia, altri ancora che hanno fatto la scelta organizzativa dell'inclusione degli psicologi all'interno delle equipe curanti. Io mi riconosco più che nelle altre in quest'ultima. Questa è la scelta organizzativa coerente quando si parla di necessità di integrazione professionale, perché altrimenti l'integrazione professionale, con le altre scelte, resta una parola propagandistica e vuota. Se noi istituiamo all'interno dell'ospedale dei luoghi di separatezza, se noi, sia medici che psicologi, abbiamo in mente di avere a che fare con due tipi di specialisti, - i medici, gli specialisti della malattia, e gli psicologi, gli specialisti del vissuto soggettivo di malattia -, riproponiamo un modello che non può essere di integrazione effettiva dei saperi, ma che tende anzi a perpetuare la divisione e la contrapposizione tra i saperi, con una ben prevedibile lotta reciproca tra attori che si sentono portatori di istanze diverse. Uno dei rischi da evitare è infine quello che gli psicologi rimproverino alla medicina di aver assunto un modello riduzionista, cioè un modello che riduce la malattia al dato biologico, senza accorgersi del rischio di proporre come alternativa un modello psicologico di tipo riduzionista. L'integrazione, quella vera, non può avvenire sulla base di una sorta di separazione fra i due saperi.

“Indagine sulle competenze psicologiche degli operatori sanitari: risultati e risposte della Psicologia”

Dott.ssa Maria Maffia Russo, *Direttore Programma di Psicologia AUSL Rimini*

Come prima cosa vorrei sottolineare un obiettivo già raggiunto in questa giornata, rappresentato dai sei poster, costruiti dai colleghi che lavorano negli ospedali delle quattro aziende: sicuramente questa giornata è stata l'occasione per un primo confronto sulle pratiche cliniche presenti nei diversi ospedali (Poster in allegato).
Quando si entra nel merito della pratica clinica è necessario partire dalla rilevazione dei bisogni ai quali si va a rispondere; tanto più questo era doveroso in ospedale, dove la percezione che hanno gli operatori sanitari della loro professione e delle loro competenze relazionali può essere diversa dall'idea che ne hanno gli psicologi. La ricerca che vado a presentare nasce proprio dal tentativo di rendere più coerenti possibili le risposte della psicologia a quelli che sono i bisogni degli operatori sanitari.
Prima di entrare nel merito, faccio una breve presentazione del “Programma di Psicologia”, che nasce in questa azienda nel 2005. È un organismo tecnico che supporta la Direzione Sanitaria e Generale nella committenza di tutte le attività e gli interventi di pertinenza della professione della psicologia; indica, in accordo con i direttori dei Dipartimenti e delle Unità Operative, quali sono le risorse psicologiche di cui ha bisogno quel reparto o quel dipartimento; ha un compito relativo al governo clinico, nel definire cosa fa la psicologia, come lo fa, attraverso quali strumenti. Il Programma in ambito aziendale si è organizzato in cinque aree di lavoro: area infanzia, area adolescenza, area famiglia, area adulti e area ospedale. Il primo strumento per il governo clinico che abbiamo utilizzato è rappresentato dai Protocolli Localmente Concordati, che hanno l'obiettivo di esplicitare la specifica competenza della psicologia nelle cinque aree suddette. Il secondo strumento è rappresentato invece dai percorsi integrati nelle situazioni di alta complessità di bisogno che attengono a tutti quei casi in cui la risposta deve essere multimodale e interdisciplinare. Su questo ad esempio abbiamo sviluppato in ambito ospedaliero un interessante percorso con la neurologia, l'associazione AISM (Associazione Italiana Sclerosi multipla) e i servizi territoriali di psicologia.

Il progetto di ricerca è un'indagine sulle competenze psicologiche degli operatori sanitari che lavorano nell'ospedale di Rimini. È stato fatto insieme alla Facoltà di Psicologia dell'Università di Cesena. Non è un progetto concluso, oggi presento i primi risultati. L'obiettivo era quello di rilevare la percezione dei bisogni degli operatori sanitari in merito a tre aree: la conoscenza degli strumenti della comunicazione, la comprensione della centralità della relazione nella cura, la consapevolezza del lavoro di equipe come fattore protettivo. La finalità era quella di individuare le aree di bisogno al fine di identificare i programmi di formazione e di intervento clinico coerenti con le necessità degli operatori.
La descrizione del campione è riportata nella seguente tabella (tabella 1):

Qualifica professionale	Numero Questionari	Percentuale
Medici e specializzandi	148	25%
Infermieri e ostetriche	389	65,7%
OSS	55	9,3%
Totali	592	100%

Tabella 1

Dei 789 questionari distribuiti ne sono stati riconsegnati 592.
I reparti coinvolti sono: Oncologia, Pediatria, Chirurgia Pediatrica, Terapia Antalgica e Cure Palliative, Neonatologia, Ginecologia Ostetricia e Sala Parto, Nefrologia e Dialisi, Neurologia, Malattie Infettive, Medicina I e Medicina II, Chirurgia, Cardiologia, Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza, Anestesia e Rianimazione, Geriatria, Post-acuti.
È emersa una maggior percentuale di risposte nei reparti alta criticità.
Lo strumento utilizzato è un questionario anonimo di autovalutazione, con scala likert a quattro punti, strutturato nel seguente modo:

- raccolta dati (qualifica professionale, U.O., orario di lavoro, anzianità lavorativa, genere);
- due domande introduttive: “quale percezione avete del vostro bisogno di possedere una maggior conoscenza degli strumenti e delle competenze psicologiche?”, “Che percezione avete relativamente alle vostre capacità di affrontare le difficoltà relazionali?”;
- tredici domande riguardanti il bisogno di migliorare le proprie competenze nelle tre aree: relazione con l'equipe e vissuti personali, relazione con paziente e familiari, comunicazione con paziente e familiari;
- l'ultima domanda è aperta: “altre aree, situazioni...”.

La metodologia usata è stata quella di lavorare in alleanza con i Direttori delle Unità Operative e i Coordinatori Infermieri. Il Direttore Sanitario del Presidio Ospedaliero ha contribuito a diffondere e sensibilizzare tramite lettera di presentazione i Direttori delle U.O., c'è stato un incontro dello psicologo con i Direttori delle Unità Operative e con i Coordinatori Infermieri, quindi la consegna agli operatori ed il ritiro del questionario compilato.
Vi presento oggi i macrorisultati. L'anno prossimo saranno inviati a tutte le Unità Operative i risultati dello studio analitico.
Sui due item introduttivi, “bisogno di conoscenza di strumenti e competenze psicologiche” e “percezione della capacità di affrontare le difficoltà relazionali”, le medie sono elevate, le risposte “sempre” e “spesso” sono superiori al 50%. Emerge in particolare come il bisogno di conoscenza e di strumenti sia inversamente proporzionale alla qualifica professionale, per cui più alta è la qualifica, minore sembra il bisogno percepito, mentre più alta è la qualifica, più si percepisce di avere capacità di affrontare le difficoltà relazionali. Dalla correlazione con la variabile anzianità emerge come all'aumento di anzianità corrisponda un minor bisogno di competenze. L'esperienza professionale, così come peraltro mostrato in molti studi, è sicuramente un elemento che aumenta la capacità di stare nelle relazioni

senza sperimentare un eccessivo disagio psicologico. In queste due domande non sono emerse differenze significative fra le diverse Unità Operative, mentre emergono nelle domande aperte, che hanno una percentuale di risposte molto alta. Non sono emerse differenze significative fra i Dipartimenti (Tabella 2).

I tredici item sono stati raggruppati nei seguenti punti: "percezione sull'importanza della relazione con l'equipe e vissuti personali", "percezione sul bisogno di competenze nella relazione con pazienti e familiari", "bisogno di competenze sulla comunicazione con i pazienti e i familiari". Un dato molto interessante è rappresentato dal fatto che alla diminuzione della qualifica corrisponda una maggior necessità di strumenti, trasversalmente per le due aree "relazione con l'equipe" e "relazione con paziente e familiari", mentre riguardo all'area della "comunicazione con paziente e familiari" il bisogno di competenze è molto più rappresentato dai medici. Risulta invece trasversale a tutte le categorie professionali il bisogno di competenze per gestire i conflitti. Questo è un dato molto importante perché ha ricadute su tanti versanti: sulla salute personale degli operatori, sulla salute dell'organizzazione e sulla salute dei cittadini. Nell'ambito della "relazione con paziente e familiari" per i due item relativi alla comprensione e al contenimento emotivo emerge un aumento della necessità di competenze a seconda della categoria professionale. Questo conferma i lavori sul burnout presenti in letteratura perché fra gli indicatori di rischio individuati dalla Maslach c'è la categoria "operatori lontani dai processi decisionali". Riguardo all'area "comunicazione con paziente e familiari" è interessante rilevare come la "comunicazione della prognosi al paziente" risulti quella di maggior bisogno di competenze rispetto alla "comunicazione della diagnosi a pazienti e familiari", e alla "comunicazione della prognosi al familiare", in particolare per i medici (Tabella 3).

Alla domanda aperta hanno risposto 87 operatori, distribuiti nelle diverse Unità Operative. Le risposte sono state raggruppate in alcuni temi prevalenti: "aiuto nella relazione con gli altri professionisti"; "aiuto psicologico per separare vita privata e professionale"; "supporto psicologico per gestire le proprie emozioni"; "formazione continua per migliorare la relazione"; "presenza continua di uno psicologo nel reparto"; "formazione per relazionarsi con i familiari"; "aiuto psicologico per gestire ed elaborare la morte"; "sostegno nella comunicazione con pazienti e familiari portatori di malattie genetiche"; "supporto per affrontare le aggressioni verbali e fisiche nel triage del Pronto Soccorso". Le tematiche attengono prevalentemente al tema dell'elaborazione delle proprie emozioni, dei vissuti personali. Stiamo iniziando ad affrontare questo tema con le equipe con cui abbiamo condiviso un percorso formativo sulla comunicazione. Riguardo alla relazione con i pazienti lo strumento che ci sembra ancora oggi il più efficace è quello della discussione dei casi, i gruppi Balint, perché ci permette di mostrare agli operatori come lavorare in ambito ospedaliero.

Vorrei fare un focus sulla richiesta di "supporto per affrontare le aggressioni verbali e fisiche nel triage del Pronto Soccorso". È il primo anno che facciamo una formazione agli operatori del Pronto Soccorso e possiamo confermare le ricerche presenti in letteratura, tra cui quella

svolta a Verona dal Dr. Trabucco: è un setting di lavoro in cui i fattori di rischio sono plurimi. Abbiamo provato ad evidenziare i fattori di rischio specifici in termini non solo quantitativi ma anche qualitativi. Gli operatori segnalano il tema dell'imprevedibilità, che li pone in una condizione permanente di allerta e quindi di stress lavorativo, insieme ai temi dell'urgenza e della tempestività, con la necessità di dare risposte in tempi molto brevi e avere processi decisionali rapidi in condizioni ad alta carica emotiva e alto rischio d'errore. Nella formazione fatta quest'anno con loro abbiamo provato a delineare i fattori protettivi. In primo luogo abbiamo fattori protettivi strutturali: l'organizzazione, la strutturazione del triage dal punto di vista logistico, può contribuire alla percezione di maggiore o minore sicurezza, ad esempio può essere utile avere una stanza dedicata alla comunicazione delle cattive notizie. Un altro fattore protettivo strutturale è rappresentato dall'esistenza di protocolli e linee guida condivise: la procedura è importante perché permette di potersi rappresentare prima quello che è utile fare in una certa situazione. Altri fattori protettivi strutturali sono rappresentati dall'informazione dei cittadini e dalla gestione della sala d'attesa. Diverse ricerche concordano sul fatto che le persone hanno un atteggiamento più sereno se sanno quanto tempo e perché devono aspettare. Nella nostra azienda abbiamo un'esperienza molto interessante di gestione della sala d'attesa a cura di un gruppo di volontari, che con la loro presenza permettono non solo ai pazienti di essere accolti e compresi, ma anche agli operatori di lavorare con maggior serenità. I fattori protettivi psicologici sono invece rappresentati dal lavoro di gruppo e dal lavoro sugli aspetti della comunicazione e della relazione.

In conclusione questa ricerca ci conferma come le risposte della psicologia in ambito ospedaliero possano essere rappresentate dalla formazione delle equipe curanti, dai gruppi di discussione sui casi clinici e dal lavoro di equipe come fattori di protezione, dall'affiancamento all'equipe curante della competenza psicologica per migliorare il processo di cura, e infine dalla ricerca, strumento che crea alleanze fra le discipline perché parla un linguaggio trasversale.
Vorrei concludere con una frase di Michael Balint (1961), che mi appare quanto mai efficace e utile per mostrare il contributo che la psicologia può portare: “non si tratta di far diventare psicologo il medico ma di far sì che questi si renda consapevole di quanto egli stesso agisca come medicina e di come il suo modo di elaborare e sentire la relazione con il malato influisca sul comportamento professionale”.

	Risposte sempre e spesso	BISOGNO DI CONOSCENZE E STRUMENTI	CAPACITÀ DI AFFRONTARE LE DIFFICOLTÀ NELLE RELAZIONI
Qualifica professionale	**Medico e specializzandi**	**62,3%**	**78,3%**
	Infermieri e Ostetriche	**79,9%**	**65,9%**
	OSS	**79,2%**	**69,1%**
Anzianità lavorativa	**0-10 anni**	81,2%	65,4%
	11-20 anni	73,3%	68,8%
	Più di 20 anni	68,9%	76,8%

Tabella 2 [I due item introduttivi]

Risposte sempre e spesso		Relazione con l'equipe e vissuti personali	Relazione con paziente e famigliari	Comunicazione con paziente e famigliari
QUALIFICA PROFESSIONALE				
	Medici	**55,9%**	**51,45%**	**50,23%**
	Infermieri e Ostetriche	**67,16%**	**67,55%**	**48,43%**
	OSS	**69,9%**	**69,67%**	**24,75%**

Risposte sempre e spesso		Relazione con l'equipe e vissuti personali		Relazione con paziente e famigliari		Comunicazione con il paziente
QUALIFICA ROFESSIONALE		Integrazione dei ruoli	La gestione dei conflitti	Comprensione e contenimento emotivo Paziente	Familiare	La comunicazione della prognosi al paziente
	Medico e specializzandi	**60%**	**70,3%**	**52,1%**	**53,8%**	**57%**
	Infermieri e Ostetriche	**70%**	**71,1%**	**70,7%**	**71,7%**	**47%**
	OSS	**80,8%**	**71,1%**	**78,9%**	**72,6%**	**29,5%**

Tabella 3 [I tredici item]

“Quale possibile sviluppo per la psicologia in ospedale “
Dr. Domenico Grandini, *Direttore U.O. di Psicologia AUSL Forlì*

