



8

**L'INTERVENTO DELLO PSICOLOGO
IN CURE PALLIATIVE**
RICERCA DEL GRUPPO GEODE
A CURA DI FEDERICA AZZETTA

;

Si ringraziano:

- McCann Erickson per il progetto grafico della collana “Punto e virgola”.
- Grafiche Arrara per impaginazione e stampa.

8 Punto e virgola

Indice

PREFAZIONE	2
INTRODUZIONE	3
LA LETTURA CONTESTUALE	5
La presenza degli psicologi in cure palliative	8
La struttura e il contratto	10
L'INTERVENTO DELLO PSICOLOGO IN CURE PALLIATIVE	14
L'attivazione dello psicologo	14
I pazienti dello psicologo palliativista	18
PERCORSI E PROCESSI	20
Il primo colloquio: obiettivi	20
Dopo il primo colloquio: obiettivi e possibile presa in carico	21
L'INTERVENTO TERAPEUTICO	24
Motivazioni dell'invio	24
Differenze e affinità	24
STRUMENTI E DOCUMENTAZIONE	27
Strumenti	27
Integrazione e Documentazione	28
CONCLUSIONE: I SIGNIFICATI DI UN INTERVENTO	30
IL QUESTIONARIO	32
BIBLIOGRAFIA	35
RINGRAZIAMENTI	36

PREFAZIONE

L'interesse delle Associazioni Non Profit italiane per la psicologia in cure palliative è storicamente forte ed in continua crescita.

Gli psicologi palliativisti hanno selezionato e formato la maggior parte dei 5.000 volontari che frequentano quotidianamente gli Hospice e le case dei pazienti, seguiti dalle equipe di cure domiciliari. Le ONP italiane hanno promosso la presenza degli psicologi nelle equipe di cure palliative ben prima che la legge 38/2010 (*Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore*) sancisse il diritto del malato e della famiglia ad una risposta professionale ai loro bisogni psicologici e la necessità di percorsi di supporto al lutto. Infatti, benché attualmente prevalgano gli psicologi italiani che lavorano in contesti pubblici, la maggior parte di loro opera grazie a contratti con Organizzazioni Non Profit.

Oggi viviamo finalmente l'avvio della fase attuativa della legge 38 e, sebbene in modo disomogeneo, in molte Regioni esistono diffusi servizi residenziali e domiciliari. Si stanno realizzando le strutture di coordinamento a livello regionale e locale. Si stanno delineando i percorsi formativi per i volontari e per le figure professionali. Vedremo, nei prossimi anni, crescere fortemente le opportunità di formazione universitaria e di formazione continua in cure palliative.

Più di altre categorie, gli psicologi palliativisti sembrano aver colto a pieno la necessità di fare rete e di confrontarsi per costruire un corpo di conoscenze condivise in grado di descrivere strumenti e modalità operative, di definire un *know how* capace di qualificarli per un ruolo specifico e indispensabile nell'equipe multidisciplinare.

Federazione Cure Palliative è lieta di aver promosso e sostenuto la ricerca, a cura del Gruppo Geode, che oggi pubblichiamo con il n° 8 della collana "punto e virgola". Un'indagine che fotografa il lavoro degli psicologi, ne delinea le interazioni con l'equipe, racconta come lavorano, quali bisogni incontrano e come rispondono. Un lavoro che pone le basi per giungere finalmente, anche per gli psicologi palliativisti, ad una descrizione rigorosa, pur nelle specificità del conteso delle cure palliative, di percorsi terapeutici che rispondano in modo efficace ai bisogni complessi dei malati inguaribili e delle loro famiglie.

Luca Moroni
Presidente Federazione Cure Palliative

INTRODUZIONE

Il Gruppo Geode¹

Dal 2008 un gruppo di psicologi esperti in cure palliative si incontra presso l'Hospice di Abbiategrasso per riflettere sul rapporto tra psicologia e cure palliative. Il Gruppo Geode studia alcune tematiche attraverso le quali poter elaborare un pensiero sull'intervento psicologico nei diversi *setting* assistenziali. Il contesto delle cure palliative diventa sfida per la psicologia, chiamata a ridescrivere e a costruire la propria modalità d'intervento, partendo dallo studio e dall'approfondimento di quei vincoli contestuali specifici al mondo delle cure palliative. Il lavoro all'interno dell'equipe e la dimensione temporale determinata dalla malattia inguaribile sono le premesse per un percorso psicologico che deve essere integrato con gli altri interventi dell'equipe: equipe che è interdisciplinare e multidimensionale.

Di fronte alla complessità rappresentata dalla malattia inguaribile non si dà per scontata la necessità dell'intervento dello psicologo, ma si lavora per capirne gli obiettivi e le modalità di realizzazione. Su queste premesse nasce il Gruppo Geode la cui attività è condivisa dai colleghi attraverso la pubblicazione dei lavori sul sito del gruppo (www.hospicediabbiategrasso.it), attraverso la partecipazione ai tavoli di lavoro e l'adesione alle giornate di studio organizzate annualmente ad Abbiategrasso. Il pensiero elaborato e costruito viene puntualmente presentato ai Congressi annuali della Società Italiana di Cure Palliative (SICP).

Nel 2012 il Gruppo Geode, in collaborazione con SICP (Società Italiana di Cure Palliative) ha promosso un Seminario sulla clinica dello psicologo esperto in cure palliative. Hanno partecipato 90 psicologi, provenienti da tutta Italia. È stata un'occasione di riflessione sulla

1 Gruppo Geode:

Federica Azzetta - Psicologa e Psicoterapeuta Hospice di Abbiategrasso Abbiategrasso (MI)

Giada Bartocetti - Psicologa e Psicoterapeuta Hospice "Il Mantello" Mariano Comense (CO)

Claudia Bert - Psicologa Hospice "Sergio Sugliano" Fondazione F.A.R.O (TO)

Annarita Caimi - Psicologa e Psicoterapeuta Hospice di Magenta Magenta (MI)

Francesca Chieppa - Psicologa Ricercatrice Hospice Don Gnocchi Monza (MI)

Claudia Danesini - Psicologa e Psicoterapeuta San Matteo Pavia (PV)

Luisa Fiorina - Psicologa e Psicoterapeuta Hospice "Edo ed Elvo Tempia" ASL di Vercelli Fond. Edo ed Elvo Tempia (BI)

Primo Gelati - Psicologo e Psicoterapeuta Docente SIMPA Milano

Anna Vittoria Macchi - Psicologa e Psicoterapeuta Hospice - Azienda Osp. Univ. Maggiore Novara (NO)

Anna Porta - Psicologa e Psicoterapeuta Hospice l'Orsa Maggiore Biella (BI)

Alessia Sempredoni - Psicologa e Psicoterapeuta Psicologia Clinica - Strut. Comp. C.P. A.O. "C.Poma" Mantova (MN)

Sandra Soldi - Psicologa e Psicoterapeuta Hospice "Il gabbiano" Pontevico (BS)

Patrizia Toietta - Psicologa e Psicoterapeuta A.O. Salvini Garbagnate (MI)

Valentina Vignola - Psicologa e Psicoterapeuta Hospice "La Casa di Iris" Piacenza (PC)

clinica, sulla presa in carico psicologica e di confronto su una modalità di lavoro capace di orientare la professione dello psicologo in *setting* differenti.

In seguito al seminario 2012, il Gruppo Geode ha costruito un questionario articolato che è stato inviato ai Centri di Cure Palliative e i cui risultati sono la base di questa pubblicazione.

LO PSICOLOGO TRA PROCESSI E SIGNIFICATI DI UN INTERVENTO

Risultati della ricerca Psicologi in Cure Palliative 2012-2013

Questa ricerca è stata avviata dal Gruppo Geode² con l'obiettivo di studiare l'intervento psicologico nei tre *setting* delle cure palliative: l'Hospice, l'Assistenza Domiciliare e il Day Hospice/Ambulatorio³. La ricerca è stata condotta a livello nazionale, mediante la diffusione di un questionario realizzato dal Gruppo stesso. È stato inviato a psicologi esperti in cure palliative.⁴ Hanno risposto in 61. Ogni psicologo ha potuto compilare più questionari a seconda dei *setting* in cui era impegnato. In totale sono ritornati 81 questionari così distribuiti:

- 40 riguardanti l'attività dello psicologo in Hospice;
- 31 al Domicilio;
- 10 in Ambulatorio.

I dati sono stati raccolti da Giugno a Dicembre 2012

Il questionario è stato diviso in due sezioni.

La prima sezione ha studiato:

- le condizioni strutturali e il lavoro dello psicologo;
- il pattern di collegamento nelle sue modalità di connessione tra il sistema famiglia-paziente e il servizio di cure palliative;
- l'attivazione dello psicologo, l'invio dei casi e la motivazione dell'invio allo psicologo;
- le finalità e le aspettative del primo colloquio dello psicologo;
- l'intervento psicologico nelle sue diverse forme in seguito al primo colloquio;
- le tecniche e gli strumenti utilizzati.

La seconda sezione ha dato la possibilità, mediante domande aperte, di approfondire alcune tematiche:

- i percorsi psicologici di presa in carico e integrazione con il lavoro d'équipe;
- le tematiche del colloquio e le difficoltà di conduzione;
- le possibili difficoltà connesse a vincoli strutturali.

Hanno partecipato alla ricerca 54 psicologhe e 7 psicologi.

Le Regioni coinvolte nella ricerca sono state 12.

² Vedi Introduzione

³ Da qui in avanti questo *setting* avrà come voce "Ambulatorio"

⁴ Da qui in avanti denominati semplicemente "Psicologi"



Lombardia:	21
Veneto:	6
Emilia Romagna:	5
Puglia:	5
Lazio:	4
Piemonte:	5
Friuli Venezia Giulia:	3
Sicilia:	3
Basilicata:	2
Toscana:	2
Calabria:	1

La presentazione dei dati è articolata in sei parti:

1 LA LETTURA CONTESTUALE

La presenza degli psicologi in cure palliative
La struttura e il contratto

2 L'INTERVENTO DELLO PSICOLOGO IN CURE PALLIATIVE

L'attivazione dello psicologo
I pazienti dello psicologo palliativista

3 PERCORSI E PROCESSI

Il primo colloquio: obiettivi
Dopo il primo colloquio: obiettivi e possibile presa in carico

4 L'INTERVENTO TERAPEUTICO

Motivazioni dell'invio
Differenze e affinità

5 STRUMENTI E DOCUMENTAZIONE

Strumenti
Integrazione e Documentazione

6 CONCLUSIONE: I SIGNIFICATI DI UN INTERVENTO

Ognuno di questi temi è stato affrontato all'interno dei tre *setting* descritti, comparando differenze e affinità rilevate.

Legenda:

Sotto o di fianco ad ogni grafico è riportato l'item corrispondente nel questionario.

Per facilitare la visione sono stati scelti dei colori identificativi:

- *rosso per una situazione generale*
- *azzurro per l' Hospice*
- *arancio per il Domicilio*
- *verde per l'Ambulatorio*

1. LA LETTURA CONTESTUALE

La presenza degli psicologi in cure palliative

Ogni Servizio di cure palliative stabilisce in maniera autonoma e determinata da criteri ed equilibri interni al Servizio stesso e alla Struttura/Ente di appartenenza, il numero di ore di presenza dello psicologo (Grafico 1).