Si è parlato del fatto che la psicologia ospedaliera è stata considerata in un primo tempo come qualcosa di opzionale; adesso sempre più medici dicono che è una potenzialità significativa, molto importante, qualcuno dice indispensabile.
Come sono collocati gli psicologi nell'ambito ospedaliero? Ci sono delle contrattualità di lavoro di forte precarietà. Se vogliamo parlare di sviluppo della psicologia ospedaliera dobbiamo dare anche dignità professionale, perché il come si trova un operatore in un contesto lavorativo sul piano contrattuale è una condizione in assoluto di base perché possa lavorare in maniera dignitosa e bene.
Quello che potrà avvenire nel futuro prossimo sulla psicologia ospedaliera sarà strettamente legato ai contesti organizzativi di riferimento. I contesti organizzativi che abbiamo nei nostri ospedali si differenziano, dobbiamo fare riferimento a queste prospettive diverse quando parliamo di come possiamo integrarci all'interno dei contesti ospedalieri.
I target di popolazione, i clienti a cui rispondere, sono diversi: parliamo dell'infanzia, perché quando in questo momento della vita scoppia una malattia, le conseguenze possono essere gravi, sia sullo sviluppo della persona, sia per quanto riguarda il suo contesto di riferimento affettivo-relazionale; abbiamo il mondo degli anziani, che è in grande evoluzione, in quanto la vita dell'individuo si sta allungando e la medicina con tutti i suoi progressi produce cure sempre più appropriate, ma il problema che emerge è quello della qualità di vita, perché non sempre a questo allungamento corrisponde una qualità accettabile; abbiamo poi pazienti in fase acuta di malattia, pazienti con patologie croniche, pazienti con gravi patologie invalidanti, pazienti terminali, pazienti traumatizzati, pazienti oncologici, pazienti con insufficienza renale cronica; ce ne possono essere altri, abbiamo a che fare con un mondo di malattia estremamente complesso e differenziato.
Oltre ai pazienti abbiamo altri clienti ai quali dover dare una risposta. Attualmente la medicina sta facendo dei percorsi di integrazione forte, basta fare riferimento alle programmazioni per il territorio nel periodo del triennio 2009-2011. Stiamo parlando di tutto quello che avviene in riferimento al welfare socio-sanitario. Qui ci sono tre assi strategici che vengono presi in considerazione per quanto riguarda queste logiche di integrazione: la promozione della qualità del contesto di vita, la promozione della salute e del benessere dei cittadini tramite lo sviluppo di percorsi di salute e di percorsi di cura, lo sviluppo delle infrastrutture. È su questo secondo punto che noi dovremmo come psicologia tenere in considerazione un possibile futuro nostro operato; quando parliamo di percorsi di salute e percorsi di cura parliamo sicuramente di un approccio e di un approdo diverso sul piano operativo rispetto a quello che emerge in un contesto tipico ospedaliero.
Tra gli altri clienti ci sono le equipe curanti, i familiari, le associazioni di volontariato e dei cittadini. Quando parliamo di integrazione delle attività dello psicologo con l'equipe curante dobbiamo fare riferimento all'organizzazione che emerge in un determinato settore e unità operativa: le organizzazioni possono essere molto diverse, quindi il nostro approccio deve essere molto flessibile. Non possiamo pensare su un piano organizzativo ad uno psicologo

che appartenga semplicemente ad una unità operativa, salteremmo in un contesto di bisogni di risorse enorme. Dobbiamo pensare ad uno psicologo che possa lavorare in un contesto dipartimentale, che possa fluttuare su più unità operative, per similarità di problematiche, che possa affrontare e tenere conto dei nuovi bisogni che emergono.
Gli altri settori riguardano la ricerca, che deve avere fortissima attenzione per un ulteriore sviluppo, e il contesto del benessere organizzativo: arrivano delle richieste strettamente legate a fornire una risposta, un contributo, per quanto riguarda le problematiche di mobbing in certi settori e di burnout in altri. Io credo che in questo contesto si debba lavorare aprendo un rapporto nuovo con l'università, con le facoltà di psicologia, con i corsi di psicologia del lavoro. È un settore di ampio sviluppo che sta crescendo e può fornire delle risposte sempre più attente al contesto dell'organizzazione, anche di natura ospedaliera.
Queste sono le serie dei clienti ai quali la psicologia deve dare in un qualche modo risposta.
Quali sono i prodotti? Sono quelli insiti all'attività specifica dello psicologo: accoglienza, valutazione e diagnosi, attività trattamentale, definizione di progetti personalizzati. Considerata la necessità di tenere da conto il più possibile le risorse a disposizione, non possiamo pensare di sviluppare nell'ambito della nostra attività rapporti duali in eccesso, dobbiamo invece sviluppare soprattutto risposte centrate su altri strumenti, strumenti trattamentali di gruppo. Altri prodotti sono rappresentati dalla formazione degli operatori sanitari, dalla formazione del volontariato e dei cittadini, dalla ricerca. Gli obiettivi dell'attività di gruppo cambiano a seconda che si facciano delle attività centrate sui pazienti e familiari o sul volontariato.
Se vogliamo pensare ad una organizzazione efficace, efficiente, dovremmo cominciare a lavorare fin da ora pensando ai principi centrati sui processi dell'accreditamento. Una buona organizzazione deve passare attraverso queste logiche: è necessario definire i punti qualificanti, capire se la psicologia si aggancia ai punti qualificanti che sono insiti nelle linee guida per le attività riabilitative.
Abbiamo nove punti qualificanti, dei requisiti generali: avere una politica, obiettivi, attività strutturate, una struttura organizzativa ben definita, una gestione delle risorse ben definita, una valutazione e miglioramento della qualità, le regole e le linee guida che devono essere determinate come punto di riferimento in assoluto, un sistema di raccolta dati e una sicurezza nell'organizzazione e della gestione, questi sono i requisiti generali che un servizio di psicologia si deve dare.
In secondo luogo ci sono tutta una serie di requisiti specifici che devono essere ben calibrati: la verifica della qualità, anche quella percepita; la definizione di percorsi di diagnosi e di trattamento terapeutico; l'utilizzo di indicatori di processo e di esito; la verifica dei risultati tramite procedure specifiche; un inquadramento delle attività in contesti multidisciplinari impostate su linee guida e formazione del personale sulla base dei bisogni.
Vorrei aggiungere anche che queste linee dovrebbero essere validate, e attualmente nel campo della psicologia ospedaliera non abbiamo ancora validazioni, esistono solo per la cardiologia. Inoltre la formazione e l'aggiornamento del personale vanno definite anno per

anno, considerato che la dinamica in evoluzione è talmente veloce che anche la formazione del personale si deve adeguare a questo cambiamento di bisogni vasti che la medicina sta affrontando.
Occorre infine definire quali debbano essere i requisiti delle strutture complesse, che siano Programmi o Unità Operative, e gli obiettivi di assestment.
Vorrei concludere semplicemente con una frase: quello che noi possiamo fare è poter sempre più contribuire a trovare il modo più sano possibile per stare nella malattia.

"La formazione degli operatori sanitari"
Dr. Paolo Sacchetti, *Direttore Ufficio Formazione AUSL Cesena*

Io mi devo preoccupare di rendere coerente un processo formativo per gli operatori di una azienda, con bisogni che vanno ben al di là delle competenze trasversali o delle competenze psicologiche, anche perché le aziende devono pensare in una logica di budget. La formazione deve rispettare altre logiche organizzative, perché nelle nostre organizzazioni c'è necessità di altri percorsi formativi assolutamente necessari. Il sapere è talmente veloce che è necessaria una manutenzione delle capacità acquisite continua e costante, bisogna dare delle risposte a leggi che cambiano e a conoscenze che aumentano.
L'altro aspetto che vorrei sottolineare è che io do alla formazione nelle organizzazioni un valore basso. Io non penso che la formazione possa modificare le organizzazioni: spesso i cambiamenti nelle organizzazioni non sono portati da processi formativi, ma da una coerenza, una ristrutturazione, una riorganizzazione dei processi organizzativi e strutturali dell'azienda stessa. È questo che porta realmente al cambiamento. La formazione è un accompagnamento a questi cambiamenti, è un qualcosa che può facilitare o semplicemente accompagnare, e penso questo debba essere tenuto in considerazione dagli psicologi nel momento in cui procedono con le loro pianificazioni: devono diventare capaci di organizzare le loro strutture, i loro progetti, in coerenza con l'azienda, non pensando che la formazione risolva tutta una serie di questioni.
Dopo queste premesse, perché esiste la psicologia nelle aziende sanitarie? Il Sistema Sanitario Nazionale stesso le prevede, perché orientato alla promozione della salute piuttosto che esclusivamente a diagnosi e cura: il biologico non è l'unico valore, gli altri valori sono il sociale e lo psicologico. Uno dei grossi cambiamenti che è in atto nelle nostre aziende in questo momento, visibile a tutti, è stato portato in primo luogo dai processi di budget, che hanno cambiato l'ottica di organizzazione del servizio, perché tutto ciò che prima non era mai messo in rapporto coerente con un aspetto economico ora viene messo in un rapporto perenne con un aspetto economico. Dentro a questo c'è stato un altro cambiamento importantissimo, da quando sono state istituite le lauree professionali: è completamente cambiato il profilo degli infermieri, e questo sta cambiando tutte le dinamiche di rapporto tra medico e infermiere, tra medico-infermiere e paziente, fra equipe, con le famiglie.
Una necessità emersa da parte di tutti gli operatori è stata quella di diventare competenti in

tutti gli aspetti trasversali, nelle skills psicologiche. Diventare competenti in questo è anche un modo di prendere potere. In questa dinamica di lotta sulle competenze trasversali la competenza psicologica è quella che dà la possibilità di tenere il paziente in maniera forte. È vero che il paziente nel sistema sanitario sarà sempre tenuto da una diagnosi medica, da una prescrizione farmacologica, però ci sono questi aspetti trasversali, per cui hanno iniziato ad emergere una serie di richieste su acquisizione di skills psicologiche, in maggior misura da parte delle direzioni infermieristiche piuttosto che dalla dirigenza medica.
Le acquisizioni di competenze generalmente vengono richieste su tre livelli: competenze relazionali, prevalentemente riguardo alla gestione del paziente e della famiglia; competenze rispetto alla gestione dell'equipe, per cui abbiamo corsi sul conflitto, sulla leadership, sul team building; competenze riguardanti la comunicazione nelle reti di integrazione fra equipe, fra ospedale e territorio e con i medici di medicina generale. C'è inoltre un'altra area da non dimenticare, quella del risk managment.
Cosa abbiamo cominciato a fare a Cesena? In primo luogo abbiamo valutato quali e quanti corsi venivano richiesti sulla comunicazione e sulla relazione. Dato che sono psicologo, sono entrato in merito: li ho cancellati tutti, è stato l'anno dell'azzeramento dei corsi. Perché? Perché erano inutili. L'apprendimento di skills psicologiche è lungo, troppe poche ore non servono a nulla, ad esempio dieci ore sul conflitto. È inoltre necessario chiedersi quale motivazione c'è dietro alla richiesta di un corso sul conflitto: se ci sono errori nell'organizzazione dieci ore non possono cambiare la dinamica all'interno dell'equipe, è necessario andare a correggere gli errori. Abbiamo fatto quindi un focus-group con la direzione infermieristica, abbiamo cominciato a rilevare delle aree di problemi; in seguito abbiamo iniziato a pensare di tenere dei corsi a livello aziendale, non più a livello locale. Annullando tutti i corsi in realtà ne abbiamo costruiti due grossi, ci siamo convenzionati con l'università, dove abbiamo mandato i nostri operatori a fare un corso di psicologia ospedaliera; dopo qualche anno abbiamo chiesto all'università di fare da noi un corso di perfezionamento in relazioni familiari e contesti sanitari, che dà un titolo universitario. Questa è la prima fase del lavoro.
Un altro aspetto importante, connesso non solo alla formazione, riguarda la necessità di individuare, rispetto agli interventi psicologici, gli strumenti di verifica della ricaduta e del valore dell'intervento.

“Continuità e integrazione ospedale-territorio”
Dott.ssa Marisa Bianchin, *Direttore di Distretto AUSL Ravenna*

Il contesto a cui mi riferisco non è quello dello psicologo in ospedale, nè dello psicologo nel territorio, ma della psicologia nell'integrazione ospedale-territorio.
Noi ci muoviamo nel contesto che l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha tracciato nel '78. Il nostro Sistema Sanitario Nazionale si fonda su questi concetti: “la salute [...] è un diritto umano fondamentale [...]. Il raggiungimento del maggior livello di salute possibile è un risultato sociale estremamente importante in tutto il mondo, la cui realizzazione richiede il contributo di molti altri settori economici e sociali in aggiunta a quello sanitario”.

L'integrazione è un'area grigia che non ha avuto una concreta realizzazione nel territorio nazionale e richiama il fatto che sono necessari per uno sviluppo della salute la realizzazione e i contributi di molti settori oltre a quello sanitario.
Risale al '48 il tema dello stato di completo benessere come fisico, psichico e sociale. Il paradigma sta cambiando: si passa dall'approccio alla malattia all'approccio alla persona; la dimensione della Evidence Based Medicine va verso la Narrative Based Medicine; si passa dall'intervento "sulla" persona come oggetto da curare all'intervento "con" la persona, in cui la relazione diventa uno dei nodi centrali della cura; si va dall'approccio al paziente concepito come singolo all'approccio al paziente all'interno delle sue relazioni familiari; si passa da una concezione passiva ad una concezione attiva del paziente, con il superamento di quel rapporto medico-paziente che il piano sanitario nazionale 1999-2001 definiva di tipo paternalistico.
La psicologia ospedaliera è attualmente impiegata in diverse aree e con diverse tipologie di intervento: consulenza verso pazienti e loro familiari, processi diagnostico-terapeutici, progetti di umanizzazione ospedaliera, formazione del personale e dell'equipe, percorsi organizzativi di miglioramento, aspetti gestionali e appropriatezza organizzativa. In secondo luogo abbiamo tutta una serie di interventi che sono pluridisciplinari, tra cui il supporto alle equipe e i protocolli diagnostico-terapeutici, che se basati sulle evidenze e sulla capacità di raccogliere i reali bisogni dei pazienti sono uno strumento importante, non inteso in senso burocratico-amministrativo, ma come patto per la salute che diversi professionisti possono fare tra loro e orientato al paziente. Abbiamo inoltre il tema della qualità dell'accoglienza, delle relazioni col paziente, e le problematiche già trattate; non ultimi gli indicatori di processo e di esito, sui quali dobbiamo lavorare molto.
Dobbiamo concepire un diverso apporto della psicologia relativamente alle diverse età dei pazienti in ospedale. Entro nello specifico di quelli che sono gli aspetti dell'intervento psicologico perché vanno a toccare quelli che sono gli aspetti tecnico-professionali che attengono ai professionisti, ma anche gli aspetti culturali che attengono all'organizzazione: bisogna uscire da una concezione di delega ed entrare in una concezione secondo cui lo psicologo e l'attività psicologica non permettono il superamento della frammentazione, uno dei grossi problemi dei servizi ospedalieri e territoriali, ma possono con le proprie conoscenze e strumenti contribuire a creare quei patti di funzionamento che protocolli diagnostico-terapeutici e altri strumenti ancora, come un supporto all'equipe e la formazione, possono generare, perché si crei una compattezza nei confronti dei bisogni di salute dei nostri cittadini.
Come sciogliere il labirinto ospedale-territorio? Abbiamo una dimensione, quella del ricovero, ed una dimensione, quella del ritorno a domicilio, in cui si mettono in gioco il ruolo degli operatori, le competenze dell'integrazione, la capacità di comunicare tra gli operatori ospedalieri e quelli territoriali. Lo psicologo si muove in questo ambito. Il paziente che esce dall'ospedale e ha bisogno di cure territoriali necessita anche della messa a fuoco di strumenti, ad esempio il Piano Individuale di Assistenza, che permette a diversi operatori di entrare nel lavoro congiunto, ordinato, programmato e verificabile nei confronti del cittadino.
Dobbiamo entrare in una concezione pro-attiva di promozione di setting assistenziali di

sostegno al paziente, di promozione di autonomia e responsabilità, ed entrare nella dimensione del concetto di prevenzione, della cura delle patologie complesse e delle patologie nelle fasi terminali. Consideriamo tutta la stratificazione del rischio sanitario, la capacità di individuare persone più critiche sotto l'aspetto della necessità di cura e la possibilità di intervenire con progetti attivi nei confronti di questa popolazione, con interventi rivolti al singolo e alla famiglia, con interventi rivolti all'equipe che lavora al domicilio, con interventi rivolti all'educazione sanitaria.
L'Organizzazione Mondiale della Sanità, il nostro contesto di riferimento, parla di "intersettorialità degli interventi". Emerge la necessità di sostenere il paziente e i familiari, di migliorare le competenze comunicative e relazionali degli operatori, di promuovere il lavoro di rete tra gli operatori e il territorio, di promuovere la collaborazione con le associazioni di volontariato, di fare formazione. Dobbiamo considerare le dimensioni psicologiche relative al paziente e quelle relative alla famiglia, attraverso interventi e strumenti specifici, e promuovere il lavoro di rete tra ospedale e territorio, partecipando alla valutazione integrata multidimensionale. È fondamentale considerare il periodo dell'ospedalizzazione come un passaggio, un momento critico da cui partire per programmare l'intervento nell'ottica della dimissione e degli interventi che l'equipe strutturata attorno al paziente svilupperà dal momento del rientro a domicilio.
Un'ipotesi di lavoro che possiamo percorrere è quello del supporto al caregiver. Vi porto come esempio un progetto condotto dalla dott.ssa Rachele Nanni, psicologa nell'area delle demenze, nell'ambito del Servizio Assistenza Anziani dell'AUSL di Ravenna. Il progetto comprende due gruppi rivolti ai caregivers: il primo gruppo è di tipo psico-educativo, composto da 15-20 persone per 6 incontri tematici, gestito dallo psicologo insieme ad altri professionisti; il secondo è un gruppo di sostegno composto da dieci persone, condotto dallo psicologo, con durata annuale e cadenza mensile, finalizzato al miglioramento delle strategie di coping attraverso un lavoro di condivisione fra i partecipanti. Il risultato del questionario di gradimento mostra come il lavoro sia stato soddisfacente e abbia risposto alle aspettative del caregiver. I dati sulla valutazione dell'efficacia mostrano un aumento del sostegno sociale percepito (MSPSS) ed una diminuzione dei livelli di ansia, depressione, somatizzazione e aggressività (VRS).
Concludo sottolineando l'importanza del rendere visibile, misurabile e trasferibile il nostro lavoro. È un aspetto etico, che riguarda l'utilizzo del tempo dei cittadini e dei professionisti. È fondamentale individuare degli indicatori, imparare a processarli, poter esplicitare i risultati, condividerli. Bisogna far emergere la specificità del lavoro dello psicologo rispetto ad altre professioni, non in termini di iperspecializzazione, ma di competenza e di specificità.

Parte II

Tavola rotonda: "Il punto di vista dei medici"

Introduzione del Dr. Massimo Ferrari, *Direttore U.O. Risorse Intangibili AUSL Rimini*

Vorrei fare una premessa. "La parola ai medici": già questa è una dicotomia, ci sono gli psicologi e poi i medici. Io ho una preoccupazione: il mondo medico, che conosco in quanto ho un osservatorio abbastanza privilegiato, trasversale, ha molti altri problemi. Il rapporto con il paziente è diventato un rapporto di tipo contrattualistico, e lo diventerà sempre di più. Nella scala dei bisogni maslowiana si comincia a regredire invece che salire ad una scala superiore. Ogni volta che parlo con ciascuno di loro mi rendo di come, pur essendo consapevoli delle necessità evidenti di dover sviluppare alcune aree più pressanti, si trovino una scala di bisogni inferiore: devono fare delle scelte, e nel futuro, con una solidificazione delle risorse mentre le spese aumentano si troveranno sempre di più a decidere chi curare e chi no. I problemi che i sanitari si trovano nel momento dell'erogazione delle cure sono ben diversi dal prospettare quali sono le sorti progressive per il rapporto medico-paziente. Lo scenario, secondo me, non è dei più esaltanti, però anche all'interno di questo pessimismo della ragione vedo che c'è sempre da parte di ciascuno di loro un ottimismo della volontà di modificare i propri percorsi per migliorarli. Con chi? Come? Le domande che la dott.ssa Russo, con la sua equipe, ha posto, sono di tre tipi: "avete avuto rapporti con la dimensione psicologica strutturata nel vostro lavoro?", "che cosa è migliorato all'interno dell'utilizzo di questa risorsa?", "quanto manca ancora, che cosa può essere approfondito, quali sono le aree da presidiare ulteriormente nei prossimi tempi?": queste le domande orizzonte.

Interventi:

Dr. Renzo Mignani, *U.O. Nefrologia e Dialisi Ospedale Infermi AUSL Rimini*
Io mi occupo di dialisi e trapianto, e in questi settori le problematiche iniziano già quando una persona comincia ad ammalarsi di malattia renale. Quando la malattia progredisce subentra la necessità di comunicare al paziente quelle che saranno le scelte future, quelle della dialisi e del trapianto. Già nella fase di insufficienza renale, il paziente comincia ad avvertire le classiche reazioni, prima dello shock, del rifiuto della malattia, per passare ad uno stato di reazione e di depressione, fino poi alla rassegnazione e alla accettazione della malattia prima della riprogettazione della sua vita. Già in questa fase da pochi anni è possibile prevenire il passaggio alla fase successiva della dialisi, mediante il trapianto. Quando invece è necessaria, la dialisi determina nel paziente una situazione del tutto particolare: il paziente è costretto a vivere una nuova situazione, ad entrare in un microcosmo sociale completamente diverso e a ritrovarsi in quella cosiddetta famiglia allargata costituita dal personale infermieristico e medico che vede continuamente, dato che la dialisi si esegue almeno tre volte a settimana per la durata di tre/quattro ore a seduta, e a volte il paziente deve essere sottoposto anche a sedute continuative,

giornaliere, quindi vive più all'interno dell'ospedale che a casa propria. Si crea in questo modo uno stato di dipendenza, che non è soltanto la dipendenza dalla macchina ma è anche dipendenza dallo staff, dal personale, oltre che dai familiari. Nel trapiantato subentrano poi altre problematiche psicologiche legate all'ansia per l'andamento degli esami, della funzione renale in particolare, e alla paura del rigetto dell'organo, fino ad arrivare ad uno stato depressivo allorché il rene non funziona più e quindi c'è necessità di rientrare in dialisi.
In che modo l'intervento psicologico può essere efficace in questi pazienti? Sicuramente nel miglioramento della compliance, dialitica e terapeutica, farmacologica, che si traduce in un aumento della sopravvivenza, sia del paziente, che, nel caso del trapianto, dell'organo trapiantato. In questo senso, in collaborazione con la dott.ssa Russo e la psicologa, la dott.ssa Rebecchi, abbiamo prodotto dei protocolli: il primo è rivolto al paziente con insufficienza renale cronica, il secondo al paziente candidato al trapianto di rene insieme all'eventuale donatore vivente.

Dr. William Raffaeli,
Direttore U.O. Terapia Antalgica e Cure Palliative Ospedale Infermi AUSL Rimini
Io vorrei porre l'attenzione su questo tema, che mi deriva da un'esperienza maturata con il settore di psicologia clinica ormai da circa dieci anni, quindi c'è una parte che vedo un po' storicizzata e che appartiene allo psicologo di segmento: se voi riflettete sulla vostra identità, c'è lo psicologo del SERT, lo psicologo della neonatologia, lo psicologo della pediatria, segmenti che dovrebbero caratterizzare il vostro essere presenti in un settore che ha diverse capacità di conflitto. Invece mi sembra che il dato più attuale, quello che potrebbe essere più necessario, più urgente, sia categorizzare le tipologie di psicologia trasversale, ospedaliera e territoriale, su dei temi di segmento problematico, quindi segmenti di cronicità, di terminalità. Questi due elementi li abbiamo in molti passaggi della medicina e della struttura ospedaliera e territoriale e danno un senso maggiore a quello che è lo specifico psicologico. Io dopo dieci anni non riesco, e non lo dico in senso negativo, lo dico in senso di competenze e di difficoltà, ad avere tramite gli esiti una capacità di discernimento del valore specifico dell'intervento, non riesco a leggere gli strumenti che usate e lo dico spesso con i colleghi che sono nel mio reparto; se devo riuscire a capire qual è il processo mentale e come affidare una differenziazione dei compiti, non ho uno strumento leggibile in termini di appropriatezza di processo che non sia il prendersi carico di una persona. Il prendersi carico di una persona lo può fare se ha tempo il medico, se ha tempo l'infermiere: devo riuscire a capire quali siano le differenze del prendersi carico di uno psicologo rispetto al prendersi carico di un infermiere o di un altra figura di sostegno, di un sociologo, di un supporto. Io penso che ci sia una competenza più importante, che è entrare proprio nel modello della malattia: la malattia per sua natura contiene una componente in cui la presa in carico di un processo specialistico di ambito psicologico può modificare l'esito, può migliorare l'esito. C'è poi un altro settore di specificità che troviamo nel nostro mestiere, che è proprio una parte della malattia: se si entra nel mondo della cronicità e del dolore gran parte della patologia è di natura psicosomatica ed ha necessità

di un trattamento che appartiene alla psicologia per una specifica competenza. Il modello che vorrei sollecitare è questa ricerca di un esito che appartenga allo specifico.

Dr. Alberto Ravaioli,
Direttore U.O. Oncologia e Oncoematologia Ospedale Infermi AUSL Rimini
Io vi parlerò del settore dell'oncologia e dell'oncoematologia, avendo presente uno spettro a 180°. Vorrei partire da due osservazioni. Oggi il mondo dei pazienti è cambiato, per quel che riguarda l'aspetto delle relazioni e delle emozioni che paziente e famiglia vivono, ed è cambiato il tipo di malato o la popolazione di pazienti che noi abbiamo di fronte. Una volta c'era una popolazione di pazienti in cui la guarigione era molto minore e la terminalità molto maggiore, oggi è cresciuta di molto la quota di pazienti che possono andare verso la guarigione e di pazienti che vanno verso la cronicizzazione della malattia che dura moltissimi anni. Oggi il medico ha tante altre funzioni oltre a quella di essere curante, però io appartengo a quella filosofia per cui ciascun professionista non può derogare al proprio compito di curante e quando si parla di curanti noi dobbiamo parlare del gruppo dei curanti, mai del curante singolo: ci vuole la dimensione verticale e la dimensione orizzontale, se vogliamo fare della buona medicina oggi, di qualità. Questa problematica dell'organizzazione, del contenimento della spesa, ci deve coinvolgere avendo sempre presente questo, e allora una riflessione che anche gli psicologi devono fare: se noi, assieme agli altri curanti, vogliamo affrontare il tema della presenza di diverse figure professionali dentro l'ospedale, dobbiamo porci un problema oggi; se vogliamo affrontare il mondo delle emozioni e della relazione, dobbiamo destrutturare e decontrollare il nostro Servizio Sanitario Nazionale.
L'altro concetto che vorrei sottolineare, per parlare della mia esperienza: io sono contrario alla figura dello psicologo che entra nel gruppo dei curanti e che porta solo una specificità. Lo deve avere questo, sicuramente, perché c'è una professionalità specifica, ma il tema nel gruppo dei curanti è il clima dell'attenzione al paziente, alla famiglia, che deve essere generale, non può essere demandato a una figura professionale sola. Come calare la figura degli psicologi dentro la mia disciplina? Io credo dovrebbe essere una presenza a tempo pieno dentro il gruppo dei curanti, con una propria professionalità verticale che va individuata. Ogni gruppo deve cercare di trovare dei riferimenti perché le esigenze e i bisogni nascono sul campo, però lo psicologo deve stare dentro al gruppo dei curanti, e con i curanti, medico, infermiere, deve affrontare l'argomento del mondo della sanità che abbiamo oggi, che è il paziente, con i suoi sentimenti, le sue relazioni, il bisogno di cura, e la famiglia che è attorno a questo paziente.

Dr. Nicola Romeo, *Direttore U.O. Neonatologia Ospedale Infermi AUSL Rimini*
Io sono qui come neonatologo, ma in rappresentanza di tutto quello che è il vissuto psico-emozionale che caratterizza il momento dell'attesa, della nascita, e delle fasi immediatamente successive: c'è un tessuto sociale talmente impoverito e fragile da poterci far prevedere che sempre di più nei prossimi anni troveremo un ruolo genitoriale ancora più debole e fragile, e quindi c'è forse il bisogno di saper sostenere e accompagnare sin

dall'inizio. Bisogna tenere presente il disagio degli adolescenti, di cui già oggi cogliamo la percentuale significativa di disagio, perchè nell'arco di 5-10 anni saranno i prossimi genitori, e su un tessuto fragile l'acquisizione del ruolo genitoriale diventa ancora più significativa. Attraverso la nostra integrazione e il nostro saperci scambiare contributi possiamo scegliere le strategie operative di sostegno e di accompagnamento più attuali e più pronte.
Il vissuto dell'ospedale nel quotidiano si caratterizza, in riferimento all'attesa e alla nascita, di tutta la fase pre-natale: diagnostica prenatale, interruzione di gravidanza, perdita di un bambino al termine di gravidanza, - vissuti sconvolgenti -, per arrivare a momenti in cui nasce un bambino fortemente pre-termine, i cui genitori si sentono, e soprattutto la madre, devastati, per certi versi colpevoli di questo insuccesso, e chiedono disperatamente di potersi aggrappare a certezze che noi non possiamo fornire, perché è un essere in divenire e dobbiamo solo essere impegnati a farci carico non solo dei bisogni tecnicistici dell'assistenza, ma di tutto questo accompagnamento relazionale che dura mesi all'interno di una struttura ospedaliera, con un figlio che non si sa se sopravviverà e con che qualità della vita.
La figura dello psicologo all'interno di una realtà che vive nel quotidiano questi vissuti così importanti e anche invadenti il nostro intimo, e non parlo dell'aspetto solo professionale, ma della nostra dimensione umana, non può che essere una figura presente e fortemente integrata con l'equipe, perché l'integrazione, la condivisione di stili assistenziali e i continui scambi che si giocano in diretta, permettono alla psicologa di poter svolgere pienamente tutto quello che è nella sua competenza professionale.
C'è anche un altro aspetto, che non emerge perché la centralità del nostro impegno è rivolta al paziente, nel nostro caso al neonato e alla famiglia: la dimensione dell'operatore. Noi viviamo continuamente, quotidianamente, con situazioni difficili sulle quali il rapporto empatico non può portarci al di sopra e al di fuori, dobbiamo viverci dentro, medici e infermieri: la figura della psicologa è di un'enorme importanza per permetterci un sostegno, un indirizzo, nel momento in cui corriamo il rischio di perdere la rotta, gli obiettivi assistenziali, e anche per poter lenire il dolore che da professionisti viviamo.
Per la nostra realtà, la psicologa è una figura essenziale: la specificità va acquisita nel tempo, per far parte dell'unità d'equipe e per rispondere in maniera piena ai bisogni che sono variegati; avrei paura di pensare ad ambiti preconfezionati, è necessario affinare le nostre competenze e le nostre abilità per rispondere al meglio ai diversi bisogni.

Dott.ssa Antonella Santullo, *Direzione Infermieristica e Tecnica AUSL Rimini*
Vi pongo alcune riflessioni legate al concetto della fatica. Non spenderò nessuna parola su quello che è il ruolo dello psicologo, per due motivi: primo, voi avete un percorso formativo decennale, avete tutto il tempo che serve a “definire” un prodotto che è un prodotto finito; se questo esiste, esiste perché c'è una ragione, la ragione è che è legato ad un bisogno della società e dei contesti nei quali viviamo, quindi non credo che debba essere un mio contributo o quello di altri andare a rinforzare quella che è un'identità che dovrebbe esserci a monte, piuttosto credo che per le caratteristiche dei nostri sistemi organizzativi sia molto

difficile pensare di misurare i risultati, quando pensiamo alla figura dello psicologo come funzione di supporto ai team, ai gruppi. Noi abbiamo dei grossi livelli di interdipendenza. Se non lavoriamo sulle condizioni organizzative non possiamo pensare che il supporto dello psicologo possa portare a dei risultati. Dobbiamo ragionare in un'ottica di sistema, non possiamo ragionare in un'ottica di individualità.
Avendo un osservatorio aziendale, mi sono trovata in questi anni con molta frequenza di fronte a situazioni di criticità legate a situazioni conflittuali, a situazioni di stress lavorativo: le cosiddette fatiche nel lavorare. Gli interventi potevano essere diversificati a seconda delle condizioni problematiche di partenza. Noi molto spesso siamo proiettati a trovare delle soluzioni senza chiarire i problemi di partenza: una buona definizione dei problemi, una buona condivisione dei problemi, ci aiuta nelle risposte che possono essere differenziate. Faccio un esempio: in una realtà avere delle figure amministrative inserite nei contesti delle Unità Operative può risolvere i problemi di stress lavorativo di alcune figure sanitarie, piuttosto che pensare che la soluzione possa essere di un'altra figura professionale.
Quindi il primo elemento è la definizione di problemi; il secondo è la ricerca di senso, l'interrogarsi sui nodi critici, che molto spesso non sono oggetto di discussione. Noi siamo pronti, come sistema, ad investire in tecnologia, ma non siamo pronti a spendere molto meno per uno psicologo che può aiutarci in alcuni settori. Il punto è quanto siamo pronti come sistema ad interrogarci rispetto agli investimenti da farsi, perché non possiamo pensare di fare grandi progetti su livelli di instabilità lavorativa: i grandi progetti vanno bene, ma bisogna creare le condizioni di fattibilità nel tempo, un tempo medio-lungo. La riflessione sulle condizioni organizzative va posta con forza, perché credo che i tempi siano maturi.