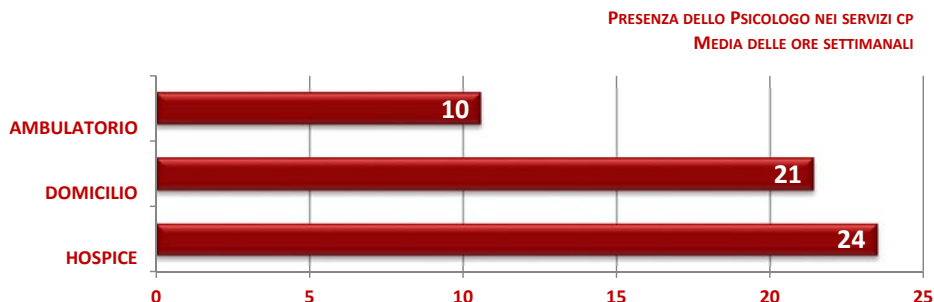


Grafico 1 - Ripartizione delle ore lavorative settimanali in rapporto ai Servizi offerti (indicare il numero di ore)

In Hospice lo psicologo è presente in media 24 ore settimanali, nei Servizi di Assistenza Domiciliare 21 ore, in Ambulatorio 10.

Le ore rispondono alle poliedriche richieste che vengono fatte allo psicologo: l'attività clinica con pazienti malati e familiari; il lavoro del lutto; l'attività formativa nei confronti dell'equipe; la formazione e la selezione dei volontari. La visione analitica nei tre *setting* evidenzia l'ampia dispersione dei dati raccolti che è ben visibile nei tre grafici che seguono in cui si vedono le singole risposte riferite da ogni psicologo in merito al proprio quantitativo di ore settimanali.

HOSPICE

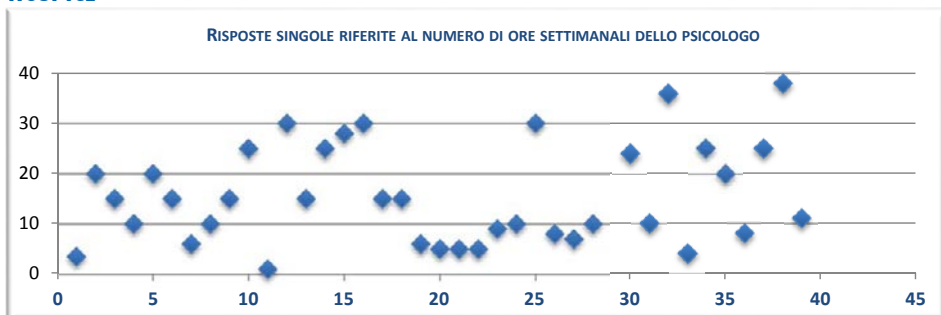


Grafico 2 - Ripartizione delle ore lavorative settimanale in rapporto ai Servizi offerti. Hospice: (indicare il numero di ore)

In Hospice (Grafico 2) emerge un quadro sintetizzato nella seguente tabella:

N. ore settimanali	N. psicologi
1-5	6
6-10	12
11-15	6
16-20	3
21-30	9
> 31	2

Per un totale di 38 psicologi rispondenti su 40 (95%). Il grafico mette ulteriormente in luce come il *range* delle risposte evidenzi una frammentazione e disparità di numero di ore non indifferente.

DOMICILIO

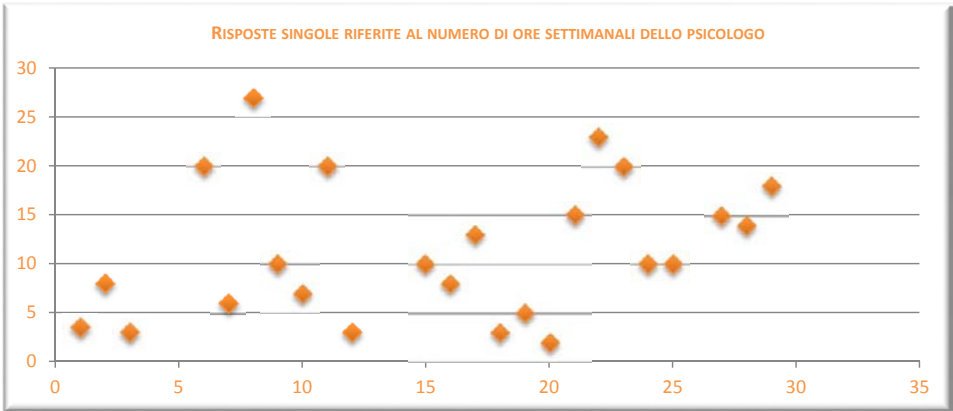


Grafico 3- Ripartizione delle ore lavorative settimanali in rapporto ai Servizi offerti. Domicilio: (indicare il numero di ore)

Dalla presenza dello psicologo nei Servizi di Assistenza Domiciliare (Grafico 3) emerge il seguente quadro, per un totale di 24 psicologi rispondenti su 31 (77%).

N. ore settimanali	N. psicologi
1-5	6
6-10	8
11-15	4
16-20	4
21-30	2
> 31	0

AMBULATORIO

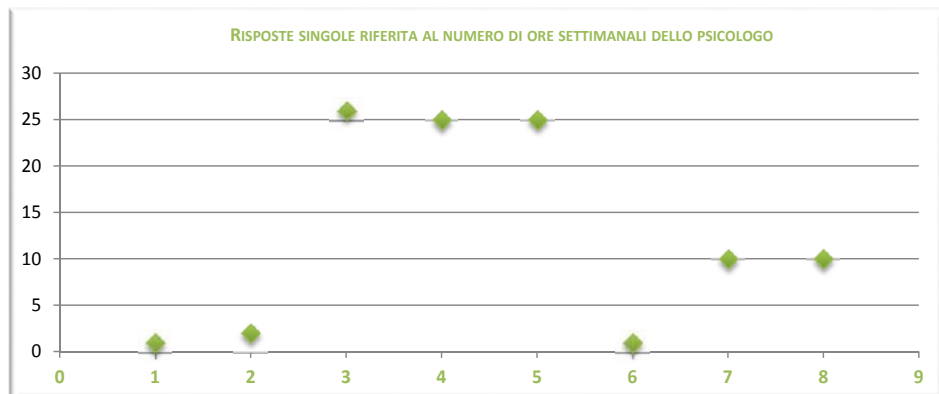


Grafico 4 - Ripartizione delle ore lavorative settimanale in rapporto ai Servizi offerti. Day Hospice: (indicare il numero di ore)

Anche l'Ambulatorio (Grafico 4) nonostante l'esiguità dei numeri raccolti, evidenzia una discreta disparità:

N. ore settimanali	N. psicologi
1-5	3
6-10	2
11-15	0
16-20	0
21-30	3
> 31	0

Per un totale di 8 psicologi rispondenti su 10 (80%).

La struttura e il contratto

L'effettiva possibilità di strutturare il proprio intervento e di organizzarlo all'interno del processo di presa in carico globale dipende anche da vincoli organizzativi. Insieme al numero di ore, la modalità di contratto e la strutturazione del Servizio di appartenenza, sono premesse organizzative con cui lo psicologo può e deve confrontarsi, per capire come impostare il proprio lavoro. Lo psicologo appartiene ad un sistema organizzativo e relazionale, sinteticamente riassumibile e visualizzabile nell'organigramma proprio di ciascun Servizio.

I Grafici 5 e 6 rappresentano i dati relativi alla posizione contrattuale.



Grafico 5 - Tipo di Contratto:
Dipendente-Libero Professionista-Altro

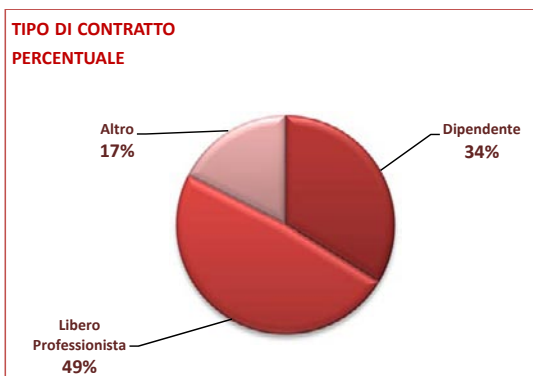


Grafico 6 - Tipo di Contratto:
Dipendente-Libero Professionista-Altro

Dai questionari ricevuti emerge che solo 27 psicologi sono assunti come dipendenti dal Servizio presso cui lavorano; 40 hanno un contratto libero professionale, mentre dei 14 psicologi che hanno segnato 'altro', tre hanno una borsa di studio e due esercitano la loro attività come volontari.

Quindi quasi il 50% del panorama cui la ricerca si riferisce lavora come libero professionista (49%) senza garanzia di continuità, il 34% come dipendente, a fronte di un 17% che lavora in condizioni contrattuali di strutturale precarietà.

L'analisi delle tipologie dei servizi in cui lo psicologo opera permette di approfondire il discorso (Grafico 7).

TIPO DI SERVIZIO

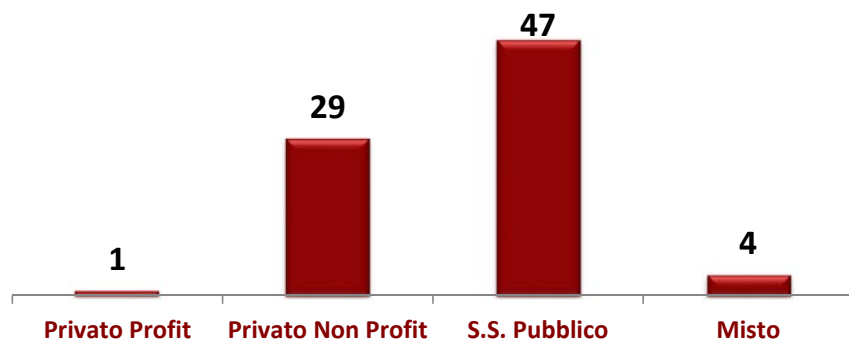


Grafico 7 - Tipo di Servizio: Ente Profit; Ente Non Profit; S.S. Pubblico; Misto

Su 81 risposte emerge che la maggior parte degli psicologi opera per conto del Servizio Sanitario Pubblico (47; 58%); 29 (36%) lavorano nel Privato Non Profit; 1 (1%) svolge la sua attività nel Privato Profit; 4 (5%) operano in Strutture Sanitarie miste.

L'ente con cui lo psicologo stipula il contratto dà risultati differenti da quelli appena riportati (Grafico 8).

CONTRATTO CON

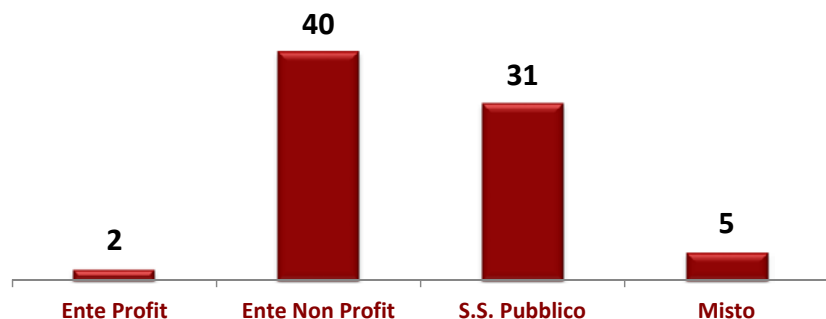


Grafico 8 - Contratto con: Ente Profit; Ente Non Profit; S.S. Pubblico; Misto

Il dato è rilevato su 78 questionari: il Sistema Sanitario Pubblico firma 31 contratti, a fronte dei 47 psicologi che lavorano al suo interno (Grafico 7). Si evince quindi che per molti dei Centri pubblici il servizio psicologico ai pazienti e ai familiari è garantito da una Associazione Onlus che si fa carico dei costi. Sono infatti 40 gli psicologi che hanno un contratto con Organizzazioni Non Profit (Grafico 8), mentre solo 29 lavorano al loro interno (Grafico 7).

In questo panorama strutturale il grado di soddisfazione degli psicologi è abbastanza elevato (Grafico 9).

GRADO DI SODDISFAZIONE LAVORATIVA



Grafico 9 - Generalmente qual è il grado di soddisfazione della modalità organizzativa e di attivazione dello Psicologo nel Servizio?

L'analisi si basa su 73 questionari: risultano molto soddisfatti 25 psicologi che, insieme ai 35 abbastanza soddisfatti, raggiungono la quasi totalità (60 su 73, pari all'82%), dei rispondenti a questo item. Restano 11 poco soddisfatti (15%) e solo 2 per niente soddisfatti (3%).

Occorrono le condizioni idonee per poter esercitare la professione dello psicologo in cure palliative, in termini di tempo, di spazio e di capacità di reinterpretare il proprio lavoro all'interno di differenti *setting*. Spazi logistici e spazi mentali devono alternativamente essere garantiti, ma anche essere conquistati, e poi preservati, da una capacità lavorativa in grado di risultare utile all'équipe con cui si collabora.

2. L'INTERVENTO DELLO PSICOLOGO IN CURE PALLIATIVE

Il lavoro dello psicologo in cure palliative si inserisce all'interno del più ampio e complesso lavoro dell'equipe interdisciplinare e multidimensionale. L'intervento psicologico è volto a co-costruire i significati familiari entro cui interpretare il tempo della malattia, condividendoli con l'equipe e avviando con la famiglia, là dove necessario, una rilettura e la premessa per un possibile cambiamento. L'intervento psicologico parte dunque da una osservazione del paziente all'interno della sua famiglia, per capire i significati entro cui si colloca l'evento della malattia inguaribile. Questo evento è la cornice semantica entro cui l'equipe dovrà leggere e dare significato ai comportamenti dei pazienti e dei familiari durante il tempo dell'assistenza e della presa in carico del servizio. A questa macro finalità si aggiunge poi l'obiettivo specifico di ogni intervento terapeutico rivolto alla famiglia e al paziente, che è quello di valutare la presenza di un eventuale bisogno psicologico e agire di conseguenza. Date queste premesse la ricerca studia l'inizio di questo processo, cioè l'attivazione dello psicologo, individuando in un secondo tempo chi sono effettivamente i suoi pazienti.

L'attivazione dello psicologo

Di particolare interesse è la considerazione di come avviene l'attivazione dello psicologo nei diversi contesti all'interno del lavoro d'equipe (Grafico 10).

L'attivazione dello psicologo avviene:



Grafico 10 - L'attivazione dello psicologo avviene: Prima della presa in carico; Al momento della presa in carico; Dopo qualche giorno; Su segnalazione dell'equipe; Altro. (Segnare la modalità prevalente).

Gli 81 lavori raccolti evidenziano che 47 psicologi (58%) vedono pazienti e/o familiari su segnalazione da parte dell'equipe. In 12 (15%) hanno il loro primo colloquio dopo qualche giorno dall'inizio della presa in carico, mentre per 11 (14%) il colloquio iniziale coincide con il momento dell'attivazione del Servizio. Per 5 (6%) la conoscenza del paziente e del suo nucleo familiare avviene prima della presa in carico da parte della struttura. Questi dati dicono che lo psicologo ha una modalità di lavorare che, per 75 (47 segnalazione dell'equipe + 12 dopo qualche giorno + 11 al momento della presa in carico + 5 prima

della presa incarico) su 81 (pari al 93%), prescinde dalla domanda esplicita da parte del paziente e/o del familiare. Questo dato viene declinato nei tre *setting*.

HOSPICE

Anche nel *setting* dell'Hospice (Grafico 11) emerge che lo psicologo è attivato su segnalazione dell'equipe in 17 casi su 39 (46%). Interessante è lo spunto di riflessione che danno le altre voci: in 9 casi (23%) l'attivazione è parte del percorso di presa in carico ed avviene dopo qualche giorno; in 10 (26%) al momento della presa in carico da parte del Servizio e in 2 (5%) prima della presa in carico.

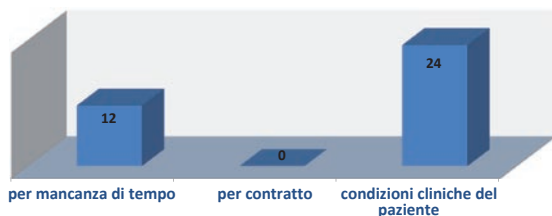
L'attivazione dello psicologo avviene:



Grafico 11 - L'attivazione dello psicologo avviene: Prima della presa in carico; Al momento della presa in carico; Dopo qualche giorno; Su segnalazione dell'equipe; Altro. (Segnare la modalità prevalente).

Si evince che, a differenza degli altri *setting*, in Hospice il 49% (19) degli psicologi (10 al momento della presa in carico + 9 dopo qualche giorno) si attiva in maniera autonoma, prevedendo un'osservazione e valutazione in prima persona del bisogno del paziente e della famiglia. Autonomia valutativa che va poi ad integrarsi con la presa in carico globale dell'equipe. Se invece non viene effettuato il primo colloquio da parte dello psicologo, nella maggior parte dei casi, è per mancanza di tempo, ma soprattutto a causa dello stato di salute del paziente.

Se non fa il colloquio con i pazienti è per



Se non fa il colloquio con i familiari è per

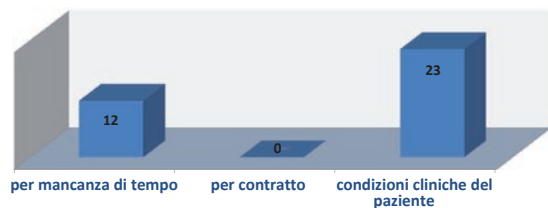


Grafico 12 - HOSPICE - Il colloquio con pazienti/familiari non viene effettuato per: mancanza di tempo; contratto; condizioni cliniche del paziente/familiare

Su 36 questionari analizzati (Grafico 12) 24 psicologi non vedono i pazienti a motivo delle loro condizioni cliniche e 12 per mancanza di tempo. L'item sul colloquio con i familiari ha trovato risposta in 35 questionari evidenziando che in 23 casi lo psicologo non riceve i familiari a motivo dello stato di salute del paziente e in 12 per mancanza di tempo.

DOMICILIO

L'attivazione dello psicologo avviene:

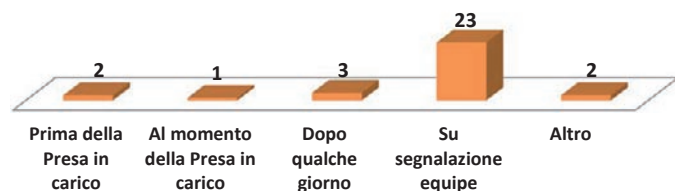
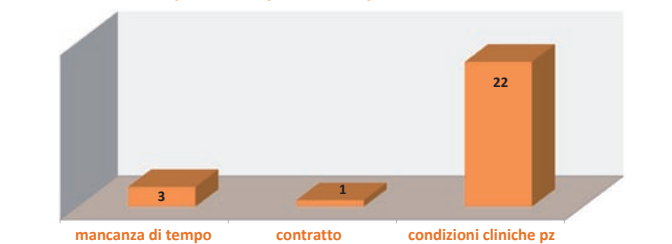


Grafico 13 - L'attivazione dello psicologo avviene: Prima della presa in carico; Al momento della presa in carico; Dopo qualche giorno; Su segnalazione dell'equipe; Altro. (Segnare la modalità prevalente).

Nell'Assistenza Domiciliare (Grafico 13) l'analisi viene effettuata su 31 questionari compilati, col seguente risultato: 23 psicologi sono attivati dall'equipe; 3 dopo qualche giorno dall'inizio dell'assistenza; 1 al momento della presa in carico e 2 prima ancora dell'avvio dell'assistenza. Le due risposte indicate come 'altro', segnalano che l'intervento dipende ed è subordinato alla esplicita e diretta richiesta da parte del paziente o del familiare.

Se non fa il colloquio con i pazienti è per



Se non fa il colloquio con i familiari è per

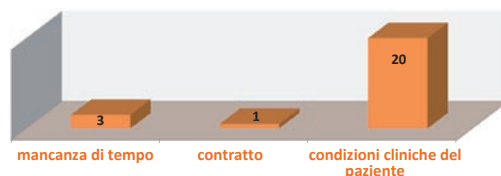


Grafico 14 - DOMICILIO - Il colloquio con pazienti/familiari non viene effettuato per: mancanza di tempo; contratto; condizioni cliniche del paziente/familiare

A Domicilio (Grafico 14) sono 22 (su 26 rispondenti) gli psicologi che non vedono i pazienti a motivo delle loro condizioni cliniche, 3 per mancanza di tempo e 1 per motivi contrattuali. In 20 (su 24 rispondenti) non ricevono i familiari a causa dello stato di salute del paziente; in 3 per mancanza di tempo e 1 solo per motivi contrattuali.

AMBULATORIO

Nonostante l'esiguità dei dati e il ristretto campione pervenuto (11 questionari), si rileva come anche in questo *setting* la maggior parte dei casi che richiedono l'intervento dello psicologo avviene tramite la segnalazione dell'equipe (Grafico 15).

L'attivazione dello psicologo avviene:

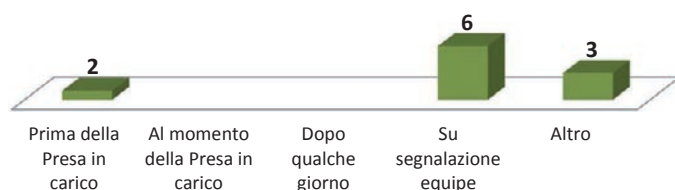


Grafico 15 - L'attivazione dello psicologo avviene: Prima della presa in carico; Al momento della presa in carico; Dopo qualche giorno; Su segnalazione dell'equipe; Altro. (Segnare la modalità prevalente).

In Ambulatorio (Grafico 16) 6 psicologi su 11 rispondenti non vedono i pazienti e 7 i familiari a causa delle condizioni fisiche. Sono in 3 gli psicologi non vedono i pazienti e in 2 quelli che non vedono i familiari per mancanza di tempo.