Dott.ssa Virna Valmori, *Direttore Sanitario Ospedale Bufalini Cesena*
Io credo che per parlare di psicologia ospedaliera si debba fare un salto di paradigma, di dimensione, di valutazione, perché se non ci interroghiamo su quali sono gli indicatori, su quali sono gli esiti, su quali sono le priorità, penso che non riusciremo mai a parlare di un servizio, di un programma, di un dipartimento, di qualcosa che dia risposte ai bisogni dell'ospedale.
Gli psicologi in ospedale mi sembrano tutte isole, sono tutti molto concentrati sulle loro specializzazioni, sicuramente danno delle risposte, però un'isola non è il sistema, non è quello che noi vogliamo offrire come miglioramento dei processi di cura, quindi sicuramente il processo organizzativo, il sistema, dovrebbe essere uno degli oggetti di analisi degli psicologi.
Si parla del ruolo che gli psicologi possono avere nella formazione o nel sostegno dei medici dentro l'ospedale, nel gestire e migliorare la relazione con il paziente e con la famiglia, però credo che ci si debba fare anche una domanda: di cosa hanno bisogno gli psicologi nel formarsi o nell'accompagnare questo cambiamento, per capire che sono dentro a un sistema complesso, che ci sono delle regole, che ci sono dei processi di maturazione che vanno fatti? Parlare di budget e di indicatori è senz'altro difficile, però credo che le organizzazioni sanitarie siano comunque migliorate dal confronto,

dall'interrogarsi su quali erano le priorità. Bisogna approfondire cosa vuol dire accreditamento, cosa vuol dire rendere conto del processo delle cose che si fanno nei momenti di verifica, come si lavora dentro un'organizzazione complessa.
Vorrei chiudere questa parte dell'intervento dicendo che la giornata di oggi è stata secondo me ricca di molti spunti, ma molti spunti devono portare a mio avviso a una riflessione su quali sono gli strumenti che si devono dare gli psicologi per lavorare all'interno di una struttura complessa.

Dott.ssa Paola Dalla Casa, *Direttore U.O. Pediatria Ospedale Morgagni-Pierantoni Forlì*
Io credo di rappresentare una delle poche realtà pediatriche che ha scelto di avere la psicologa all'interno della sua equipe. Io venivo da un'esperienza a Bologna di Terapia Intensiva Neonatale. Le problematiche sono le enormi difficoltà da parte dei genitori nell'affrontare le situazioni di estrema gravità del bambino, soprattutto con una prognosi che non si risolve mai, ma c'è una grossa difficoltà, una grossa fatica, anche dall'altra parte, quella del personale infermieristico e medico, nel riuscire a sostenere queste situazioni. I nuovi genitori che arrivano sono dei genitori in estrema difficoltà, non c'è bambino anche con patologia banale che non sia circondato da una difficoltà da parte del genitore nel gestire la malattia. L'anormalità è oggi difficile da affrontare. Per me non era più sufficiente richiedere la consulenza dello psicologo, c'era bisogno di creare quelle competenze da parte di tutti gli operatori, prima della pediatria e poi dell'ostetricia, per poter cominciare a leggere i segnali di disagio che c'erano dall'altra parte. E questo non lo si impara se non lavorando sul campo, di fronte ai singoli casi, quelli più significativi, con l'andare a discutere con la psicologa: "cosa vuol dire, perché il genitore mi ha detto questo?".
La psicologa all'interno del nostro dipartimento è servita a questo: da un lato ad aiutare il personale medico e infermieristico a capire meglio certi comportamenti e quindi a riuscire a prendere quella distanza necessaria per rapportarsi meglio, dall'altro per la presa in carico come specialista che interviene su casi specifici, sulle coppie di genitori che ne hanno necessità.
Ricordiamoci infine che c'è un punto critico in tutta questa organizzazione, il rapporto ospedale-territorio. Io in parte l'ho risolto perché avere una figura di psicologa collegata anche col territorio mi aiuta moltissimo a costruire quel percorso di collegamento con l'esterno e a condividere il progetto di presa in carico. È ormai talmente strutturata che chi viene in terapia sa già che c'è la psicologa.
Di fronte al problema di quale sarà il ruolo della psicologa man mano che miglioreranno le competenze degli operatori, dei pediatri e degli infermieri, considerato che già ora le arrivano solo i casi selezionati, credo che stiano emergendo tutta una serie di bisogni completamente diversi su cui cominciare a lavorare e orientarsi. Credo che ci sia spazio perché ciascuno faccia la sua parte.

Dr. Germano Pestelli, *Direttore U.O. Fisiatria Ospedale Morgagni-Pierantoni Forlì*
Lo psicologo nel mio servizio esiste da tempo. Io già nei primi anni Novanta andavo dai miei Direttori Generali dicendo che a Forlì ci voleva quello che io allora chiamavo un servizio di psicologia clinica: sentivo la necessità di un qualcuno che non affiancasse semplicemente il mio lavoro e quello dei miei tecnici, ma che vi si integrasse profondamente, perché c'era bisogno non di una figura aggiuntiva ma di una figura integrata in un sistema di percorsi, come d'altronde dovrebbe essere il sistema di presa in carico dei pazienti in riabilitazione, così come in tutto l'ospedale. Io penso che l'ospedale non debba essere un luogo di cura, ma un luogo di presa in cura di situazioni che vanno gestite in modo integrato.
A cosa serve lo psicologo nella mia unità operativa? Serve a tutti i pazienti e agli operatori all'interno del servizio; serve ai pazienti, perché per una persona che cammina per la strada e viene investita da un'auto, o che ha un ictus cerebrale, cambia la vita, e insieme alla sua quella di tutto il contorno familiare; mi può servire a livello del personale, perché i terapisti gestiscono dei pazienti che sopravvivono ad eventi drammatici ed hanno problematiche di recupero importanti, quindi mi serve per aiutare il terapista a bruciarsi un po' dopo o a non bruciarsi affatto.
Come sono migliorate le cose nel tempo? Io ho cominciato a lavorare quando lo psicologo non si sapeva cos'era: il nostro approccio di medici nei confronti di queste nuove professioni deve essere secondo me di assoluta collaborazione, integrazione, con queste professioni nuove, probabilmente diverse, che possono partecipare, insieme a noi, alla gestione del malato. Si parla di destrutturare il sistema sanitario: sono d'accordo, parlo addirittura di desanitarizzare il sistema e di demedicalizzare gli ospedali. Io penso che se gli ospedali fossero demedicalizzati e gestiti con una modalità maggiormente integrata di tutte le figure professionali, probabilmente riusciremmo a gestire in modo più integrato i nostri pazienti. Si parla di approccio alla persona e non alla malattia: dobbiamo pensare di curare delle persone malate inserite in un percorso e non delle malattie su una persona. Si parla di E.B.M.: l'Evidence Based Medicine è una cosa importantissima, ma se non ci mettiamo l'esperienza quotidiana di quello che viviamo, l'umanizzazione del rapporto con le persone che abbiamo di fronte, fare una diagnosi e scrivere un pezzo di carta a un paziente, e non andare incontro a quelli che sono i suoi reali bisogni anche di conoscenza di quello che deve fare, è un lavoro a metà. Il medico deve avere una dimensione orizzontale, trasversale, longitudinale, della presa in carico del paziente, non deve essere l'unico garante di un sistema di cura, deve gestire il paziente o far gestire il paziente anche ad altre persone attraverso il concetto della presa in carico. È vero che bisogna valutare queste cose con gli esiti, gli indicatori, le priorità, perché alla fine abbiamo sempre il Direttore Generale e il Direttore Sanitario che ci chiedono conto di quello che facciamo, giustamente, e secondo me voi avete la professionalità giusta per riuscire a dare anche queste risposte.

Dott.ssa Daniela Valpiani, *U.O. Gastroenterologia Ospedale Morgagni-Pierantoni Forlì*
Io porto un'esperienza, un modello di gestione. Essendo gastroenterologo vi parlo di malattie infiammatorie croniche intestinali: il Chron e la colite ulcerosa sono malattie croniche caratterizzate dalla fase di acuzie, da necessità di ricovero a volte in terapia intensiva o semi-intensiva; abbiamo pazienti stomizzati, pazienti che hanno una qualità di vita secondo vari studi molto scadente. Siamo in tema di cronicità: acuzie e remissione, famiglia, ruoli lavorativi, sociali, psico-affettivi. Il gastroenterologo non può gestire tutto questo da solo. All'interno del nostro modo di pensare e di lavorare è emerso come necessità, e non solo come teoria, il tema del team multidisciplinare di gestione del paziente. Abbiamo trovato ricettività nel nostro ospedale e nel nostro ambiente perché diverse persone si sono immediatamente unite a questo percorso, iniziando un team che dapprima aveva degli obiettivi di aggiornamento dei professionisti dal punto di vista medico, rispetto alle necessità e alle esigenze di questi pazienti. È emersa poi, da parte della figura dell'infermiere, all'interno delle nostre riunioni di formazione, un altro tipo di esigenza, riguardo alla fatica nello stare di fianco a questo tipo di paziente, che prima di andare dal medico chiede all'infermiere: “qual è la nostra aspettativa di vita?”, “potrò avere un cancro?”, “i miei figli potranno avere questo tipo di patologia?". L'infermiere ha dato il via alla richiesta del supporto psicologico, in due versanti: quello degli operatori, che hanno bisogno di supporto, e quello dei pazienti, che hanno bisogno di un altro tipo di supporto.
All'interno della nostra Unità Operativa lo psicologo è diventato fondamentale. Il primo passo è stato quello di formare un gruppo di tipo psicoeducazionale, abbiamo iniziato a fare del counseling, abbiamo fatto alcuni incontri con il metodo Balint, con psicologi e psichiatri che ci hanno aiutato molto. Anche l'associazione di volontariato dei pazienti c'è stata a fianco e ha addirittura sovvenzionato gli psicologi, per quanto riguarda il discorso dell'economia e delle risorse. C'è anche un gruppo di auto-aiuto, sorto grazie ad una psicologa pagata con una borsa di studio, che ha un grande successo, già da tre anni. Sarà fondamentale poter continuare queste cose, svilupparle, migliorarle, ma le risorse ci vogliono, devono essere previste anche dai nostri dirigenti e dalla Direzione Sanitaria.

Dr. Alessandro Ravasio, *U.O.Neurologia Ospedale Infermi AUSL Rimini*
In ambito neurologico abbiamo molta cronicità, dalle demenze alle epilessie, dalle sclerosi multiple alle sclerosi laterali amiotrofiche. Per noi ci sono momenti importanti, strategici: uno di questi naturalmente è quello della diagnosi. Sono patologie spesso in età giovanile, sto pensando alla sclerosi multipla. Io non penso che lo psicologo debba sostituire il medico: il medico, come l'infermiere, deve mantenere completamente il suo rapporto con il paziente in modo importante e insostituibile. Parlo del medico, nel momento della diagnosi e nel follow-up del paziente da un punto di vista clinico-terapeutico, parlo dell'infermiere in quella che è la gestione. Certamente c'è spazio, è necessario che ci sia spazio per questa figura: in una storia che parla di cronicità c'è un momento in cui il medico non arriva, o perché non ha tempo o perché non può o perché non è il suo lavoro, ci sono dei momenti in cui sicuramente la necessità di inserire la figura dello psicologo noi l'abbiamo sentita, soprattutto in questi ultimi anni, da quando si parla di presa in carico. Una volta i pazienti li

vedevamo in fase acuta, oggi si parla di presa in carico: presa in carico vuol dire che noi oggi abbiamo pazienti - la neurologia c'è dal '89, io ho pazienti con sclerosi multipla dal '89 - che hanno una storia clinica importante. Oltre al momento della diagnosi arrivano poi gli altri momenti, che sono quelli della crisi, quello del peggioramento, quello di un'evoluzione, oppure quando parliamo di malattie gravissime come la sclerosi laterale amiotrofica, quello dell'accompagnare il paziente alla morte, perché il problema in certe patologie è quello di capire che non siamo in grado di curare, non abbiamo terapie, oppure abbiamo terapie sintomatiche, e il paziente va accompagnato in questo percorso. È chiaro che in tutto questo ad un certo punto è emersa in modo essenziale una figura che è quella dello psicologo, che deve supportare il rapporto medico-paziente, il rapporto infermiere-paziente, ed entrare nella relazione col paziente e col caregiver. In questi ultimi anni, con la presa in carico dei pazienti, abbiamo lavorato soprattutto con la sclerosi multipla e con l'AISM (Associazione Italiana Sclerosi Multipla).
Un altro aspetto che riguarda noi neurologi è quello della neuropsicologia diagnostica, una parte sicuramente marginale rispetto ai grandi problemi emersi stamattina, ma necessaria: che si tratti di un giovane traumatizzato o di un demente in fase iniziale, c'è una complessità diagnostica per cui oggi non ci si può accontentare di dire che si tratta di demenza, dobbiamo fare una diagnosi molto più precisa.
Un nostro grande problema è quello della precarietà. Io credo che se la psicologia deve entrare negli ospedali in un modo più forte, più presente, deve essere vista anche dal punto di vista economico, gestionale, perché non si può pensare di andare avanti solo con la precarietà. Questo è secondo me un discorso a questo punto veramente strategico che va affrontato.

Commento del moderatore, Dr. Massimo Ferrari
Dalla visione di tipo contrattualistico vogliono tutti passare o stanno passando o desiderano passare ad un rapporto di tipo di alleanza terapeutica. L'alleanza terapeutica si basa sulla relazione e sull'impegno personale. La contrattualistica ce ne libera, invece l'alleanza terapeutica ci coinvolge: essere coinvolti nell'alleanza terapeutica comporta per i professionisti un lavoro che non è che non siano capaci di fare, ma che è molto più impegnativo. Uno dei ruoli che viene richiesto all'area psicologica è quello dell'analisi istituzionale, di fare il punto sul clima, sulle equipe, sullo sviluppo del gruppo, sull'alleanza terapeutica, e di farsi carico di qualche aspetto più profondo. L'intervento nell'ambito della neuropsicologia è chiaro, mentre l'intervento psicologico certe volte è indefinito, non si capisce bene dove inizia e dove finisce: è un problema, bisogna definire questo ruolo, è un compito che avete voi. D'altra parte quello che viene richiesto è il sostegno alla gestione delle ansie: quando non c'è un governo da un punto di vista dell'organizzazione attraverso dispositivi istituzionali preordinati e previsti, ogni operatore trova la sua strada per gestire questa ansia che molto spesso può complicare il rapporto nei confronti del compito primario, perché il problema nasce quando molte unità vanno a confrontarsi con il compito primario partendo da piani diversi, che nascono dalle proprie difese, per cui il compito primario non viene esaurito. Il problema principale che hanno le organizzazioni moderne è

l'estrema difficoltà di l'integrazione.

Discussione (alcuni interventi)

Dr. Comelli: 10-15 anni fa questo livello di dibattito intorno a un tema specifico che riguarda la psicologia negli ospedali non si poteva immaginare, al di là delle posizioni diversificate espresse.
Si è parlato soprattutto del ruolo dello psicologo, del che cosa può fare lo psicologo dentro l'ospedale. Vi pongo un'altra domanda: che cosa può fare la psicologia per l'ospedale e la psicologia per la medicina, che non è esattamente la stessa cosa di che cosa può fare lo psicologo.
Sono d'accordo con l'atteggiamento pragmatico, anche ultra-pragmatico che avete espresso: devono essere utili, a qualcuno o a qualcosa, perché altrimenti è giusto che siano espulsi dall'organizzazione che li ha cortesemente ospitati; la loro utilità non può essere solamente affermata, deve anche in qualche modo essere dimostrata, documentata.
Faccio una premessa: questo lo dico come psicologo, ma come psicologo che prima è medico. Occorre che i medici abbiano pazienza e intelligenza nel chiedere questa dimostrazione. Perché? In primo luogo perché al momento la psicologia ospedaliera è ancora una disciplina giovane e chi ha familiarità con le scienze sa quali sono i problemi dimostrativi nell'immediato delle discipline giovani. Una accentuata pressione che chiama gli psicologi a un certo tipo di dimostrazione, spinge la psicologia ospedaliera ad essere una disciplina meramente applicativa. Gli strumenti di misurazione ci sono e sono disponibili, ma sono nati altrove. Le pratiche cliniche che vengono svolte negli ospedali, concettualmente, metodologicamente, clinicamente, non sono nate dentro gli ospedali, per cui è inevitabile che nei primi anni, e per parecchi anni, gli psicologi portino dentro gli ospedali un sapere applicativo che è nato da un contesto teorico diverso: ci vuole tempo, e bisogna dare credito all'intelligenza e alla creatività dei colleghi che qui lavorano perché si possa piano piano fare nascere una psicologia ospedaliera in senso proprio, strettamente attenta alla medicina. E questo vale anche per la necessità, lo dico agli psicologi, di dimostrare l'importanza della validità di quello che facciamo. Oltretutto possiamo stare tranquilli da questo punto di vista perché la psicologia in quanto a metodologia è molto più forte della medicina, che ha alcune discipline fondanti di riferimento, la chimica, la biochimica, la biologia molecolare, e una pratica applicativa. Allora bisognerà semplicemente dare alla psicologia la possibilità di dimostrare la propria validità sul piano metodologico con i propri strumenti e non con gli strumenti degli altri perché altrimenti la gara è dispari.
Il secondo punto riguarda il fatto che per i medici è importante cogliere l'idea che la psicologia può dare un contributo alla medicina e alla pratica medica indipendentemente da quello che fa lo psicologo. Lo psicologo clinico può essere visto come un problem-solver, come lo è il medico che sta lavorando con il paziente, mentre all'interno della psicologia vengono elaborati modelli, prodotte teorie, un mondo che può essere estremamente ricco e

fertile per la medicina. Ad esempio riguardo alla compliance, la psicologia ha prodotto negli anni e sta producendo ancora modelli teorici interessanti. Vale la pena, piano piano, che anche i medici familiarizzano con l'idea che questa disciplina può dare dei contributi interessanti. Teniamo presente come medici che esiste un tipo di contributo che la psicologia può dare indipendentemente dalla persona, e più collegato con il sapere.