Se non fa il colloquio con i pazienti è per



Se non fa il colloquio con i familiari è per



In Ambulatorio (Grafico 16) 6 psicologi su 11 rispondenti non vedono i pazienti e 7 i familiari a causa delle condizioni fisiche. Sono in 5 gli psicologi che non vedono i pazienti e in 4 quelli che non vedono i familiari per mancanza di tempo.

È interessante constatare che i Servizi di cure palliative non vincolano il lavoro dello psicologo all'interno dell'equipe. Solo una risposta su 81 (1%) segnala infatti che, per motivi contrattuali, lo psicologo non può vedere pazienti e familiari. L'analisi del bisogno psicologico e la determinazione dell'attivazione del suo intervento sono dunque completamente in mano all'equipe e allo psicologo stesso. Sono invece vincolanti le condizioni di salute, coerentemente con il contesto in cui lo psicologo si trova a lavorare.

I pazienti dello psicologo palliativista

Chi sono i pazienti dello psicologo nel contesto specifico delle cure palliative? Non sono solo solamente i malati. La ricerca mette chiaramente in evidenza come in tutti e tre i setting gli psicologi lavorino maggiormente con i familiari dei pazienti, coerentemente con la presa in carico globale del paziente e del suo contesto familiare e relazionale.

HOSPICE

L'attivazione dello psicologo è indirizzata a:

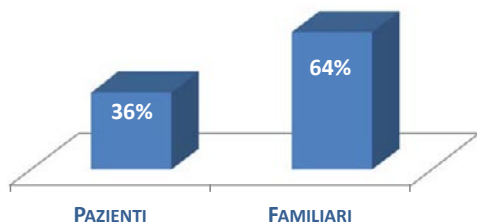


Grafico 17 - L'attivazione dello psicologo è indirizzata a (indicare la percentuale)

Lo psicologo in Hospice vede per il 64% delle sue ore i familiari e per il 36% i pazienti (Grafico 17).

Analogamente a Domicilio (Grafico 18), pur con un divario meno importante rispetto all'Hospice, la percentuale dei familiari visti dallo psicologo (55%) è comunque maggiore rispetto a quella dei pazienti (45%).

DOMICILIO

L'attivazione dello psicologo è indirizzata a:

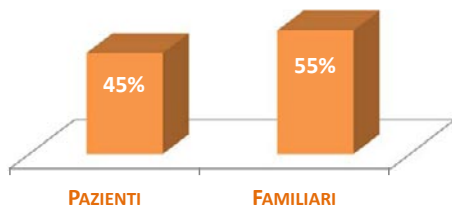


Grafico 18 - L'attivazione dello psicologo è indirizzata a (indicare la percentuale)

AMBULATORIO

L'attivazione dello psicologo è indirizzata a:

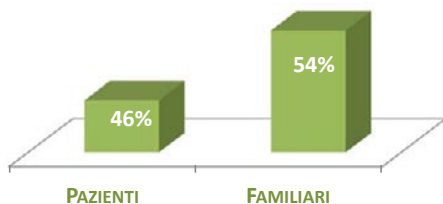


Grafico 19 - L'attivazione dello psicologo è indirizzata a (indicare la percentuale)

Anche nel *setting* ambulatoriale (Grafico 19) la percentuale indica in maniera decisa un maggior lavoro con i familiari (54%) rispetto a quello con i pazienti (46%).

3. PERCORSI E PROCESSI

Il primo colloquio: obiettivi

Il primo colloquio che lo psicologo conduce in Hospice ha un obiettivo conoscitivo e valutativo in merito al bisogno psicologico del paziente (Grafico 23).

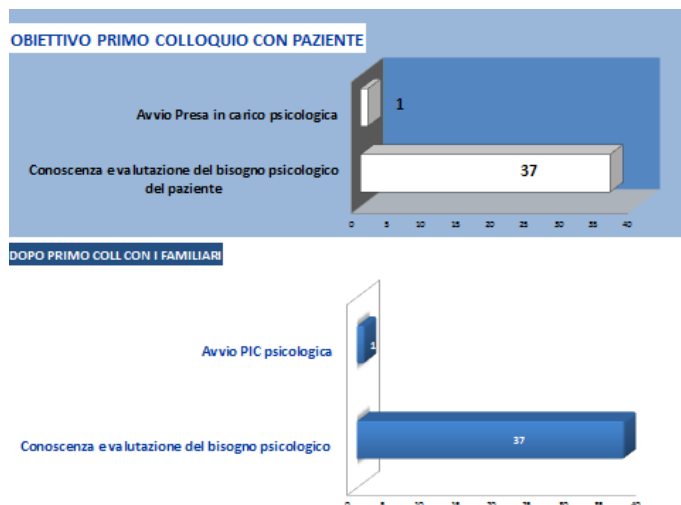
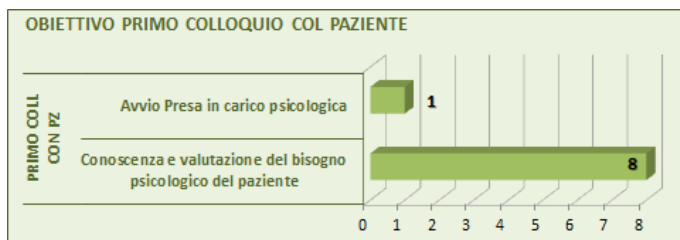


Grafico 23 - Qual è l'obiettivo del primo colloquio con i pazienti/familiari? Conoscenza e valutazione del bisogno psicologico del paziente/familiare; Avvio di una Presa in carico psicologica ; Altro

Su 40 psicologi attivi in Hospice hanno risposto in 38, di cui ben 37 incontrano il malato e i familiari con un obiettivo conoscitivo e valutativo mentre uno solamente avvia una presa in carico psicologica.



Grafico 24 - Qual è l'obiettivo del primo colloquio con i pazienti/familiari? Conoscenza e valutazione del bisogno psicologico del paziente/familiare -Avvio di una Presa in carico psicologica -Altro



OBIETTIVO PRIMO COLLOQUIO FAMILIARI

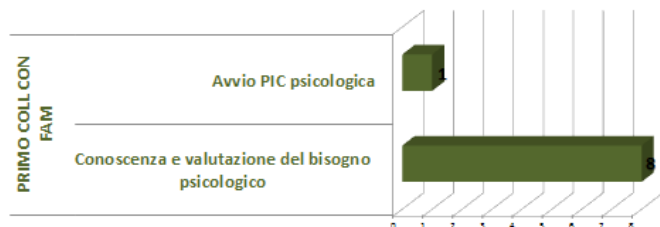


Grafico 25 - Qual è l'obiettivo del primo colloquio con i pazienti/familiari? - Conoscenza e valutazione del bisogno psicologico del paziente/familiare - Avvio di una Presa in carico psicologica - Altro

Analogamente per i *setting* del Domicilio (Grafico 24) e dell'Ambulatorio (Grafico 25) prevale nettamente il numero degli psicologi che conducono il primo colloquio con il paziente con un obiettivo di conoscenza e valutazione del bisogno psicologico. Lo stesso accade per i colloqui con i familiari.

Soltanto uno psicologo su 81 conduce il primo colloquio avviando una presa in carico psicologica del paziente malato e/o del familiare.

Dopo il primo colloquio: obiettivi e possibile presa in carico

Nella costruzione del questionario, per capire ciò che avviene dopo il primo colloquio, sono state ipotizzate tre differenti modalità di procedere: altri colloqui, attivazione di una presa in carico e termine dell'intervento.

Qui di seguito le tre "etichette" sono esplicitate per fare chiarezza su quello che si intende e sulle modalità di strutturazione dell'intervento:

- **Altri Colloqui**

Sono stati così definiti quei colloqui che, in seguito al primo, si conducono con i pazienti o con i familiari durante il tempo dell'assistenza.

Possono essere fissati come esito di una valutazione da parte dell'equipe o possono essere richiesti in maniera autonoma dai familiari, come esito del primo colloquio. La caratteristica di questi colloqui è che avvengono spontaneamente in base all'insorgenza di qualche difficoltà riscontrata. I contesti in cui si costruisce la relazione, l'alleanza terapeutica e l'intervento psicologico, sono molto vari e richiedono flessibilità.

- **Avvio di una presa in carico psicologica**

Fanno parte di questa categoria quei colloqui che si caratterizzano per una modalità d'intervento strutturata. Questo pone in evidenza non solo una differenza dai precedenti a livello di *planning*, ma soprattutto in termini di *setting* mentale, premessa su cui costruire e orientare un cambiamento psicologico in base al bisogno e alla domanda portata in colloquio dal paziente malato o dal familiare.

- Termine dell'intervento

Si intende il caso in cui lo psicologo considera terminato il suo intervento. Lo psicologo rimane comunque attivo, non direttamente sul caso, ma attraverso il lavoro con l'equipe, mediante le riunioni e i *briefing*.

Analizziamo ora i dati nei tre *setting*

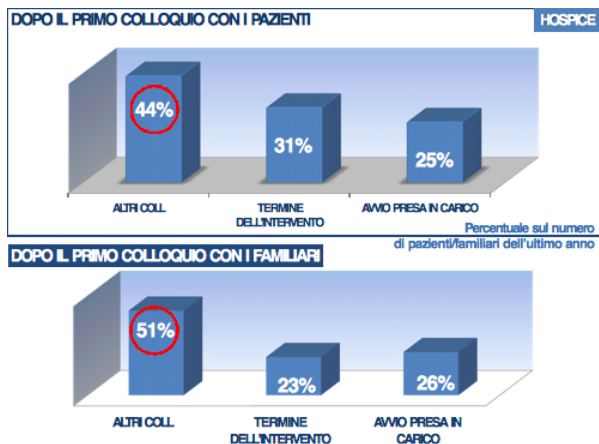


Grafico 26 - Dopo il primo colloquio con il paziente/familiare generalmente che cosa avviene? Seguono altri colloqui; Termine dell'intervento col paziente/familiare; Avvio di una presa in carico psicologica. (Selezionare la scelta e indicare la percentuale sul numero dei pazienti dell'ultimo anno)

In Hospice (Grafico 26), nell'ultimo anno di lavoro, il 44% dei pazienti ha proseguito dopo il primo colloquio con lo psicologo, con altri colloqui; per il 31% dei pazienti si è terminato l'intervento. Anche i familiari registrano una maggiore percentuale di 'altri colloqui': il 51% ha proseguito con colloqui oltre al primo di conoscenza e valutazione. Per il 23% dei familiari si è invece considerato terminato l'intervento. Si conferma pertanto un maggiore lavoro con i familiari.