Dr. Romeo: La percezione dalla mia postazione è quella di una società che cambia alla velocità della luce, rispetto ai nostri sistemi organizzativi rigidi, molto più lenti. L'idea dell'integrazione degli psicologi all'interno di equipe che operano in ospedale, è come quella dell'uomo squadra all'interno dello spogliatoio: deve viverci dentro, indipendentemente dal fatto che giochi in certi momenti e in certi momenti stia in panchina, quando c'è bisogno in quella situazione sa come muoversi, sapendosi orientare bene su tutto quello che è avvenuto prima e che avverrà dopo, altrimenti diventa un corpo estraneo difficilmente accogliente. La cosa importante che io ho percepito è che ci arricchiamo reciprocamente, nello sviluppo di quella raffinatezza di competenze che ci permettono di dare le risposte adeguate in quel momento, e che arricchiscono nel guardare avanti. Ad esempio è emerso un problema, riguardo al vissuto dei fratelli di bambini e di neonati che stanno molto tempo ricoverati, con dei genitori che vivono concentrati all'interno del reparto, che scompaiono da casa e che creano delle disarmonie che ci erano completamente sfuggite, perché è un bisogno non emerso; ora l'abbiamo focalizzato.
Concludo con una considerazione che spero non mi faccia apparire né utopistico né filosofico, dico semplicemente che noi dobbiamo, da operatori sanitari, liberarci dall'idea che ci sia il vincolo economico che ci paralizza nell'ideazione, perché io penso che se sappiamo progettare bene, con obiettivi definiti e indicatori, in un mondo che si avvale di integrazione nel privato e nel sociale, le risorse si possono liberare: sta a noi stare in rete, arricchirci reciprocamente, e saper formulare proposte; il mondo dell'economia non deve paralizzarci la mente, perché questo sarebbe veramente impoverente.

Dott. Trabucco: Vorrei esprimere una metafora. Questo è un bel gioco, quello che si è fatto stamattina, voi di là, noi di qua, e ognuno ho provato a immaginarsi il proprio gatto: tutti vogliono il gatto e ognuno ha descritto il gatto che gli piacerebbe avere. In realtà vorrei fare una considerazione di altro livello. Prendo atto che c'è questa necessità reciproca di incontrarci e trovare un modo per dialogare insieme, però vorrei ricordare che questa non è un'esigenza degli psicologi, e non è neanche un'esigenza dei medici, è una esigenza della medicina. La medicina è cambiata, sta cambiando in maniera rivoluzionaria. Quello che abbiamo imparato negli anni '60 e '70 quando ci siamo formati non funziona più del tutto. Oggi la medicina è consapevole che per poter realizzare al meglio quello che è in grado di produrre e dare ha bisogno di dialogare con delle discipline che fino a ieri nemmeno immaginava. Cosa c'entra il teatro con l'oncologia? La medicina delle evidenze ha mostrato che se non dialoga con queste discipline non può fare bene quello che dovrebbe fare. Come lo vogliamo fare? Discutiamone. Però, per piacere, togliamo il tavolo.

Parte III

Sezione clinica dedicata agli psicologi ospedalieri
Confronto delle esperienze cliniche di Rimini, Cesena, Forlì, Ravenna

Dott.ssa Pamela Bagli, *Psicologa Ospedale Infermi AUSL Rimini*

Vi faccio una breve presentazione dell'attività degli psicologi ospedalieri dell'Azienda USL di Rimini. Il nostro gruppo è costituito da nove psicologi, che lavorano in unità operative differenti. Siamo nati come gruppo all'inizio del 2006 in seguito alla costituzione del Programma di Psicologia nel 2005, e dal gennaio del 2006 abbiamo iniziato ad incontrarci, circa una volta al mese, sotto la supervisione e la guida della dott.ssa Russo. Ci siamo confrontati sul nostro lavoro quotidiano nei vari settori di competenza, e, revisionando la letteratura, abbiamo individuato i punti su cui focalizzare il lavoro: il lavoro con i gruppi di pazienti e di familiari; la formazione degli operatori sanitari; la ricerca. Questo non esclude ovviamente l'intervento di supporto psicologico individuale che fa parte della nostra attività clinica, però il grosso cambiamento è stato l'ampliamento degli interventi dalla dimensione duale tipica della psicologia, ad un intervento di gruppo, per vari motivi. Conosciamo tutti le funzioni terapeutiche del gruppo, dinamiche come l'universalità, la coesione, la risonanza, il rispecchiamento. Inoltre il lavoro con i gruppi ci permette di integrare due valenze prioritarie della psicologia: la psicologia medica e la psicologia sociale. Infine il lavoro con i gruppi permette di ottimizzare tempi e risorse. Per quanto riguarda il lavoro con i gruppi di pazienti il target è molto ampio: pazienti terminali, gruppi di donne che hanno subito una mastectomia, gruppi di bambini, dializzati, cardiopatici, stomizzati. Gli obiettivi sono diversi: il sostegno del paziente durante tutto l'iter della cura può permettergli di esprimere vissuti, paure, angosce e bisogni, di attivare risorse e strategie funzionali per affrontare il percorso di malattia e di migliorare la relazione con l'equipe curante. Anche per quanto riguarda i gruppi di familiari, che hanno un ruolo importantissimo, sempre più attivo all'interno del processo di cura, di effettivi co-partner e sostegno al paziente, gli obiettivi possono essere differenti: individuare la struttura della famiglia, del sistema, i fattori di rischio, cercare di modificare le dinamiche relazionali disfunzionali, potenziare risorse e strategie. Il secondo punto riguarda la formazione degli operatori sanitari: gli operatori stessi richiedono il nostro aiuto nell'affrontare la sofferenza e il sovraccarico emotivo e si rendono conto di avere sempre più bisogno di una competenza relazionale e di strumenti comunicativi maggiori. Sulla base di richieste inoltrate attraverso una caposala o un primario organizziamo dei corsi ad hoc, una formazione continua e accreditata creata sulla base dei bisogni e delle necessità che l'equipe curante ci esprime (tabella 4). I nostri corsi sono organizzati in due momenti: una lezione d'aula frontale, attraverso le diapositive, discusse insieme, e poi una seconda parte focalizzata sul lavoro di equipe, quindi lavoro di gruppo, attraverso tecniche di comunicazione, role-playing ed esercizi vari. Quello che ci viene maggiormente richiesto è di imparare a gestire le difficoltà relazionali con il paziente e con i familiari ma anche con i colleghi e i superiori, e di acquisire maggiori conoscenze e strumenti di ambito psicologico. Tutto questo può portare sicuramente anche ad un risultato più ampio che riguarda il miglioramento della soddisfazione e dell'efficienza lavorativa, con riduzione del rischio di burnout.

Per quanto riguarda la ricerca, su cui il Piano Sanitario Regionale investe sempre di più, gli obiettivi possono essere tantissimi, a seconda della finalità del progetto (tabella 5). Possiamo cercare di rilevare i bisogni dei pazienti, dei familiari o delle equipe curanti, determinare la rilevanza delle variabili psicologiche nell'esito dell'intervento, verificare l'efficacia di modelli di intervento, standardizzare la metodologia migliore.
In questi tre anni di lavoro abbiamo prodotto sette Protocolli Localmente Concordati, che riguardano i target di riferimento dell'Unità Operativa in cui lo psicologo lavora: il bambino onco-ematologico e i suoi familiari per la Pediatria, il bambino nato pre-termine in follow-up e i familiari per la Neonatologia, il paziente terminale in Hospice per la Terapia Antalgica e Cure Palliative, il paziente oncologico per l'Oncologia, il paziente con insufficienza renale cronica e i candidati e donatori al trapianto per la Nefrologia e Dialisi, il paziente con Sclerosi Multipla, SLA e patologie rare per la Neurologia. Inoltre in Neurologia abbiamo licenziato un percorso integrato tra ospedale e territorio per l'assistenza psicologica nella disabilità fisica e/o sensoriale in età adulta. Abbiamo prodotto inoltre una scheda mensile di raccolta dati delle prestazioni di psicologia ospedaliera, individuate sia sulla base del nomenclatore tariffario regionale, sia sulla base delle prestazioni già esistenti all'interno della nostra azienda come psicologia. L'altro prodotto molto importante è infine la condivisione di una cartella clinica (in allegato).
Gli obiettivi che ci proponiamo per il 2009 riguardano l'ulteriore progettazione e organizzazione di corsi di formazione per l'equipe, l'identificazione di procedure per la refertazione, il proseguimento dell'attività di ricerca, la revisione dei protocolli già licenziati e la discussione di nuovi, la raccolta dati.

Corsi di formazione per l'equipe curante realizati nel 2008
Elaborazione delle dinamiche all'interno del gruppo U.O. Anatomia e Istologia Patologica - Ospedale di Rimini **Sviluppare le competenze relazionali e comunicative utili ed efficaci nelle relazioni all'interno dell'equipe e con il paziente -** U.O. Ortopedia - Ospedale di Riccione **Facilitare il lavoro in equipe** U.O. Recupero e Rieducazione Funzionale - Ospedale di Rimini e Santarcangelo **Aspetti relazionali e comunicativi tra il personale e l'utente in Pronto Soccorso** U.O. Pronto Soccorso e Medicina D'Urgenza di Riccione e Pronto Intervento di Cattolica **Sviluppare le competenze relazionali e comunicative efficaci all'interno dell'equipe** U.O. Oculistica - Ospedale di Riccione **Discussione dei casi -** U.O. dei Post-Acuti - Ospedale di Rimini **La relazione con il paziente dializzato: dinamiche e aspetti psicologici** U.O. Nefrologia e Dialisi - Ospedale di Rimini

Tabella 4

Ricerche 2007-2008
Valutazione dell'efficacia di un modello operativo di lavoro psicologico con i pazienti oncologici. - U.O. Oncologia e Oncoematologia **La consapevolezza della diagnosi: un'ipotesi di valutazione**. - U.O. Terapia Antalgica e Cure Palliative **Indagine sulla percezione del bisogno di strumenti psicologici, da parte degli Operatori Sanitari Ospedalieri -** Trasversale

Tabella 5

Allegato [cartella clinica psicologia ospedaliera AUSL Rimini]

CARTELLA CLINICA N. ____ PSICOLOGIA OSPEDALIERA

Data 1° colloquio _____ Psicologo _____ U.O. _____

Cognome_____ Nome_____
Residenza _____ Data di nascita_____
Nazionalità _____ Telefono_____
Stato civile_____ Figli_____
Abita con _____
Professione_____ Titolo di studio_____

A) ASPETTI MEDICI

Inviante _____ _____
Motivo dell'invio _____
Diagnosi medica _____
Trattamenti farmacologici in atto _____
Interventi chirurgici _____
Stato attuale della malattia _____
Sintomatologia _____
Consapevolezza di malattia _____
Consapevolezza di prognosi _____
Relazione con gli operatori sanitari _____
Compliance _____

B) ASPETTI FAMIGLIARI E SOCIALI

Famiglia di origine _____
Nucleo famigliare attuale _____
Relazione con il partner _____
Relazione con i figli_____
Caregiver di riferimento _____
Partecipazione dei famigliari al processo di cura _____
Rete sociale/amicale_____

C) ASPETTI PSICOLOGICI

Problema attuale _____

Anamnesi psicologica _____

Eventi stressanti _____

Dimensione corporea (es. comportamento alimentare, rapporto con il corpo, ritmo sonno/veglia)

Dimensione cognitiva_____

Dimensione relazionale (es. capacità comunicativa e relazionale) _____

Dimensione affettiva (es. emozioni, paure, bisogni, meccanismi difensivi, progettualità, risorse)

D) DIAGNOSI E TRATTAMENTO

Somministrazione di test _____

Fattori di rischio _____

Ipotesi diagnostica _____

Eventuale invio (es. al territorio) _____

Trattamento psicologico _____

Rivalutazione psicologica a fine trattamento_____

Dott. Domenico Grandini, *Direttore U.O. Di Psicologia AUSL Forli*

Le attività di psicologia ospedaliera a Forlì vengono svolte in Pediatria, Ostetricia e Ginecologia, Oculistica, Dermatologia, Endocrinologia, Riabilitazione, Geriatria, Oncologia, Neurologia, Urologia, Chirurgia Generale ed Oftalmologia, nei due Hospice. È una strutturazione che ha una storia diversa settore per settore: in alcuni contesti esiste una storia lunga, ben strutturata, in altri invece ci sono storie più recenti, un po' meno strutturate, in fase di evoluzione, in altri contesti si è ancora agli inizi. Dico questo perchè quando si parla di psicologia in ospedale non si parla di attività che sono tutte allo stesso livello, ma che hanno diverse storie e diversi approcci di partenza. La prospettiva è quella di arrivare ad un riavvicinamento di questi livelli di attività, perché logica vuole, se vogliamo un futuro un po' più solido, che si vada verso una strutturazione solida di questo servizio. Se invece questo manca vengono ad esserci quelle forme di isole che si sono verificate nella storia dello sviluppo della psicologia ospedaliera. Fatta questa premessa, vi illustro quali sono i prodotti che vengono complessivamente forniti dalla psicologia ospedaliera a Forlì: accoglienza, valutazione psicologica e psicodiagnosi; definizione dei progetti di cura e di intervento; formazione multiprofessionale indirizzata alle equipe, agli operatori, tra cui la formazione e supervisione in un contesto di assistenza domiciliare integrata per i minori, in seguito ad una richiesta forte proveniente dalle operatrici che lavorano in questo settore e che sentono il bisogno di avere un confronto con la figura dello psicologo per le tematiche e le implicazioni psicologiche che il loro lavoro comporta. Un altro settore riguarda la formazione del volontariato: le associazioni di volontariato che girano all'interno e attorno alla struttura ospedaliera sono tantissime, e questo è sintomo di un bisogno molto forte che dobbiamo cogliere. Per quanto riguarda le unità operative all'interno delle quali l'attività è fortemente consolidata abbiamo tutta la parte relativa al Dipartimento Materno-Infantile, -

Pediatria, Ostetricia e Ginecologia-, che si collega anche con una parte del settore territoriale. Dobbiamo fare riferimento ai percorsi-nascita, alle attività di ricerca sulla depressione pre- e post-partum, alla serie di attività di presa in carico e di lavoro con le varie forme di utenza che si presentano in questi settori ospedalieri e al grosso lavoro nei confronti dell'equipe curante. Abbiamo un lavoro consolidato da molto tempo nel contesto dell'oncologia. Occorre fare una precisazione: a Forlì c'è una storia è emersa in maniera forte, che incide anche sull'aspetto della struttura delle attività per quanto riguarda il contesto oncologico, rappresentata dal fatto che a Meldola, un comune vicino a Forlì, sia nato l' IRST (Istituto Ricerca Scientifica e Tecnologica), ed è attualmente operativo, l'Istituto di Cura e Ricerca per le Malattie Oncologiche, struttura convenzionata che praticamente occupa un'intera struttura ospedaliera. Quindi c'è un investimento molto forte, con una scelta da parte della regione Emilia-Romagna, che indubbiamente va ad influire sui possibili accordi e raccordi tra questo settore il settore della psicologia. È un discorso in atto che dovrà passare anche attraverso forme contrattuali vere e proprie, che comporta anche il dover definire quali spazi di investimento e quali risorse immettere. Un altro contesto molto consolidato riguarda la Geriatria, a Forlì, in particolare il lavoro che viene fatto nei confronti dei malati con Sindrome di Alzheimer. Un altro settore forte è tutto il Dipartimento della Medicina: abbiamo un settore nell'Otorino, da cui sono partiti poi interventi in altri settori in Unità Operative di confine, con l'impiego della stessa psicologa. Poi abbiamo qualche altro settore un po' meno strutturato, perché abbiamo forme contrattuali di fondo meno forti, perché è diverso parlare di attività basate su un contratto libero professionale o di attività con forme di dipendenza tipo borsa di studio o addirittura contratti con associazioni. Sono settori comunque presenti, ma queste variabili vanno ad incidere sul livello più o meno consolidato dell'attività.

Dott.ssa Barbara Novelli, *Psicologo Ospedale Bufalini Cesena*

L'esperienza di Cesena è per alcuni aspetti simile alle esperienze degli ospedali vicini, per altri differente a seconda delle specificità con cui si sono strutturati gli ospedali. L'area pediatrica è storicamente l'area in cui è più presente lo psicologo, dagli anni '80, e implica già da allora ad esempio la Fibrosi Cistica: a Cesena c'è il Centro Regionale per la Cura della Fibrosi Cistica, un settore di nicchia rispetto a tutta l'area pediatrica, con tutte le peculiarità di una patologia cronica, congenita, quindi a diagnosi molto precoce, addirittura prenatale o comunque nel primo anno di vita, con un esito cronico e infausto, con un'età media attuale di sopravvivenza sui 35 anni, con tutte le implicazioni che comporta. L'altra area storica, anche se per Cesena tutto sommato è meno storicizzata rispetto ad altre, è l'oncologia; naturalmente anche noi abbiamo lo psicologo presente in Hospice, e da minor tempo anche nell'Unità Operativa di Oncologia ospedaliera. Un'altra specificità di Cesena è la presenza del Centro Grandi Ustionati, unico all'interno dell'area romagnola, in cui la presenza dello psicologo è radicata da molto tempo. Molte altre aree sono comuni: il nucleo della Diagnosi, l'area della Riabilitazione, l'area delle Demenze, più recentemente l'area della Cardiologia, l'Ambulatorio Stomizzati, più recentemente ancora la Gastroenterologia, ultima conquista infine il Centro di Ipovisione, una nicchia all'interno dell'Oculistica. C'è uno

sviluppo a nicchia, a isola, su richiesta specifica avanzata dall'Unità Operativa in seguito alla quale a volte la Direzione Sanitaria ha risposto con l'implementazione di un contratto, oppure più facilmente, negli ultimi tempi, attraverso il ritrovamento di risorse economiche esterne, da parte di associazioni di volontariato o di categoria. Il totale del monte ore psicologi è 190, che distribuito sull'orario classico dello psicologo dipendente corrisponde a oltre cinque unità. La tipologia varia da psicologo dipendente, a contratti libero-professionali, borse di studio dirette con l'azienda, parecchi contratti di borsa di studio o addirittura rimborso spese, che per l'ospedale figura intervento volontario, infine servizi di fatto creati e gestiti da psicologi tirocinanti, ovviamente specializzandi, con la supervisione dello psicologo dipendente. Questi psicologi fanno tanto, gli viene chiesto ancora di più, gli viene dato poco, in tutti i sensi. Come abbiamo cercato di muoverci? Cercando di creare un terreno comune, una cultura comune del fare psicologia. La nostra storia è che, a fronte di contratti di diversa natura, nell'ultima trance dei concorsi pubblici di qualche anno fa si è deciso di ricoprire un posto di ruolo in pianta organica in ospedale assegnando lo psicologo direttamente alla direzione medica di presidio, e questo ha dato la possibilità di avviare un percorso di ragionamento trasversale di possibilità di coordinamento funzionale e trasversale di quello che sono il sapere e il fare della psicologia in ospedale. Ci siamo mossi creando anche noi un gruppo di studio, un gruppo di lavoro, che è stato formalizzato come gruppo di formazione sul campo. I primi obiettivi sono stati la mappatura delle attività presenti in ospedale e la creazione di un primo strumento comune, un nomenclatore tariffario specifico per le prestazioni erogate in ospedale, mediato tra il nomenclatore tariffario degli psicologi, i nomenclatori già presenti a livello regionale nei SERT e nella Neuropsichiatria Infantile, con l'aggiunta di quello che è la specificità del lavoro ospedaliero che non era contemplato né da una parte né dall'altra. Abbiamo prodotto una griglia con 20 prestazioni psicologiche dirette all'utenza e 7-8 tipi di prestazioni definite indirette, che comprendono supervisione, tutoraggio, formazione degli operatori, riunioni di equipe, formazione personale, ricerca, e sono quantificate in ore. Il nostro nomenclatore tariffario interno è in uso dal 2007, per cui riusciamo ad avere un'idea della quantità e della varietà del fare psicologia in ospedale, dal colloquio unico alla presa in carico, quindi con estrema varietà per durata e tempistica. Il passo successivo, che stiamo portando avanti in questi ultimi mesi, è quello di passare dal nomenclatore tariffario interno a quello che è il tentativo di integrazione tra questo e i codici regionali, perché su questo si basano la registrazione e la possibilità di codifica a livello regionale di tutte le prestazioni specialistiche, psicologia compresa. Come ben sappiamo i nomenclatori regionali fanno ricondurre le prestazioni psicologiche alle aree della neurologia, della psichiatria, o addirittura della medicina fisica e riabilitativa: sono poche, sono estremamente riduttive rispetto alla qualità del lavoro che si fa, però sono al momento le uniche riportate in regione. A proposito del problema dell'integrazione tra due modelli, quello medico e quello psicologico, Il discorso è molto ampio, laddove il nomenclatore è stato definito da medici e quindi poco esaustivo delle competenze delle prestazioni psicologiche, ma rispetto a questo dobbiamo fare i conti nel momento in cui vogliamo esistere anche in termini numerici. Un ultimo punto riguarda la cartella, che per noi è diventato automaticamente il problema della refertazione. Un altro

problema grosso è quello della visibilità, che non è soltanto l'esserci nel reparto e il sapere da parte dell'equipe che ci siamo, ma anche l'esserci nei documenti. Abbiamo provato a muoverci non tanto sulla costituzione della cartella psicologica individuale del singolo professionista, che ognuno si è costruito e ha adottato, quanto sulla costituzione di un modello di refertazione, una scheda di consulenza psicologica, un documento che va a finire nella cartella clinica, che apre per noi naturalmente uno scenario amplissimo di rispetto della privacy e allo stesso tempo di bisogno di rendere conto e di rendere atto di quello che facciamo. Credo che su questo doppio scenario, la nostra specificità e la necessità di integrare il nostro sapere, il nostro essere, rispetto al contesto in cui andiamo a lavorare, di lavoro da fare ne avremo tanto.

Dott.ssa Miria Strada, Dott.ssa Claudia Guerrini Andalò, Dott.ssa Rachele Nanni
Psicologhe AUSL Ravenna

Dott.ssa Miria Strada: Io mi occupo dell'area oncologica: noi siamo in tre, nei tre ospedali, due di noi sono legate ad un contratto con le associazioni, e hanno come target l'attività con pazienti e familiari; io sono invece in Prevenzione Oncologica, quindi lavoro con le pazienti e con i familiari, se ce n'è necessità e se lo richiedono, inoltre lavoro in equipe: in alcuni momenti lo psicologo entra nell'attività di equipe a seconda delle necessità ravvisate dal medico, in altri l'equipe è strutturata con la presenza dello psicologo per definizione, secondo una scelta decisa e valutata insieme.
Dott.ssa Claudia Guerrini Andalo': Io lavoro in Neurologia, ho una piccola parte di ore in Fisiatria e in Geriatria. Svolgo principalmente attività neuropsicologica, quindi molto diversa dall'attività psicologica clinica, faccio la mia valutazione e il referto va in cartella. Riguardo all'attività clinica porto avanti un progetto con la Sclerosi Multipla, aspetto molto richiesto dai neurologi.
*Dott.ssa Rachele Nanni: I*o lavoro all'interno del Servizio Anziani e della Geriatria. Mi occupo di valutazione neuropsicologica nell'ambito della demenza e di tutto quello che accade dalla restituzione diagnostica in poi, per il paziente e per i familiari. Per i familiari esistono gruppi psicoeducativi in fase iniziale e gruppi di sostegno di più lunga durata in seguito, perché parliamo di una patologia cronica che ha un impatto sui servizi territoriali in quanto la persona non è ospedalizzata e la patologia si porta avanti per molti anni. L'altro ambito su cui stiamo lavorando da tempo è la stimolazione e riabilitazione cognitiva con gli utenti, soprattutto nei casi di deficit cognitivi lievi in fase iniziale.

Intervento del Dr. Gaetano Trabucco
Responsabile del Servizio di Psicologia Clinica Ospedale di Verona
Lavoro in ospedale a Verona dal '78, con un gruppo di psicologhe composto per metà di persone strutturate e metà con contratti libero professionali o borse, però importanti. L'ospedale è una struttura che ha 1700 letti divisi in due ospedali; l'ospedale generale, in cui lavoro io, -l'altro è universitario-, comprende tutte le specialità internistiche e chirurgiche di alta criticità. Vi dico questo perché è molto importante definire il contesto.

Questo è un evento che noi psicologi definiremmo, nello sviluppo di un bambino, un organizzatore, è qualcosa che può deviare o rafforzare la linea di sviluppo normale, sano, di una persona. Io non sono molto preoccupato di questa grande precarietà, perché è un problema pratico, e come tutti i problemi pratici ha bisogno di risposte pratiche, sarebbe un grande errore pensare di rispondere con la psicologia: è un problema politico, economico, finanziario. Però per me è un indicatore straordinario dell'esperienza che voi avete presentato nelle quattro realtà, che io ho sentito molto ricche, potenzialmente potenti: indica che c'è un fenomeno in atto che in questo momento non viene governato, ma il sistema risponde con delle iniziative estemporanee. Io credo che il sistema tra non molto verrà travolto da questo, quindi dovrà obbligatoriamente prendere in considerazione alcune cose. C'è una rivoluzione in atto. Oggi la psicologia è un ingrediente essenziale perché la medicina, -non parlo degli psicologi o dei medici-, possa realizzare quello che ha nelle sue potenzialità. Faccio un esempio pratico: il 50% dei pazienti che arrivano al trapianto di fegato sono pazienti eso-tossici, cioè etilisti o ex tossicodipendenti; non è molto rilevante che si faccia una buona toilette chirurgica, che si trovi un buon fegato da trapiantare, che si usino le migliori tecniche chirurgiche possibili, se dopo due mesi il paziente comincia a bere un'altra volta. Oppure se dopo sei mesi il paziente si auto-riduce le pastiglie, la terapia immunosoppressiva, perché dice che troppo pastiglie fanno male al fegato. Prendiamo ad esempio la malattia cronica, che comporta il cambiamento dello stile di vita e pastiglie per tutta la vita: questo è un problema che il medico, la medicina, deve gestire, perché se il paziente non prende le pastiglie va in ospedale, costa di più, è a rischio ictus, a rischio incidente cardiovascolare, ha tanti fattori di rischio che oggi sono noti. Il sistema, -non gli psicologi, non i medici-, ha interesse che alcune cose vengano dette. Credo sia importante che condividiamo, sul piano concettuale, alcuni paradigmi forti. Se condividiamo alcuni elementi fondanti il nostro lavoro, siamo in grado anche di interagire con i nostri partner. Il fatto che ci chiedano tanto non è un indicatore di niente. L'intervento psicologico, in questa accezione, è inutile, perché non può, nella sua essenza, modificare quello che il sistema per la sua natura ha bisogno di fare per poter sopravvivere. Questo aspetto della medicina è essenziale per il buon funzionamento del sistema, ma non si può pensare che la psicologia possa colmare o mettere insieme questa famosa unità della persona, perché non esiste nella realtà della vita e della pratica quotidiana, il sistema ha bisogno di fare queste cose, è la natura del sistema. In questa accezione il bisogno psicologico cosa rappresenta? Il rumore psichico, è qualcosa che disturba il buon andamento di questo sistema, e allora cosa si fa? Si chiama l'esperto del rumore, lo psicologo: ecco la psicologia Nutella spalmata di qua e di là, trasversalmente a tutto l'ospedale. Quindi lo psicologo diventa il tecnico del disturbo. Questo non serve. Questa visione di psicologo nell'attività ospedaliera si concentra in due modelli, che sono agli antipodi: o si chiama lo psicologo che è il mago e risolve tutti problemi, oppure si chiama lo psicologo che tanto non serve a niente, si occupa un po' delle emozioni. Il sistema ha bisogno di fare così e questo funziona bene, perché ottiene dei risultati straordinari sul piano della diagnosi, della terapia, della riabilitazione, però non risolve tutti questi altri problemi, li lascia aperti. Il sistema non è capace di ridurre le angosce della persona. Ciò che distingue gli psicologi ospedalieri dagli psicologi del

territorio è che nell'attività ospedaliera c'è un terzo incomodo, che non c'è o c'è molto meno sul territorio, che è la sofferenza fisica, c'è il fantasma della morte, che è sempre lì seduto. Questo succede in ospedale, e ciascuno reagisce alla propria maniera, ma in particolare la struttura reagisce con delle risposte paranoidi, persecutorie. Quando il paziente denuncia un medico è un problema per l'istituzione. E quindi ci sono le isole, si chiama il tecnico che risolve questo problema. Quindi se così non funziona bisogna fare qualcosa, bisogna introdurre una dimensione nuova nella realtà ospedaliera, bisogna riportare all'interno dell'esperienza di malattia, quindi della relazione del paziente con il suo medico e con la struttura, tutto quello che il sistema per la sua necessità ha messo fuori: la prima integrazione è restituire alla relazione terapeutica tutti i suoi contenuti perché questi danno forza alla relazione, una relazione senza contenuti emotivi è inefficace, non può funzionare. Ci sono delle spinte straordinarie verso il cambiamento: la medicina di oggi, la medicina delle evidenze, è 20 anni mediamente più avanti della medicina delle prassi odierne. La legge sulla privacy e il consenso informato hanno modificato i codici deontologici. La presenza stessa degli psicologi, anche se sparsi, è un fattore di cambiamento straordinario nella mentalità e nell'organizzazione del sistema. Di tutte queste cose non si è mai parlato prima, di consenso informato, di comunicazione, di soddisfazione, di aderence, di clinical government, di bilancio dell'intangibile. Oggi la medicina delle evidenze ci ha mostrato che in alcuni casi, per esempio negli Hospice, nel trattamento dei pazienti cronici o terminali, coinvolgere dei pazienti in alcune attività come il teatro è più efficace rispetto alla gestione del problema dolore attraverso un mero trattamento con farmaci antidolorifici. La medicina delle evidenze ci mostra questo, non gli psicologi. Si pensi al risk management in terapia intensiva adulti e nel processo di procurement di organi e tessuti: il 50% degli errori in terapia intensiva dipende da abilità non tecniche, il 43% degli incidenti in sala operatoria dipende dal non possesso di abilità non tecniche. Si parla task management, il saper gestire un compito, di decision making, il saper prendere delle decisioni in situazioni di stress. Questi sono aspetti di competenza degli psicologi, per cui se l'azienda, l'ospedale, vuole affrontare il problema del rischio, deve cominciare a implementare questa funzione all'interno di quel percorso assistenziale. Vorrei fare una precisazione, rispetto ad un equivoco che ha caratterizzato tutta la mattinata, sulla differenza fra abilità e competenze: si può aiutare a implementare alcune abilità nel percorso assistenziale, ma le competenze sono degli psicologi. Oggi si parla di rischio di burnout, ma in ambito critico oggi la medicina si pone un problema, quello dello stress etico. Vi porto un caso pratico: abbiamo un ragazzo di 19 anni con miocardiopatia dilatativa; la legge italiana prevede una valutazione psicologica delle persone candidate al trapianto, si fa la valutazione, si certifica che questo ragazzo all'età di 12 anni ha avuto un'encefalopatia virale grave, ha un ritardo intellettivo importante, per cui non è in grado di gestirsi da solo il post-trapianto, non sarebbe in grado di capire l'importanza di prendere le medicine, e così via; i familiari sono disponibili a sostituirlo pienamente in queste funzioni ausiliarie come hanno sempre fatto; si fa una riunione di equipe pre-trapianto, perché la messa in lista è condivisa nell'equipe; il chirurgo trapiantatore dice: “io questo non lo trapianto”, “ma come non lo trapianti?”, “perché tu mi hai scritto che non è in grado di fare da solo”, “è vero, ma io ti ho anche scritto che i