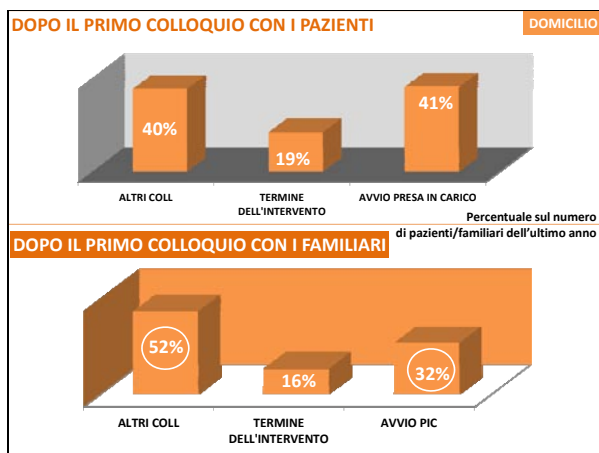


Grafico 27 - Dopo il primo colloquio con il paziente/familiare generalmente che cosa avviene? Seguono altri colloqui; Termine dell'intervento col paziente/familiare; Avvio di una presa in carico psicologica. (Selezionare la scelta e indicare la percentuale sul numero dei pazienti dell'ultimo anno)

Nel *setting* domiciliare (Grafico 27): il 40% dei pazienti prosegue dopo il primo colloquio con altri colloqui; solo per il 19% dei pazienti si conclude l'intervento; mentre per il 41% dei pazienti, che è la percentuale più alta di tutti e tre i *setting*, si avvia una presa in carico psicologica.

Il lavoro con i familiari a domicilio raggiunge risultati maggiori con colloqui puntuali su bisogni specifici ('altri colloqui' 52%), che non attraverso percorsi maggiormente strutturati ('avvio presa in carico' 32%).

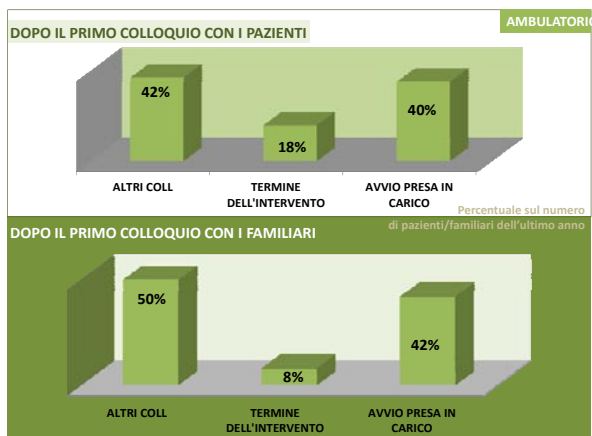


Grafico 28 - Dopo il primo colloquio con il paziente/familiare generalmente che cosa avviene? Seguono altri colloqui; Termine dell'intervento col paziente/familiare; Avvio di una presa in carico psicologica. (Selezionare la scelta e indicare la percentuale sul numero dei pazienti dell'ultimo anno)

Il termine dell'intervento dopo il primo colloquio, nel *setting* ambulatoriale (Grafico 28), si attesta al 18% per i pazienti e all'8% per i familiari. Decisamente il valore più basso rispetto a Hospice e Domicilio. Si registra invece, pur considerando lo scarso numero di risposte, un'alta percentuale di lavoro con i pazienti sia seguiti con altri colloqui (42%) sia mediante l'avvio di una presa in carico (40%). Analogo risultato si evidenzia con i familiari: altri colloqui (50%) e attraverso percorsi più strutturati (42%).

4. L'INTERVENTO TERAPEUTICO

Motivazioni dell'invio

Perché vengono segnalati allo psicologo i malati e i loro familiari? Sulla base di quale motivazione ci si aspetta l'attivazione dello psicologo? Nel Questionario sono state individuate dieci motivazioni prevalenti, scelte e selezionate a partire dall'esperienza e dalla pratica clinica. Come ogni scelta hanno il limite di escludere altre possibilità e la forza di poter mettere a fuoco alcuni punti fondamentali. L'insieme di alcuni di essi riportano alla sintetica espressione della fatigue a cui si fa riferimento attraverso le diverse voci che la compongono.

Le motivazioni sono:

1. Ansia
2. Depressione
3. Problemi relativi alla consapevolezza
4. Problemi relazionali/familiari
5. Psicopatologia
6. Fatica del personale
7. Non accettazione della terminalità
8. Paziente piange
9. Problemi con l'equipe
10. Problemi assistenziali

Gli psicologi sono stati invitati a metterle in ordine da 10 a 1: dalla più frequente (10) a quella più rara (1).

Le motivazioni si riferiscono indistintamente a tutti e tre i *setting* considerati.

• I pazienti

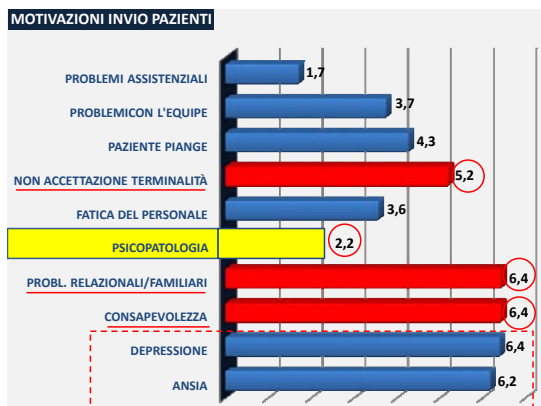


Grafico 29 - Con quale motivazione vengono segnalati i pazienti? (Rispondere in base alle segnalazioni ricevute dall'equipe durante l'assistenza, anche se non strettamente determinanti l'attivazione)

Le motivazioni più frequenti per le quali vengono inviati allo psicologo i pazienti sono le 'problematiche relazionali/familiari' e la 'consapevolezza', così come ansia e depressione. La non accettazione della terminalità segue con un punteggio di 5,2.

Decisamente inferiore e molto poco presente la motivazione psicopatologica, 2,2, così come analogamente bassi e quasi irrilevanti gli indici riguardanti le problematiche assistenziali 1,7; poco più frequenti le problematiche con l'equipe 3,7.

La fatica del personale 3,6 non è indice particolarmente rilevante nell'attivazione dello psicologo.

Che il paziente pianga 4,3 invece, sembra non essere più considerato come un sintomo psicologico tale da meritare un invio allo psicologo.

• I familiari

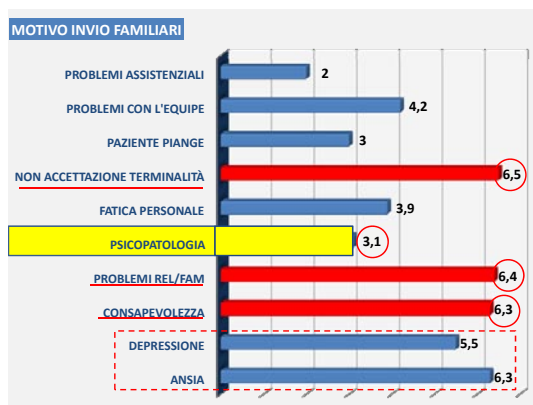


Grafico 30 - Con quale motivazione vengono segnalati i familiari? (Rispondere in base alle segnalazioni ricevute dall'equipe durante l'assistenza, anche se non strettamente determinanti la sua attivazione)

Le motivazioni più frequenti con cui vengono inviati allo psicologo i familiari sono la non accettazione della terminalità 6,5, le 'problematiche relazionali/familiari' 6,4 e la 'consapevolezza' 6,3. Da aggiungere ansia 6,3 e depressione 5,5 che riportano indici alti.

Decisamente inferiore la motivazione psicopatologica 3,1 così come gli indici riguardanti le problematiche assistenziali 2. Più frequenti invece le problematiche con l'equipe 4,2.

Anche per i familiari la fatica del personale 3,9 non è indice particolarmente rilevante nell'attivazione dello psicologo.

Differenze e affinità

Le motivazione dell'invio del paziente e/o familiare allo psicologo determinano l'intervento terapeutico. Tali motivazioni sono la premessa su cui gli psicologi costruiscono la loro ipotesi, elaborando una restituzione al paziente e al familiare. Ciò rappresenta lo specifico del loro lavoro. Questo modo di pensare l'intervento psicologico porta a considerare ogni

intervento e ogni colloquio, fosse anche uno solo, come terapeutico. Dato questo modo di intendere il lavoro, ci sembra utile mettere in luce dei punti di riflessione, dei punti interrogativi che sono premesse per continuare in futuro con altre riflessioni e lavori.

1. La prevalenza delle motivazioni dell'invio sono legate per quanto riguarda i pazienti alla consapevolezza e alle problematiche relazionali/familiari, mentre per i familiari la prevalenza è in merito alla non accettazione della terminalità. Emerge in maniera molto evidente da parte dei familiari la fatica di doversi confrontare con l'idea della malattia inguaribile e l'accettazione della terminalità. In maniera circolare e interconnessa a questo dato, leggiamo come per i pazienti l'indice di maggior fatica sia la consapevolezza, quasi a poter ipotizzare una correlazione tra questo tema e le problematiche relazionali e familiari. Il gap che si crea tra un tempo in cui vengono dati messaggi di malattia e lettura dei sintomi come indicatori prognostici e la non accettazione dei familiari è decisamente interessante: è proprio questo lo spazio di lavoro per l'intervento terapeutico di rilettura dell'evento.

2. Ansia e depressione sono indici particolarmente elevati in cure palliative. Ci sembra utile capire che cosa significhi essere depressi o ansiosi nel mondo della malattia inguaribile. Occorre infatti comprendere se interpretare questi item come elementi diagnostici all'interno di categorie patologiche, o se invece siamo di fronte a comportamenti, atteggiamenti e stati d'animo secondari e reattivi ad un evento naturale e non patologico, quale la morte e la malattia. È normale essere tristi e preoccupati di fronte ad una persona che muore a cui si è affezionati? È normale provare l'angoscia di fronte all'abisso della morte? Ma allora: quando questi sentimenti diventano categorie patologiche? Quando la tristezza e la paura diventano ansia e depressione?

3. Non è frequente che l'invio allo psicologo palliativista sia dovuto ad un indice connesso alla psicopatologia. Questo conferma che la morte e la malattia inguaribile sono eventi normali, non da patologizzare. Inoltre l'indice riportato, particolarmente basso, conferma che lo psicologo palliativista lavora in un contesto non necessariamente psicopatologico. La scarsa rilevanza attribuita alla psicopatologia come motivo di invio allo psicologo, autorizza a pensare che le equipe considerino l'intervento dello psicologo come utile all'interno di una cornice di normalità.

5. STRUMENTI E DOCUMENTAZIONE

Strumenti

Questa sezione della ricerca rimane probabilmente uno dei capitoli meno chiari dell'indagine. Meno chiaro perché più variegato nel suo specifico. Il tema infatti rimanda ad una riflessione molto più ampia rispetto a quanto è possibile condensare in una sola sintetica risposta.

Partendo dalla domanda rivolta allo psicologo su quali strumenti o tecniche utilizza, sono stati volutamente messi insieme due termini che non sono sinonimi (strumenti e tecniche), al fine di raccogliere un primo dato su cui successivamente sarà utile costruire una più profonda riflessione (Grafico 31). Di fondo rimane un sintetico interrogativo: test, strumenti e tecniche sono una necessità per un adeguato lavoro psicologico in cure palliative, un bisogno di sicurezza per lo psicologo o una possibilità per un intervento maggiormente orientato ad un fine e verso un obiettivo terapeutico?



Grafico 31 - Quali strumenti o tecniche sono utilizzati durante i colloqui? Nessuno; Alcuni

Con una certa sorpresa si rileva come in tutti e tre i *setting* gli psicologi utilizzano strumenti e tecniche: 29 colleghi su 40 (72%) in Hospice; 25 colleghi su 31 (80%) al Domicilio, fino a raggiungere il 100% in Ambulatorio (10 risposte).

Gli strumenti di cui si parla sono i più diversi, quali: tecniche di rilassamento, EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing - Desensibilizzazione e rielaborazione attraverso i movimenti oculari) ipnosi, colloqui per obiettivi, genogramma, scheda familiare, colloquio clinico del paziente, percorsi di terapia, colloqui di strategia breve, compiti e prescrizioni, test, schede standardizzate o costruite ad hoc a seconda dei bisogni.

Percorsi, strumenti, tecniche e strategie: che cosa ha senso e che cosa è lecito utilizzare -e perché- nell'ambito delle cure palliative? Sono strumenti che aiutano a procedere per obiettivi, ma anche strumenti che sollecitano l'interrogativo di base da cui è partita l'indagine in merito all'obiettivo dell'intervento psicologico.

Integrazione e Documentazione

Obiettivo dell'intervento psicologico è quello di lavorare per costruire una diagnosi relazionale: il significato delle persone presenti e vicine affettivamente al malato, il significato delle persone assenti e lontane; che cosa significa in quella famiglia essere presenti e di fianco al paziente, insieme al significato di chi è stato informato e chi no della presa in carico. Questo lavoro, qualsiasi sia il *setting*, viene riconosciuto dagli psicologi come parte integrante della presa in carico del servizio (Grafico 32-33-34).

Il colloquio con i pazienti/familiari è:

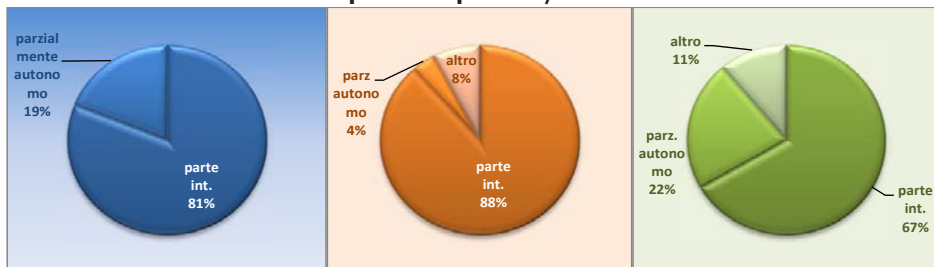


Grafico 32 - Hospice

Grafico 33 - Domicilio

Grafico 34 - Ambulatorio

Il colloquio con i pazienti/familiari è: parte integrante della presa in carico dell'equipe; parzialmente autonomo rispetto alla presa in carico del Servizio; altro

I dati evidenziano come l'intervento dello psicologo in una percentuale identica sia per i familiari sia per i malati, è considerato come parte di un'unica presa in carico. Le percentuali molto alte per il *setting* dell'Hospice (parte integrante 81%) e del Domicilio (parte integrante 88%) riaffermano la collaborazione dello psicologo in un team. L'ambulatorio, pur registrando una percentuale discretamente elevata (parte integrante 67%), evidenzia una maggiore autonomia nella strutturazione dell'intervento psicologico (parzialmente autonomo 22%). Probabilmente questo indice è da connettere alla strutturazione stessa del Servizio che favorisce un'organizzazione consulenziale.

L'indice d'integrazione va ad intrecciarsi con la modalità d'archivio e registrazione dei dati raccolti durante l'intervento psicologico (Grafico 35-36-37). Far parte di una equipe e di un unico piano assistenziale, significa poter avere uno spazio proprio all'interno della documentazione del paziente e della sua cartella clinica. Per questo motivo è stato chiesto agli psicologi se riportano il loro colloquio e i successivi interventi in cartella, condividendo con l'equipe, compatibilmente alla tutela della privacy, le informazioni raccolte.

Lo psicologo riporta i colloqui in una cartella clinica?

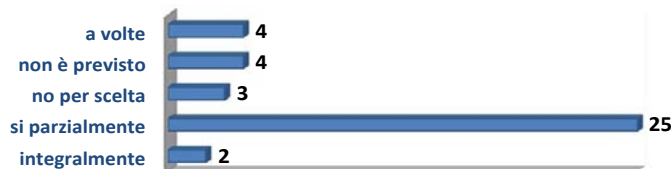


Grafico 35 - Hospice - Lo psicologo riporta il suo colloquio in cartella clinica? integralmente; si parzialmente; no, per scelta; a volte; altro

In Hospice la maggior parte degli psicologi (25, 56%) riporta parzialmente il colloquio in cartella (Grafico 35). Rimangono tuttavia casi nei quali questo 'non è previsto' (4, 11%) e che addirittura per scelta alcuni psicologi (3, 8%) non ritengono di dover condividere dei dati raccolti. Altrettanto difficile da valutare la risposta di una completa condivisione (2, 5%).

I dati che si riferiscono al *setting* del domicilio risultano particolari (Grafico 36).

Lo psicologo riporta i colloqui in una cartella clinica?

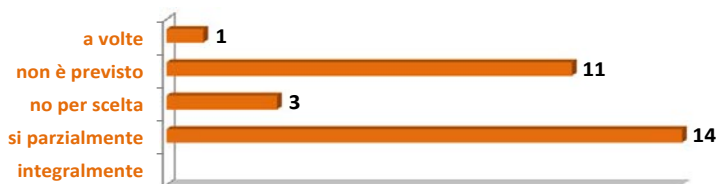


Grafico 36 - Domicilio
- Lo psicologo riporta i colloqui nella cartella clinica? integralmente; si parzialmente; no, per scelta; a volte; altro

Sono 14 (48%) gli psicologi che condividono parzialmente la storia raccolta, ma per 11 (38%) non è previsto uno spazio nell'unica cartella assistenziale. Anche in questo *setting* ci sono 3 psicologi (10%) che per scelta ritengono non necessaria la condivisione e l'integrazione del proprio lavoro con quello del resto dell'equipe.

Lo psicologo riporta i colloqui in una cartella clinica?

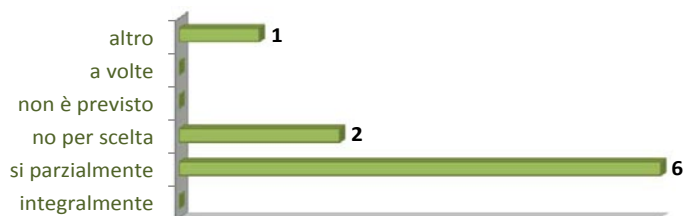


Grafico 37 - Ambulatorio
- Lo psicologo riporta il suo colloquio in cartella clinica? integralmente; si parzialmente; no, per scelta; a volte; altro

I risultati dell'Ambulatorio (Grafico 37) in maniera coerente con quanto esposto finora segnalano 6 psicologi (67%) che condividono parzialmente il lavoro e 2 (22%) no, per scelta.

6. CONCLUSIONE: I SIGNIFICATI DI UN INTERVENTO

La ricerca presenta lo stato dell'arte del lavoro dello psicologo in cure palliative, partendo proprio dalla pratica di 61 psicologi operativi in questo contesto, evidenziando criticità e sollecitando riflessioni.

In maniera sintetica, con la forza che ha una sintesi e con la consapevolezza della riduttività che ogni schema porta con sé, sono stati riportati dieci enunciati emersi dallo studio:

1. lo psicologo lavora con l'équipe;
2. lo psicologo ha dei vincoli contestuali legati alla malattia inguaribile;
3. lo psicologo non è determinato nella progettazione della sua attività clinica da vincoli contrattuali;
4. l'attivazione dello psicologo avviene senza una domanda esplicita da parte del paziente o del familiare;
5. lo psicologo lavora prevalentemente con i familiari;
6. il primo colloquio è finalizzato alla conoscenza e valutazione di un bisogno psicologico/emotivo;
7. l'intervento dello psicologo è connesso ad alcune tematiche fondamentali: l'accettazione della terminalità, le problematiche relazionali/familiari, la consapevolezza;
8. in cure palliative è elevato l'indice di Ansia e Depressione;
9. in cure palliative la psicopatologia non è un fenomeno rilevante;
10. in cure palliative esiste uno spazio relazionale che deve essere di competenza di tutta l'équipe e che non coincide con l'intervento dello psicologo.

La sfida per lo psicologo è quella di saper lavorare a fianco di altri professionisti, integrando la propria professione con lo specifico di discipline diverse. Quattro passaggi sono fondamentali per definire il modo in cui lo psicologo deve lavorare per raggiungere questa non sempre scontata integrazione:

1. inquadrare la storia relazionale e familiare, diagnostica e di storia di malattia raccogliendo e sapendo descrivere il modo con cui la famiglia ha integrato la malattia con la vita relazionale;
2. costruire con la famiglia i significati di ciò che caratterizza la loro storia prima e dopo la prognosi di malattia inguaribile;
3. connettere la storia della persona malata e della famiglia che accede al servizio con le dinamiche relazionali che caratterizzano il tempo della degenza e che sono vissute all'interno della stanza del paziente;
4. condividere le informazioni in équipe, con il consenso della famiglia.

L'analisi dei risultati della ricerca propone agli psicologi di mantenere differenti punti prospettici e interpretativi, sapendo di vedere solo una parte del tutto e di far parte, come ogni famiglia, come ogni paziente e ogni équipe, di un unico sistema.

Questo lavoro ha l'obiettivo di contribuire a costruire un pensiero e a delineare le diverse possibilità dell'intervento dello psicologo in cure palliative. Un intervento che è e deve essere terapeutico.

IL QUESTIONARIO

A. STRUTTURA

1. N° assistiti annuali nel Servizio cui lavora
(o numero posti del suo Hospice)
2. N° psicologi presenti
3. Da quanto tempo lavora in Cure Palliative? E nella sua Struttura?
4. Tipo di Servizio
 - ☐ Privato Profit
 - ☐ Privato Non Profit
 - ☐ S.S. Pubblico
5. Numero di ore lavorative settimanali previste dal suo contratto
6. Tipo di Contratto
 - ☐ Dipendente
 - ☐ Libero Professionista
 - ☐ Altro
7. Contratto con
 - ☐ Ente Profit
 - ☐ Ente Non Profit
 - ☐ S.S. Pubblico
8. Ripartizione delle sue ore lavorative settimanali in rapporto ai servizi offerti

B. PATTERN DI COLLEGAMENTO TRA SERVIZIO E PSICOLOGO

9. L'attivazione dello Psicologo avviene
(segnare la modalità prevalente)
 - ☐ Prima della presa in carico, con caregiver e/o pazienti
 - ☐ Al momento dell'attivazione dell'Equipe CP
 - ☐ Dopo qualche giorno dall'attivazione dell'Equipe CP
 - ☐ Su segnalazione dell'equipe
 - ☐ Altro (specificare)
10. L'attivazione dello Psicologo è indirizzata
(indichi la percentuale)
% ai pazienti % ai familiari
11. Il colloquio psicologico che conduce con i pazienti è:
 - ☐ parte integrante della presa in carico dell'Equipe CP
 - ☐ parzialmente autonomo rispetto alla presa in carico del Servizio
 - ☐ Altro (specificare)
12. Il colloquio psicologico che conduce con i familiari è:
 - ☐ parte integrante della presa in carico dell'Equipe CP
 - ☐ parzialmente autonomo rispetto alla presa in carico del Servizio
 - ☐ Altro (specificare)
3. Se non fa il colloquio con i pazienti è per:
 - ☐ scelta professionale ☐ mancanza di tempo ☐ contratto
 - ☐ altro (specificare)
14. Se non fa il colloquio con i familiari è per:
 - ☐ scelta professionale ☐ mancanza di tempo ☐ contratto
 - ☐ altro (specificare)