familiari, che hanno finora compensato a questa carenza, come l'hanno fatto finora possono farlo anche dopo", "no, non è sufficiente questo, perché io di là ho un trentaduenne con due bambini di 5 e 3 anni e io scelgo questo, piuttosto che questo". Questo oggi si chiama stress etico: quando i valori personali vanno in conflitto con i valori istituzionali. Questi sono problemi seri. Pensiamo alla patologia neonatale: rianimare o non rianimare un bambino? Le biotecnologie hanno aperto una voragine di lavoro per gli psicologi. Un'altra cosa di cui noi parliamo oggi è della qualità della morte. Passiamo da una medicina centrata sulla malattia ad una medicina centrata sulla persona. Questa è l'integrazione. Il modello biomedico da cui siamo partiti, che per sua natura ha bisogno di separare, è un modello che non funziona più, la delega non funziona più (Tabella 6).
Per rispondere ai medici che chiedono a cosa serve la psicologia e chiedono indicatori di esito, bisogna domandare se c'è stato un accordo prima dell'intervento su quali dovevano essere gli obiettivi da raggiungere. Bisogna passare dalla delega all'integrazione, non parcellizzare i bisogni e cercare "riparazione" attraverso la delega, come nel modello bio-medico. Ci arriva una richiesta, spesso in modo non corretto, ma sta a noi intercettarla, leggerla, non mettendoci sulla difensiva e costruendo la nostra identità di psicologi ospedalieri, superando l'ansia di mostrare l'utilità del lavoro e l'ansia di non essere riconosciuti. Oggi si parla di risorse intangibili: la differenza fra due aziende che hanno lo stesso numero di operai, ma resa differente, la fa l'intangibile, ad esempio la presenza di conflitti, i processi gestionali.
La psicologia ospedaliera si occupa della sofferenza psicologica, della formazione degli operatori, dell'organizzazione del lavoro e della promozione della salute. Gli utenti sono i malati, degenti o ambulatoriali, i familiari (caregivers), gli operatori sanitari, l'istituzione ospedaliera. Le problematiche dei pazienti raramente sono di natura psichiatrica; spesso sono reazioni alla malattia grave, reazioni abnormi, ma non di natura psichiatrica. La psicologia si rivolge anche all'istituzione ospedale; lo studio si è spostato dal burnout, che c'è ormai ovunque, ai fattori protettivi, perchè è più utile. Quali strumenti? Abbiamo quelli della psicologia clinica (psicodiagnosi, counseling, formazione, supervisione casi clinici, case managment, riabilitazione psicologica, psicoterapie – brevi, individuali, di gruppo -, T.A., neuropsicologia, ricerca, didattica, ecc.); della psicologia della salute (programmi di promozione della salute, prevenzione del disagio, nuove politiche della salute, ecc.); della psicologia delle organizzazioni (interventi individuali, di gruppo, istituzionali; assessment del personale, gestione risorse umane, comunicazione aziendale, formazione psicologica, front-line, ecc.); della psicologia di comunità (interventi sui gruppi e sulla comunità per l'empowerment della salute e lo sviluppo di relazioni solidali in ambiti socio-sanitari ad alta integrazione, ecc.). Quale organizzazione? Una struttura centralizzata, organizzata autonomamente, dotata di sede, personale e risorse proprie, collocata in modo dipartimentale, meglio interdipartimentale. L'assenza di autonomia si traduce in una parcellizzazione di tecniche e metodologie, quindi in mancanza di interdisciplinarietà, impossibilità di avere indicatori univoci, invisibilità del lavoro psicologico, e non risponde ai bisogni di salute delle persone: abbiamo quindi la frustrazione dei cittadini inviati ad altri specialisti, l'offerta di risposte inadeguate e medicalizzate, interventi inappropriati e

inefficaci, utenti insoddisfatti e aumento dei costi. Al contrario un'organizzazione autonoma garantisce ai cittadini facilità di accesso al servizio, epidemiologia dei bisogni di salute, programmazione efficace degli interventi e prestazioni appropriate e qualificate. Consente infine all'Azienda unitarietà ed integrazione degli interventi, supervisione, verifiche e controllo di qualità, coordinamento, formazione, aggiornamento, potenziamento e trasmissione del know-how, continuità operativa e risparmi di risorse.

MEDICINA "DISEASE CENTRED"	MEDICINA "PATIENT CENTRED"
Incentrata sulla patologia Modello approccio bio-medico Esperto prescrive… malato passivo, Malattia = alterazione parametri Biolog. Eventuali "complicazioni" emotive e psicologiche vanno delegate allo psico…logo, "tecnico" ed "esperto" ↓ La rilevanza di questo modello è stata ridimensionata anche dal cambiamento delle malattie prevalenti Oggi prevalgono le malattie croniche, che influenzano il modo di vivere del malato e della famiglia	**Incentrata sulla persona e sulla relazione** **Paziente attivo nella gestione problemi di salute** **Coinvolgimento nel processo decisionale** **Malattia che coinvolge sinergicamente aspetti biologici, psicologici e sociali** **Modello di approccio bio-psico-sociale** ↓ **DALLA MALATTIA ALLA PERSONA**

Tabella 6

Attività psicologica nell'U.O. di Oncologia in Area Vasta

Livi C.*, Bagli P.*, Muccini M.*, Berardi M.A.**, Meggiolaro E.***, Strada M.****, Cavallari G.****, Pagliara I.*****

*U.O. di Oncologia e Oncoematologia, Ospedale Infermi e Ospedale Cervese di Cattolica, AUSL Rimini ;
**Rete Cure Palliative, AUSL Forlì, ***U.O.Prevenzione Oncologica, IOR – Istituto Oncologico Romagnolo Forlì;
****Centro di Prevenzione Oncologica e U.O. di Oncologia, Ospedale S.Maria delle Croci, AUSL Ravenna;
*****U.O. di Oncologia, Ospedale Bufalini, AUSL Cesena

RIMINI

TARGET DI RIFERIMENTO:

- Pazienti con patologia oncologica e oncoematologica
- Familiari dei pazienti oncologici
- Equipe curante

STRUMENTI PER L'INTERVENTO:

- Colloquio di sostegno psicologico individuale, di coppia e di gruppo.
- GEIS: gruppi di informazione, educazione e supporto
- Gruppi per l'apprendimento di tecniche di rilassamento

FORMAZIONE DELL'EQUIPE'CURANTE:

- Corsi di formazione per per l'equipe curante

CRITERI DI ACCESSO:

- Accesso diretto
- Ambulatorio prericovero delle U.O. di Chirurgia di Rimini e Santarcangelo di Romagna
- Associazioni di malati
- Medici di Medicina Generale

STRUMENTI DI REGISTRAZIONE:

- Cartella clinica psicologica ospedaliera
- Scheda prestazioni psicologia ospedaliera

RICERCHE IN ATTO:

- Rilevazione dell'ansia preoperatoria
- Valutazione della soddisfazione relativa alla fase pre–chirurgica e chirurgica di donne con neoplasia mammaria
- Valutazione del Distress in oncologia e variabili correlate
- Valutazione dell'efficacia dell'intervento psicologico nei pazienti oncologici ricoverati

RAPPORTI CON LE ASSOCIAZIONI

- Associazione donne operate di carcinoma mammario, Crisalide
- Associazione Italiana leucemie e linfomi
- Istituto Oncologico Romagnolo
- Lega italiana per la lotta contro il tumori
- ARISTOM

CESENA

TARGET DI RIFERIMENTO:

- Pazienti oncologici
- Pazienti ematologici
- Familiari dei pazienti

STRUMENTI PER L'INTERVENTO:

- Colloqui individuali
- Sostegno psicologico ai pazienti già in trattamento e ai loro familiari nel breve/medio/lungo termine
- Incontri di gruppo con i pazienti

FORMAZIONE DELL'EQUIPE' CURANTE:

- Colloqui all'interno dell' equipe neuoroncologica
- Interventi di sostegno
  - alla comunicazione medico paziente
  - nella scelta dei caregiver
  - nella comunicazione di diagnosi infausta
  - nella comunicazione di recidive o di mancato buon esito della terapia farmacologica

CRITERI DI ACCESSO:

- Auto invio
- Invio da parte:
  - Oncologo/ Ematologo
  - Personale infermieristico
  - Familiare

STRUMENTI DI REGISTRAZIONE:

- Numero di accessi e di incontri
- Cartella clinica personalizzata
- Diario clinico
- Raccolta di self-report sull' esperienza di malattia e del sostegno psicologico ottenuto

RICERCHE IN ATTO:

- Valutazione del Distress in oncologia e variabili correlate
- Ricerca-intervento sui bisogni del paziente oncologico

RAPPORTI CON LE ASSOCIAZIONI

- L'Associazione Comitato Città Solidale di Cesena

FORLI'

TARGET DI RIFERIMENTO:

- Pazienti oncologici durante tutte le fasi di malattia, loro familiari e persone delle reti relazionali di riferimento dei pazienti stessi.
- Volontari IOR dell'Assistenza nel
- Reparto di Oncologia Medica.
- Gruppo Donne operate al seno.

STRUMENTI PER L'INTERVENTO:

- Consulenza Psicologica Individuale, di coppia e familiare.
- Trattamento Psicologico di Supporto
- Trattamenti integrati con MMG, DSM,
- Servizi Sociali, Alcologia.
- Psicoterapia Individuale, di Coppia e Familiare.
- Conduzione di Gruppi di Supporto per Donne operate al seno.
- Counselling Genetico Oncologico.

FORMAZIONE DELL'EQUIPE':

- Formazione per il personale sanitario delle seguenti U.O: Prevenzione, Day Hospital e Oncologia Medica,Chirurgia enologica, Chirurgia Oncologica, Radiologia e Radioterapia.
- Formazione per i Volontari dell'Istituto Oncologico Romagnolo.

CRITERI DI ACCESSO:

- Invio stabilito da specifica indicazione del medico di riferimento.
- Autoinvio.

STRUMENTI DI REGISTRAZIONE:

- Cartella Clinica Psicologica
- Data Base UCP - AUSL

RICERCHE IN ATTO:

- Progetto Multicentrico di validazione del test "Distress Cancro-Specifico e percezione del Rischio nei Tumori eredo-Familiari della mammella" A.Costantini, Roma, L.Grassi, Ferrara, M.Biondi, Roma, M.Bellani, Varese, M.A.Berardi, Forlì, S.poppito e W.Breitberdt, New York.
- Studio Osservazionale Multicentrico
- Valutazione del Distress in oncologia e variabili correlate

RAPPORTI CON LE ASSOCIAZIONI:

- IOR: IOR Psyco-Oncology Working Group.
- Europa donna italia.
- Komen Italia.

RAVENNA

TARGET DI RIFERIMENTO:

- Donne che accedono per la diagnosi precoce del tumore del seno e della cervice
- Pazienti con patologia oncologica

STRUMENTI PER L'INTERVENTO:

- In equipe nell' iter diagnostico
- Counseling
- Colloqui di sostegno psicologico
- Gruppo di auto-aiuto

FORMAZIONE DELL'EQUIPE:

- Presenza dello psicologo in equipe

Su richiesta del medico per
- ecografia, ago aspirato, diagnosi

Con modalità strutturata per
- biopsia ecoguidata, risonanza

CRITERI DI ACCESSO:

L'accesso alla prestazione psicologica è libero :

- Richiesta del paziente
- Invio del reparto

STRUMENTI DI REGISTRAZIONE:

- Scheda paziente
- Cartella clinica

RICERCHE IN ATTO:

- Protocollo sul rischio di carcinoma ereditario della mammella e dell'ovaio

RAPPORTI CON LE ASSOCIAZIONI:

- Istituto Oncologico Romagnolo
- Lega Italiana Lotta ai Tumori

Attività psicologica in Hospice in Area Vasta

Jessica Andruccioli*, Alberto Vignali*, Alessandra Montesi**, M.Alejandra Berardi***, Federica Ruffilli****

*U.O Antalgica e cure paliative, Ospedale Infermi, AUSL Rimini; **Hospice di Savignano sul Rubicone; ***Hospice "Valerio Grassi", Forlimpopoli; ****Hospice "Benedetta Bianchi Porro", Dovadola. Rete Cure Palliative, AUSL Forlì

RIMINI

TARGET DI RIFERIMENTO:

- Pazienti oncologici in fase terminale
- Familiari
- Èquipe curante

CRITERI DI ACCESSO:

- Tutti gli utenti ricoverati in grado di sostenere e comprendere una comunicazione
- I familiari coinvolti nel processo di assistenza e cura

INTERVENTO:

- Valutazione clinica del paziente
- Valutazione del caregiver
- Sostegno individuale al paziente
- Sostegno individuale al familiare
- Trattamento di gruppo per familiari
- Sostegno individuale al lutto
- Trattamento di gruppo per il lutto

STRUMENTI DI REGISTRAZIONE:

- Cartella clinica psicologica ospedaliera
- Scheda prestazioni psicologia ospedaliera
- Scheda di colloquio d'ingresso con il caregiver
- Verbale degli incontri di gruppo

RICERCHE IN ATTO:

- Consapevolezza di malattia
- Valutazione del caregiver
- Narrazione del dolore

FORMAZIONE DELL'EQUIPE' CURANTE:

- Incontro settimanale di supervisione e discussione dei casi
- Corsi di formazione

RAPPORTI CON LE ASSOCIAZIONI:

Associazioni presenti in reparto:

- Amici di ISAL e Fondazione ISAL
- Fondazione Taccia

CESENA

TARGET DI RIFERIMENTO:

- Pazienti ricoverati e loro familiari
- Pazienti assistiti in ADI di 3° livello e loro familiari
- Familiari che richiedono sostegno per l'elaborazione del lutto
- Equipe della Rete di Cure Palliative
- Volontari

CRITERI DI ACCESSO:

- Pazienti, familiari ed operatori sanitari inseriti nell'ambito della rete di cure palliative dell'Azienda Usl di Cesena

INTERVENTO:

- Counselling di sostegno
- Consulenze individuali
- Sostegno psicologico al lutto
- Formazione per conduttori di gruppi di auto muto aiuto al lutto
- Coordinamento e formazione del personale volontario che frequenta la struttura

STRUMENTI DI REGISTRAZIONE:

- Scheda di valutazione psicosociale inserita in cartella clinica
- Audit clinico

RICERCHE IN ATTO:

- Valutazione della consapevolezza dei pazienti ricoverati in Hospice riguardo la diagnosi e la prognosi di malattia

FORMAZIONE DELL'EQUIPE' CURANTE:

- Corsi di aggiornamento rivolti alla prevenzione del burnout che prevedono esperienze di formazione sul campo e di formazione residenziale
- Discussione casi clinici

RAPPORTI CON LE ASSOCIAZIONI:

- Istituto Oncologico Romagnolo
- Lega Italiana per la lotta contro i tumori

FORLI'

TARGET DI RIFERIMENTO:

- Pazienti oncologici durante la fase avanzata di malattia, loro familiari e persone delle reti relazionali di riferimento dei pazienti stessi.
- Familiari in lutto.

CRITERI DI ACCESSO:

- Invio stabilito da specifica indicazione del medico di riferimento o dell'équipe.
- Autoinvio.

STRUMENTI DI REGISTRAZIONE:

- Cartella Clinica Psicologica
- Data Base UCP - AUSL

INTERVENTO:

- Consulenza Psicologica Individuale, di coppia e familiare.
- Trattamento Psicologico di Supporto individuale, di coppia e familiare
- Trattamenti integrati con MMG, DSM, Servizi Sociali.
- Psicoperapia Individuale, di Coppia e Familiare
- Intervento Psicologico Integrato con pazienti, familiari e équipe Cure Palliative

RICERCHE IN ATTO:

- "*Meaning Centered Group Psychotherapy:* uno studio randomizzato controllato multicentrico di un intervento per aumentare la speranza, il senso di significato e il benessere spirituale in pazienti oncologici" A.Costantini, Roma, L.Grassi, Ferrara, M.Biondi, Roma, M.Bellani, Varese, M.A.Berardi, Forlì, S.poppito e W.Breitberdt, New York.