15. All'inizio della presa in carico chi le invia i casi?
(indichi la percentuale)
- | | | |
|---|---|-----------------------|
| % Medico | % Infermieri | % OSS |
| % Equipe | % Richiesta autonoma paziente o familiare | |
| % Nessuno. Valutazione dello stesso Psicologo | | % Altro (specificare) |
16. Con quanti pazienti mediamente fa il colloquio?
(indichi la percentuale sul totale dei pazienti seguiti) %
17. Con quanti familiari mediamente fa il colloquio?
(indichi la percentuale sul totale dei pazienti seguiti)
18. Con quale motivazione le vengono segnalati i pazienti?
(risponda in base alle segnalazioni che riceve dall'Equipe durante la degenza, anche se non strettamente determinanti la sua attivazione)
(numerare da 1 a 10: 1 la motivazione più frequente/importante; 10 la motivazione più rara)
- ☐ Ansia
 - ☐ Depressione
 - ☐ Problemi relativi alla consapevolezza
 - ☐ Problemi relazionali/familiari
 - ☐ Psicopatologia
 - ☐ Fatica del personale
 - ☐ Non accettazione della terminalità
 - ☐ Paziente piange
 - ☐ Problemi con l'equipe
 - ☐ Problemi assistenziali
19. Con quale motivazione le vengono segnalati i familiari?
(risponda in base alle segnalazioni che riceve dall'Equipe durante la degenza, anche se non strettamente determinanti la sua attivazione)
(numerare da 1 a 10: 1 la motivazione più frequente/importante; 10 la motivazione più rara)
- ☐ Ansia
 - ☐ Depressione
 - ☐ Problemi relativi alla consapevolezza
 - ☐ Problemi relazionali/familiari
 - ☐ Psicopatologia
 - ☐ Fatica del personale
 - ☐ Non accettazione della terminalità
 - ☐ Paziente piange
 - ☐ Problemi con l'equipe
 - ☐ Problemi assistenziali

C. Finalità e aspettative

20. Qual è l'obiettivo del primo colloquio psicologico con i pazienti?
- ☐ Conoscenza e Valutazione del bisogno psicologico del paziente
 - ☐ Avvio di una presa in carico psicologica
(intendiamo un percorso di più colloqui concordati e fissati col paziente)
 - ☐ Altro (specificare)

21. Qual è l'obiettivo del primo colloquio psicologico con i familiari?
 - ☐ Conoscenza e valutazione del bisogno psicologico
 - ☐ Avvio di una presa in carico psicologica (intendiamo un percorso di più colloqui concordati e fissati col paziente)
 - ☐ Altro (specificare)
22. Dopo il primo colloquio col paziente, generalmente cosa avviene? (selezioni la scelta e indichi la percentuale sul numero dei pazienti dell'ultimo anno)
 - ☐ Seguono altri colloqui
 - ☐ Termine dell'intervento col paziente
 - ☐ Avvio di una presa in carico psicologica (intendiamo un percorso di più colloqui concordati e fissati col paziente)
23. Dopo il primo colloquio con i familiari, generalmente cosa avviene? (selezioni la scelta e indichi la percentuale sul numero dei pazienti dell'ultimo anno)
 - ☐ Seguono altri colloqui
 - ☐ Termine dell'intervento col paziente
 - ☐ Avvio di una presa in carico psicologica (intendiamo un percorso di più colloqui concordati col familiare)
24. Generalmente quanto è soddisfatto della modalità organizzativa e di attivazione dello Psicologo nel suo Servizio?
 - ☐ Per niente
 - ☐ Poco
 - ☐ Abbastanza
 - ☐ Molto
25. Che cosa desidererebbe cambiare della sua impostazione lavorativa circa l'attivazione dello psicologo e i colloqui con i pazienti e con i familiari? (specificare)

D. Tecniche e strumenti

26. Quali strumenti o tecniche utilizza durante i colloqui?
 - ☐ nessuno
 - ☐ alcuni (specificare quali, es: genogramma, scheda familiare, registrazioni....)
27. Riporta il suo colloquio nella cartella clinica?
 - ☐ integralmente
 - ☐ si parzialmente
 - ☐ no, per scelta
 - ☐ non è previsto
 - ☐ a volte
 - ☐ altro (specificare)

DOMANDE APERTE

E. real benefit dello Psicologo in CP

28. Come utilizza -se lo utilizza- i colloqui con il paziente e con i familiari nel lavoro con l'equipe?
29. Quali sono le tematiche che mediamente affronta durante i suoi colloqui con i pazienti e quali quelle con i familiari?
30. Quali sono le difficoltà da lei riscontrate durante i colloqui con i pazienti e con i familiari?
31. Quali sono le difficoltà da lei riscontrate connesse ai vincoli strutturali?
32. Può riportare un caso come esempio?
33. Può allegare la scheda che utilizza come griglia di osservazione/valutazione del suo colloquio?

BIBLIOGRAFIA

- Andolfi M-D'Elia A., *Le perdite e le risorse della famiglia*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 2007.
- Andolfi M., *Manuale di psicologia relazionale. La dimensione familiare*, Accademia di Psicoterapia della famiglia, Roma, 2006.
- Bateson G., *Verso un'ecologia della mente*, Adelphi, Milano, 1972.
- Bercelli F., Leonardi P., Viaro M., *Cornici terapeutiche*, Raffaello Cortina, Milano, 1999.
- Carli R., Panniccia M. R., *Analisi della domanda*, Il Mulino, Bologna, 2005.
- EAPC, The EAPC Task Force on Education for Psychologists in Palliative Care, in *European Journal of Palliative Care*, 2010; 17 (2);
- EAPC, Guidance on postgraduate education for psychologists involved in palliative care, in *European Journal of Palliative Care*, 2011; 18 (5).
- Freud S., *Lutto e melanconia*, Bollati Boringhieri, Torino, 1915.
- Fruggeri L. *Famiglie. Dinamiche interpersonali e processi psico-sociali*, Ed. Carrocci, 1997.
- Gandolfi M.-Martinelli F., *Il bambino nella terapia*, Erickson, Trento, 2008.
- Gritti P., Di Caprio E. L., Resicato G., *L'approccio alla famiglia in psiconcologia*, Aggiornamenti in psichiatria 2011; 2: 115-115
- Lossi c., Hatira P., Mystakidou K. The Use of genogram in palliative care, *Palliative medicine* 1997; 11: 455-461.
- Minuchin S., *Famiglie e terapia della famiglia*, Astrolabio, Roma, 1976.
- Neimeyer R. A., *Lessons of Loss*, University of Memphis, Memphis, 2006.
- Roccato P., *L'incapacità di elaborare il lutto come conseguenza di un inadeguato apprendimento della gestione delle emozioni*, Convegno, L'esperienza depressiva tra sofferenza e conflittualità, San Maurizio Canavese, Torino, Dicembre, 1995.
- Selvini Palazzoli M. et al., *Il mago smagato*, Feltrinelli, Milano, 1976.
- Selvini Palazzoli M. et al., *Sul fronte dell'organizzazione*, Feltrinelli, Milano, 1983 (2).
- Selvini Palazzoli M., Boscolo L., Cecchin G., Prata G., *Paradosso e controparadosso*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 2003.
- Sgarro M., *Il lutto in psicologia clinica e psicoterapia*, Centro Scientifico Editore, Torino, 2008.
- Ugazio V., *Ipotizzazione e processo terapeutico*, in *Terapia Familiare*, vol. 16, 1984.
- Ugazio V., *Lo psicologo e il problema dei livelli gerarchici. Organigramma e programma*, in Selvini Palazzoli M. et al., *Sul fronte dell'organizzazione*, Feltrinelli, Milano, 1983 (2).
- Ugazio V., *Ipotizzazione e processo terapeutico*, in *Terapia Familiare*, vol. 16, pp.27-45, 1984.
- Ugazio V., *Oltre la scatola nera*, in *Terapia Familiare*, vol. 19, pp.73-83, 1985.
- Ugazio V., *L'indicazione terapeutica, una prospettiva sistemico-costruttivista*, in *Terapia Familiare*, vol. 31, 1989.
- Ugazio V., *Storie permesse storie proibite*, Bollati Boringhieri, Milano, 1998.
- Ugazio V. (A.C.), *Famiglie, gruppi e individui*, Franco Angeli, Milano, 2006.
- Ventafridda V., ASSR-Ricerca sulle Cure Palliative finanziata dal Ministero della Salute, Ex-art.12 DLgs 502/92, 1993.
- Viaro M., *Formazione sistemica e visione professionale*, in *Terapia Familiare*, vol. 82, 2006.
- Watzlawick P., Beavin J. H., Jackson D. D., *Pragmatica della comunicazione umana*, Astrolabio, Roma, 1971.
- Cfr. Legge n. 38/10, Legge 15 marzo 2010 , n. 38, Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore.
- Cfr. www.hospicediabbiategrasso.it/index.php/chi-siamo/gruppo-geode

RINGRAZIAMENTI

Si ringrazia:

- il Gruppo Geode che ha ideato e condotto l'indagine, elaborandone e analizzandone successivamente i dati;
- tutti gli psicologi che hanno risposto al questionario

1. Aprea	Antonino	Ryder Italia ONLUS	Roma
2. Arvino	Francesca	Hospice Via delle Stelle	Reggio Calabria
3. Azzetta	Federica	Hospice di Abbiategrasso	Abbiategrasso
4. Baroncini	Patrizia	I.A.A ULSS 20-Hospice San Giuseppe	Marzana
5. Berardi	Alejandra	IRCCS-IRST Psicooncologia	Forlimpopoli
6. Binfarè	Gabriella	VIDAS	Milano
7. Borghi	Silvia	AUSL Reggio Emilia	Reggio Emilia
8. Buttinelli	Elena	Fondazione Roma - Hospice	Roma
9. Caimi	Annarita	Hospice di Magenta ASL MI 1	Magenta
10. Campaniello	Maria	Hospice AZ.Osp.Sacco	Milano
11. Casarino	Luisa	Gigi Ghirotti	Genova
12. Chieppa	Francesca	Fondazione Don Gnocchi	Monza
13. Corà	Alice	ULSS 6 Vicenza - U.O. C.P- Hospice	Vicenza
14. Dalle Luche	Chiara	Associazione Volontari Versiliesi	Viareggio
15. Danesini	Claudia	IRCCS Policlinico "San Matteo" Pavia	Pavia
16. De Cosimo	Lucia	ULSS 1 Belluno-Associazione Cucchini	Belluno
17. Di Noto	Daniela	Samot Ragusa Onlus	Ragusa
18. Di Nuzzo	Elisa	Il Samaritano Onlus	Casalpusterlengo
19. Elia	Ausilia	OLTRE Centro Ascolto Oncologico	Siracusa
20. Fersini	Giovanna	ASL Lecce CP Hospice San Cesario	Lecce
21. Filippelli	Elvira	Gigi ghirotti	Genova
22. Fiorina	Luisa	Fond Edo ed Elvo Tempia	Vercelli
23. Gasparini	Ivanna	AUSL Reggio Emilia	Reggio Emilia
24. Gasparotto	Leila	IPAB Francescon ULSS 10	Portogruaro
25. Giardini	Anna	Fond Salvatore Maugeri IRCCS	Milano
26. Glionna	Claudia Maria	Auxilium Società Coop Sociale	Lavello
27. Grieco	Anna Rita	Auxilium Società Coop Sociale	Venosa
28. Isaia	Tiziana	Fond. A.D.A.S. Onlus	Cuneo