FORMAZIONE DELL'EQUIPE':

- Corso di formazione annuale per le équipe della Rete Cure Palliative
- Supervisione per l'équipe di Dovadola

RAPPORTI CON LE ASSOCIAZIONI:

- SICP – Società Italiana di Cure Palliative.
- Amici dell'Hospice di Forlì

Intervento psicologico nell'U.O. di Terapia Intensiva Neonatale-Neonatologia in Area Vasta

Facondini E.*, Gobbi F.**, Liverani A***

*U.O. di Terapia Intensiva Neonatale, Ospedale Infermi, AUSL Rimini;
** U.O. di Terapia Intensiva Neonatale e Pediatrica, Ospedale Bufalini, AUSL Cesena;
*** U.O. Ostetricia Ginecologia e U.O Pediatria-Neonatologia, Ospedale Pier Antoni, AUSL Forlì

RIMINI

TARGET DI RIFERIMENTO:

IN EPOCA PRENATALE:
- Coppia di futuri genitori ai quali è stata comunicata una diagnosi di nati pretermine, nato a rischio (sindromici, chirurgici) e nato morto

IN EPOCA NEONATALE:
- Familiari (madre, padre, fratelli) del nato pretermine, nato a rischio e neonato deceduto
- Il nato pretermine
- Equipe curante

INTERVENTO:
- Colloqui di sostegno psicologico individuali e/o di coppia per i genitori sin dal periodo prenetale
- Colloqui di assesment psicologico per i fratelli
- Follow-up dei nati pretermine (<1500g)

FORMAZIONE DELL'EQUIPE' CURANTE:
- Gruppo di formazione e supervisione dei casi per il personale medico-infermieristico
- Partecipazione al briefing dei medici e degli Infermieri per l'inquadramento dei casi

CRITERI DI ACCESSO:
- Adesione volontaria su richiesta autonoma o segnalazione del medico al programma di supporto psicologico

STRUMENTI DI REGISTRAZIONE:
- Cartella clinica psicologica ospedaliera
- Scheda prestazioni psicologia ospedaliera
- Database per la raccolta dei punteggi ottenuti ai test

RICERCHE IN ATTO:
- Lavorare in rete nella ricerca-intervento sulla depressione post-partum
- Sviluppo dell'attaccamento e sofferenza psicologica nelle famiglie con nati pretermine
- NEO-ACQUA: Neonatal Adequate Care for Quality of Life

RAPPORTI CON LE ASSOCIAZIONI:
Promuovere il collegamento tra Ospedale e Associazioni
- Assosiazione Colibrì Onlus
- Associazione Crescere Insieme Onlus

CESENA

TARGET DI RIFERIMENTO:
- Operatori U.O. T.I.N. e T.I.P
- Genitori di nati pretermine e bambini ricoverati in T.I.P

CRITERI DI ACCESSO:
- Membri dell'equipe curante
- Genitori su invio dei medici

INTERVENTO:
- Colloqui individuali
- Utilizzo di test reattivi

STRUMENTI DI REGISTRAZIONE:
- Cartella psicologica in Excel

FORMAZIONE DELL'EQUIPE' CURANTE:
- Lavoro di gruppo con gli operatori
- Audit formativi
- Ricerca intervento per la prevenzione del burn-out degli operatori

RICERCHE IN ATTO:
- Progetto comunicazione change
- Check up organizzativo
- Valutazione dello sviluppo neurocomportamentale del neonato prematuro durante i follow up nella prima e seconda infanzia

FORLI'

TARGET DI RIFERIMENTO:
- Donne in gravidanza e nel puerperio con disturbi d'ansia e sindromi depressive
- Donne in situazioni di lutto: interruzioni di gravidanza spontanee, volontarie o terapeutiche e morti intrauterine
- Coppie genitoriali a rischio nel processo dell'attaccamento primario
- Coppia genitoriale di fronte alla nascita pre-matura del bambino, o comunque in condizioni di ricovero presso la neonatologia

CRITERI DI ACCESSO:
- Individuazione da parte dell'equipe medica e/o ostetrica
- Segnalazione da parte dei Servizi Socio-Sanitari Territoriali

STRUMENTI DI REGISTRAZIONE
- Registrazione in cartella
- Relazione (in allegato alla cartella)

INTERVENTO:
- Colloquio Clinico
- Osservazione Clinica
- Infant-Observation
- Interventi trattamentali
- Trattamento integrato con Servizi Socio Sanitari Specialistici Territoriali

RICERCHE IN ATTO:
- Benessere in gravidanza e nel puerperio. Screening, prevenzione e intervento della Depressione pre-partum e post-partum

FORMAZIONE DELL'EQUIPE':
- Seminario di Formazione "Dalla fisiologia alla psicologia della maternità"
- Corso di Formazione "Prevenzione del disagio emotivo-affettivo e relazionale durante il Percorso Nascita"

Attività psicologica nell'U.O. di Pediatria in Area Vasta

Nucci S.*, Pieri, E., Liverani A.*****

*U.O Pediatria, Ospedale Infermi, AUSL Rimini; **U.O. Pediatria, Ospedale Bufalini, AUSL Cesena;
****U.O. di Pediatria, Ospedale Pier Antonio, AUSL Forlì

RIMINI

TARGET DI RIFERIMENTO:

- Bambini affetti da patologia onco-ematologica
- Famigliari dei pazienti
- Insegnanti

CRITERI DI ACCESSO:

Area ospedaliera:
- medici
- pediatri
- infermieri

INTERVENTO:

- Colloqui clinico
- Test psicologici
- Sostegno psicologico individuale e alla coppia genitoriale
- Gruppi per familiari e pazienti

STRUMENTI DI REGISTRAZIONE:

- Cartella clinica psicologica ospedaliera
- Scheda prestazioni psicologia ospedaliera
- Database per raccolta dei punteggi ai test

FORMAZIONE DELL'EQUIPE' CURANTE:

- Corsi di formazione per medici e infermieri
- Presenza costante dello psicologo in equipe

RAPPORTI CON LE ASSOCIAZIONI

- AIL Onlus: Associazione Italiana Leucemie, linfomi, Mielomi
- AROP Onlus: Associazione Riminese Onco-ematologia Pediatrica

CESENA

TARGET DI RIFERIMENTO:

Bambini e adolescenti affetti da:

- diabete mellito tipo 1
- disturbi funzionali
- patologia psico-relazionale connesa ad altre condizioni di tipo medico (disfunzioni ormonali, obesità, patologie genetiche ecc..)

CRITERI DI ACCESSO:

- Inviati da:
  - Reparto U.O.Pediatria
  - DH U.O. Pediatria
  - MMG/PLS
  - PSI, NPI, AS del territorio
- Accesso spontaneo

INTERVENTO:

- Colloqui di consultazione psicologica con il bambino/adolescente ed i genitori
- Colloqui periodici di controllo
- Colloqui di consulenza psicologica
- Sostegno psicologico
- Interventi di carattere psico-educativo.

STRUMENTI DI REGISTRAZIONE:

- Registrazione del colloquio psicologico
- Cartella clinica psicologica

RICERCHE IN ATTO:

- Efficacia dei Campi educativi per ragazzi con diabete mellito tipo 1
- Controllo glico-metabolico, atitudini e comportamento alimentare e QoL nel pz con diabete mellito tipo 1.

FORMAZIONE DELL'EQUIPE' CURANTE:

- L'équipe multidisciplinare diabetologica è composta da pediatra, dietista e psicologa

RAPPORTI CON LE ASSOCIAZIONI:

- A.Di.Ce (Associazione Diabetici Cesenatico)

FORLI'

TARGET DI RIFERIMENTO:

- Bambini con manifestazioni psicosomatiche
- Bambini a rischio per problematiche sociali (maltrattamento fisico/psichico, trascuratezze gravi, abuso diretto/indiretto)
- Bambini con malattie croniche
- Bambini in situazione di malattia oncologica

CRITERI DI ACCESSO:

- In situazione di degenza
- Individuazione da parte dell'equipe medica

STRUMENTI DI REGISTRAZIONE:

- Registrazione in cartella
- Relazione (in allegato alla cartella)

INTERVENTO:

- Colloquio Clinico
- Osservazione Clinica
- Infant-Observation
- Trattamento integrato con Servizi Socio-Sanitari Specialistici Territoriali

FORMAZIONE DELL'EQUIPE':

- Seminari mensili: discussione casi clinici

RAPPORTI CON LE ASSOCIAZIONI:

- Associazione bambini diabetici di Forlì

L'intervento psicologico in Nefrologia-Dialisi

Rebecchi E.,* Novelli B.**

*U.O. di Nefrologia e Dialisi, Ospedale Infermi, AUSL Rimini
** U.O. di Nefrologia, Ospedale Bufalini, AUSL Cesena

RIMINI

TARGET DI RIFERIMENTO:

- Pazienti in pre-dialisi
- Pazienti in trattamento dialitico (emodialitico e peritoneale)
- Pazienti in lista trapianto di rene
- Candidato alla donazione d'organo
- Familiare
- Equipe curante

CRITERI DI ACCESSO:

U.O. Nefrologia e Dialisi:

- Ambulatorio Uremico
- Ambulatorio Infermieristico di Predialisi
- Ambulatorio Trapianti

INTERVENTO:

- Sostegno psicologico individuale al paziente e ai loro familiare
- Gruppi di supporto psicologico per i pazienti e i loro familiari
- Valutazione psicologica paziente candidato al trapianto e/o donatore
- Sostegno psicologico nella fase pre-trapianto e post-trapianto

STRUMENTI DI REGISTRAZIONE:

- Cartella clinica psicologica Ospedaliera
- Scheda prestazioni psicologia ospedaliera
- Registrazione dei colloqui nelle cartelle cliniche
- Refertazione conclusiva della valutazione psicologica per candidati al trapianto e/o donatori

FORMAZIONE DELL'EQUIPE' CURANTE:

- Sostegno psicologico individuale agli operatori dell'equipe
- Corsi di formazione all'equipe curante

CESENA

TARGET DI RIFERIMENTO:

- Pazienti in pre-dialisi
- Pazienti in trattamento emodialitico
- Pazienti in lista trapianto di rene
- Familiare possibile donatore

CRITERI DI ACCESSO:

- Richiesta di consulenza da parte del medico nefrologo
- Protocollo condiviso per tutti i pazienti che entrano in dialisi
- Richiesta valutazione da parte del centro trapianti
- Richiesta da parte del paziente o familiare

INTERVENTO:

- Colloqui di counselling
- Somministrazione di questionari per la valutazione qualità di vita e costrutti di ansia-depressione
- Valutazioni psico-diagnostiche e di personalità
- Sostegno alla compliance terapeutica

STRUMENTI DI REGISTRAZIONE:

- Registrazione giornaliera delle prestazioni erogate
- Compilazione modulo richiesta di consulenza psicologica
- Produzione di una relazione scritta sulle valutazioni psicodiagnostiche

FORMAZIONE DELL'EQUIPE' CURANTE:

- Riunione periodica dell'equipe sugli inserimenti recenti
- Partecipazione in qualità di docente a iniziative formative programmate.
- Supervisione su casi clinici dietro richiesta dell'equipe curante

RICERCHE IN ATTO:

- Valutazione della qualità di vita nei pazienti in trattamento emodilitico
- Valutazione della soddisfazione del paziente nel percorso di inserimento in dialisi

Attività psicologica Neurologia Ospedaliera Area Vasta

Dott.ssa Simona Li Calzi*, Dott.ssa Micaela Fagioli, Dott.ssa Laura Mambelli***, Dott.ssa Claudia Guerrini Andalò******

*U.O. Neurologia Ospedale Infermi Rimini, **Centro Esperto Demenze U.O. Neurologia e U.O Geriatria Ospedale Bufalini Cesena, ***U.O. Neurologia Ospedale L.Morgagni-G.B.Pierantoni Forlì, ****U.O. Aziendale Neurologia Ravenna

RIMINI

TARGET DI RIFERIMENTO:
- Persone con Sclerosi Multipla, SLA e patologie rare, e familiari di riferimento, priorità recente diagnosi
- Equipe curante

CRITERI DI ACCESSO:
Pazienti e/o familiari seguiti da U.O. Neurologia in regime ambulatoriale o di D.H. su richiesta autonoma o segnalazione da parte dell'equipe curante

INTERVENTO:
- Percorso integrato di intervento di rete (ospedale, territorio, associazioni)
- Consulenza psicologica rivolta a pazienti e familiari in diverse fasi di malattia
- Gruppi psico-educativi per pazienti e familiari di recente diagnosi
- Raccordi diretti per invii al territorio
- Consulenza all'equipe curante
- È inoltre presente presso il reparto un Laboratorio di Neuropsicologia

STRUMENTI DI REGISTRAZIONE:
- Cartella clinica psicologica ospedaliera
- Scheda prestazioni psicologia ospedaliera

RAPPORTI CON LE ASSOCIAZIONI:
Intervento di rete con A.I.S.M. - Associazione Italiana Sclerosi Multipla - Sezione Provinciale di Rimini

CESENA

TARGET DI RIFERIMENTO:
- Persone affette da demenza e loro familiari seguite presso il Centro Esperto Demenze

CRITERI DI ACCESSO:
- Per il paziente: invio dai neurologi e dai geriatri del Centro Esperto Demenze
- Per i familiari: segnalazione Da parte dell'equipe del Centro oppure accesso diretto

INTERVENTO:
- Valutazione neuropsicologica del paziente
- Consulenza e supporto psicologico ai familiari
- Corsi psicoeducativi ai caregiver

Le attività rivolte ai familiari vengono attuate in collaborazione con il Consultorio Demenze territoriale

STRUMENTI DI REGISTRAZIONE:
- Schede di registrazione delle prestazioni ospedaliere erogate
- Schede semestrali e annuali di monitoraggio predisposte dalla Regione Emilia Romagna

RICERCHE IN ATTO:
- Efficacia degli interventi psicoeducativi per i familiari
- Fattori predittivi di evoluzione da MCI a demenza
- Efficacia degli interventi di stimolazione cognitiva per pz con m. di Alzheimer

FORMAZIONE DELL'EQUIPE CURANTE:
- Audit clinici di aggiornamento e di discussione dei casi con i professionisti del Centro Esperto ospedaliero e del Consultorio Demenze territoriale.

RAPPORTI CON LE ASSOCIAZIONI:
Con l'associazione di volontariato per i malati di Alzheimer (CAIMA)

FORLI'

TARGET DI RIFERIMENTO:
- Persone con Sclerosi Multipla e loro familiari
- Pazienti ambulatoriali con riferiti deficit cognitivi
- Pazienti di reparto con sospetto deficit cognitivo

CRITERI DI ACCESSO:
- Richiesta del medico specialistico per colloquio clinico in Sclerosi Multipla
- Richiesta del medico specialista neurologo per valutazione neuropsicologica di 2° livello

INTERVENTO:
- Colloquio clinico e counseling
- Test e scale di personalità
- Test Neuropsicologici di 1° e 2° livello standardizzati con taratura italiana.

STRUMENTI DI REGISTRAZIONE:
- Registrazione cartacea per la testistica.
- Inserimento dei dati del paziente su programma aziendale log80

RICERCHE IN ATTO:
- Studio "G.E.Ro.N.I.Mu.S." : Gruppo Emiliano –Romagnolo Neurologi in Multiple Sclerosis

FORMAZIONE ALL'EQUIPE:
- Corso di formazione rivolto a medici I.P. e amministrativi: "Comunicazione e relazione in Sanità: il difficile compito dell'operatore sanitario."

RAPPORTI CON LE ASSOCIAZIONI:
- Rapporti con AISM e presenza di banchetto informativo di fronte al D-H nei giorni di ambulatorio per SM gestito da volontari dell'AISM

RAVENNA

TARGET DI RIFERIMENTO:

A: Area Neuropsicologia
- Pazienti con ipotesi di deterioramento cognitivo di varia eziologia (sospetto o già diagnosticato)
- Pazienti con trauma cranico
- Pazienti psichiatrici

B: Area Psicologia:
- Pazienti con Sclerosi Multipla
- Pazienti con Cefalea

C: Area Medicina Legale:
- Pazienti che necessitano di valutazioni cognitive o di personalità

CRITERI DI ACCESSO:

Invio da parte di:
- medici neurologi
- medici specialisti ospedalieri o del territorio
- medici legali
- medici di medicina generale

INTERVENTO:
- Colloquio psicologico di sostegno (individuale/di coppia)
- Test psicometrici e neuropsicologici, questionari di personalità

STRUMENTI DI REGISTRAZIONE:
- Relazioni e valutazioni neuropsicologiche o di personalità inserite in cartella clinica

RICERCHE IN ATTO:
- Studio GERONIMUS (Gruppo Emiliano_Romagnolo Neurologi in Multiple Sclerosis): studio di prognosi e qualità di vita in casi di SM in Emilia Romagna

RAPPORTI CON LE ASSOCIAZIONI:
AISM
Sezione Provinciale di Ravenna

Unità Operativa Risorse Intangibili
via Flaminia, 76, 47900 Rimini
☎ 0541.304909
🖷 0541.304907
🌐 www.risorse-intangibili.it
✉ fuori@auslrn.net