29. Iossa	Maria	Hospice Don Uva	Foggia
30. Lavezzi	Maria	Hospice La Valle del Sole	Parma
31. Lenci	Giovanna	Gigi ghirotti	Genova
32. Lenti	Amelia	Fondazione FARO	Torino
33. Lucchi	Elena	Ancelle della Carità	Cremona
34. Macchi	Anna	AO Univ. Maggiore della Carità	Novara
35. Marmora	Angela	IRCCS CROB	Rionero in Vulture
36. Martinelli	Maria Pia	Dip. Interaziendale Fragilità Lecco	Lecco
37. Mingardi	Katri	Hospice Morbegno ASS. Siro Mauro	Sondrio
38. Modenese	Sonia	D. Carlo Cologna Veneta	Verona
39. Molinari	Elena	SSD CP EO Galliera	Genova
40. Molli	Debora	AGAPE Coop ASL 5	Pisa
41. Mores	Marie Josette	Hospice via di Natale Aviano	Aviano
42. Partinico	Manuela	ULSS 6 Vicenza - U.O. C.P - Hospice	Vicenza
43. Perissutti	Roberto	Fond. IPS CARD Gusmini Onlus	Vertova
44. Pesenti	Marco	USSD Psicologia clinica OORR	Bergamo
45. Porta	Anna	Fondazione Hospice Orsa Maggiore	Biella
46. Primavera	Rosanna	Hospice "Il Melograno"	Camposampiero
47. Quadraruopolo	Gennaro	Associazione "F. Sassi" ONLUS	Merate
48. Rebosio	Luigi	Vidas	Milano
49. Riva	Fabiana	ASP I.M.M. eS e Pio Albergo Trivulzio	Milano
50. Roccaro	Sebastiana	OLTRE Centro Ascolto Oncologico	Avola
51. Ruffilli	Federica	Hospice territoriale Dovadola	Dovadola
52. Saraceno	Aurelio	AZ Sanit Provinciale di Siracusa	Siracusa
53. Sempreboni	Alessia	Az. Osp. "C.Poma"	Mantova
54. Soldi	Sandra	Hospice "Il Gabbiano"	Pontevico
55. Spadaro	Geny Teresa	Samot Ragusa Onlus	Ragusa
56. Spennacchio	Michela Anna	Auxilium Società CoopSociale	Lavello
57. Speroni	Patrizia	A.O.ICP Ospedale "V.Buzzi"-Unità Cure Palliative Domiciliari	Milano
58. Tasinato	Daniela	Soc di Oncologia-ASSn.3	Gemona del Friuli
59. Valera	Luigi	VIDAS	Milano
60. Varani	Silvia	Fondazione ANT Italia Onlus	Bologna
61. Vignola	Valentina	Hospice "La casa di Iris"	Piacenza

I TITOLI DELLA COLLANA PUNTO E VIRGOLA

1. Il coraggio di una scelta

Organizzazioni non profit per le cure palliative

AA.VV.

Ottobre 2008

2. Il ruolo del volontariato nelle cure palliative

Relazione di Stefano Zamagni al XV Congresso Nazionale SICP

Aprile 2009

3. Conoscenza e vissuto delle cure palliative in Italia

Indagine IPSOS per la Federazione Cure Palliative

Giugno 2009

4. Struttura ed organizzazione di una Unità di Cure Palliative

e definizione dei criteri di eleggibilità per la presa in carico dei malati

A cura di Furio Zucco

Novembre 2010

5. I bisogni del caregiver e delle famiglie

Indagini della Federazione Cure Palliative

Settembre 2012

6. A scuola di vita

Come aiutare bambini e ragazzi nelle esperienze di perdita

Ricerca della Federazione Cure Palliative

Settembre 2012

7. Percorsi formativi e core curriculum del volontario in cure palliative

AA.VV. in collaborazione con SICP

Aprile 2013

**Tutti i titoli sono scaricabili in formato pdf dal sito della
Federazione Cure Palliative Onlus www.fedcp.org**

I SOCI DELLA FEDERAZIONE

ABRUZZO:

Pescara ASS. PROGETTO SORRISO 085 4429793 - 340 8284705

CALABRIA:

Reggio Calabria LA COMPAGNIA DELLE STELLE 0965 1710774

EMILIA ROMAGNA:

Bettola-Piacenza A.R.T. - ASS. PAULO PARRA PER LA RICERCA SULLA TERMINALITÀ 0523 917686

Forlì IOR-ISTITUTO ONCOLOGICO ROMAGNOLO 0543 35929

Forlimpopoli ASS. AMICI DELL'HOSPICE 0543 30973

Parma A.VO.PRO.RI.T. 0521 293285

Reggio Emilia AVD-ASS. VOLONTARI DOMICILIARI 0522 339029 - 329 6458501

FRIULI VENEZIA GIULIA:

Aviano ASS. VIA DI NATALE 0434 660805

LAZIO:

Roma ANLAIDS 06 4820999

Roma ANTEA ASSOCIAZIONE 06 303321

Roma AVC SAN PIETRO 06 69887264

Roma FONDAZIONE MARUZZA LEFEBVRE D'OVIDIO 06 3290609 - 06 36306482

Roma FONDAZIONE SUE RYDER 06 22796525

LIGURIA:

Genova ASS. GIGI GHIROTTI 010 518362 - 010 5222000 - 010 3512621

LOMBARDIA:

Abbiategrosso ASS. AMICI HOSPICE ABBIELEGROSSO 02 94963802

Bergamo ASSOCIAZIONE CURE PALLIATIVE 035 390687

Codogno ASS. IL SAMARITANO 0377 430246 - 0377 431215

Como ASS. ACCANTO 031 309135

Como ASS. ANTONIO E LUIGI PALMA 031 2753464

Crema ASS. CREMASCA CURE PALLIATIVE ALFIO PRIVITERA 0373 250317

Cremona ACCD-ASS. CREMONESE PER LA CURA DEL DOLORE 0372 413198

Desio ASS. ARCA 0362 628811

Erba ASS. ANCORA 031 3357127

Garbagnate Milanese ASS. PRESENZA AMICA 02 99021087

Lecco ACMT-ASS. PER LA CURA DEI MALATI IN TRATTAMENTO PALLIATIVO 0341 482657

Mariano Comense ASS. IL MANTELLO 031 755525

Merate ASS.FABIO SASSI 039 9900871

Milano AISLA-ASS. ITALIANA SCLEROSI LATERALE AMIOTROFICA 02 43986673

Milano ASS. UNA MANO ALLA VITA 02 33101271

Milano FONDAZIONE FLORIANI 02 6261111

Milano FONDAZIONE LU.V.I. 02 57489673

Milano LILT, SEDE PROVINCIALE DI MILANO 02 2662771 - 02 49521

Milano VIDAS 02 3008081 - 02 725111

Orzinuovi ASS. IL VISCHIO 334 3514441

Rho ASS. PORTA APERTA 02 93182448

Sondalo ASS. SIRO MAURO PER LE CURE PALLIATIVE IN PROVINCIA DI SONDRIO 0342 808782

Sondrio ASS. CHICCA RAINA 0342 216060
Usmate ASS. VIVERE AIUTANDO A VIVERE 039 6829493
Varese ASS. VARESE CON TE 0332 810055

MOLISE:

Larino ASS. CURE PALLIATIVE MOLISE 347 9191216 - 333 5938315

PIEMONTE:

Alessandria ASS. FULVIO MINETTI 0131 261313 - 334 3370203
Biella LILT, SEDE PROVINCIALE DI BIELLA 015 8352111- 015 35931
Borgomanero ASS. LA SCINTILLA 0322 516449 - 0322 848457
Casale Monf.to VITAS 0142 452067 - 0142 434084
Cuneo ADAS - FOND. ASSISTENZA DOMICILIARE AI SOFFERENTI 0171 67038
Novara IDEAINSIEME 340 2163259 - 393 00855196
Rivoli LUCE PER LA VITA 011 9092292
Torino FONDAZIONE FARO 011 888272 - 011 630281
Tortona ASS. ENRICO CUCCHI 0131 865565 - 0131 865319
Verbania ANGELI DELL'HOSPICE VCO 0323 515454 - 392 4347234

PUGLIA:

Bari AMOPUGLIA 080 9675045 - 349 4689979
Bitonto FONDAZIONE OPERA SANTI MEDICI COSMA E DAMIANO 080 3715025

SARDEGNA:

Cagliari COOPERATIVA SOCIALE CTR 070 664497
Siligo ASSOCIAZIONE AMICI DI GIANNI BRUNDU 330 946695

SICILIA:

Catania ANDAF 095 317777 - 095 315289
Palermo SAMO 091 6251115
Palermo SAMOT PALERMO 091 302876 - 091 341126 - 091 6252278
Ragusa SAMOT RAGUSA 0932 654440 - 0932 684199 - numero verde 800 - 140332

TOSCANA:

Firenze FILE - FONDAZIONE ITALIANA DI LENITERAPIA 055 2001212
Livorno ASS. DARE PROTEZIONE 346 8048514
Livorno ACP - ASSOCIAZIONE CURE PALLIATIVE 0586 223363 - 393 9960464
Piombino ASS. CURE PALLIATIVE PIOMBINO - VAL DI CORNIA 0565 67180
Viareggio AVV-ASS. VOLONTARI VERSILIESI 0584 962110 - 333 3534649

TRENTINO ALTO ADIGE:

Bolzano IL PAPAVERO/DER MOHN 0471 051909

UMBRIA:

Narni ANLCC- ASS. DI NARNI PER LA LOTTA CONTRO IL CANCRO 0744 760118
Spoletto ASS. AGLAIA 0743 47993

VENETO:

Agordo CUCCHINI ASSOCIAZIONE AGORDINO 342 0813080
Bardolino ASS. AMO BALDO GARDA 045 6211242
Belluno ASS. FRANCESCO CUCCHINI 0437 516666
Feltre ASS. MANO AMICA 0439 883708
Mestre AVAPO 041 5350918
Treviso ADVAR 0422 432603
Verona ADO-ASS. PER L'ASSISTENZA DOMICILIARE ONCOLOGICA 045 8350910



Federazione Cure Palliative
Attualmente siamo 74 Soci in tutta Italia

Unitevi a noi

Insieme possiamo fare di più

Contattateci: 02 62694659 - info@fedcp.org

Federazione Cure Palliative Onlus

c/o Hospice, via dei Mille 8/10

20081 Abbiategrasso (MI)

Tel. 02 62694659 -339 2669982 - Fax 02 29011997

e-mail: info@fedcp.org - sito: www.fedcp.org