

# LA SCHEDA DI VALUTAZIONE E OSSERVAZIONE PSICOSOCIOEDUCATIVA



**FONDAZIONE FLORIANI RICERCA**  
Innovazione e sviluppo nelle Cure Palliative

A cura di  
**DIFRA E GRUPPO GEODE**

**FONDAZIONE FLORIANI**

Via privata Nino Bonnet, 2 - 20154 - Milano

Tel. 026261111 - Fax. 026261140

**[www.fondazionefloriani.eu](http://www.fondazionefloriani.eu)**

[info@fondazionefloriani.eu](mailto:info@fondazionefloriani.eu)

## **DOCUMENTO A CURA DI**

**FEDERICA AZZETTA** - GRUPPO GEODE

**CLARA COLOMBO** - DIFRA LECCO

con la collaborazione di

**Giada Bartocetti**

**Claudia Bert**

**Annarita Caimi**

**Claudia Danesini**

**Luisa Fiorina**

**Ivanna Gasparini**

**Maria Pia Martinelli**

**Chiara Mauri**

**Anna Porta**

**Gennaro Quadraruopolo**

**Annamaria Russo**

**Alessia Sempreboni**

**Sandra Soldi**

**Silvia Varani**

**Valentina Vignola**



Il progressivo invecchiamento della popolazione e il miglioramento delle cure nella fase acuta di malattia hanno determinato profondi mutamenti nei bisogni di salute dei malati e delle loro famiglie. Si tratta di bisogni sanitari e sociali complessi che si protraggono nel tempo e necessitano di un approccio integrato, continuo, multiprofessionale e multidisciplinare.

In questo contesto la puntuale caratterizzazione del bisogno psicologico, sociale ed educativo rappresenta un significativo progresso culturale e professionale, che consente di fornire risposte assistenziali tempestive, efficaci ed effettivamente rispondenti ai desideri del malato e della sua famiglia.

Lo strumento di rilevazione del bisogno PsicoSocioEducativo qui presentato nasce nell'ambito del sistema Difraweb della Rete locale di Cure Palliative della provincia di Lecco quale soluzione I.C.T. per la condivisione delle informazioni a seguito della valutazione multidimensionale, la presa in carico e la stesura dei piani assistenziali individuali.

Il Gruppo Geode, contribuendo alla sua sistematizzazione, ne ha fatto uno strumento di lavoro per i professionisti impegnati nelle cure al malato fragile.

Nella duplice veste di Direttore del Dipartimento Interaziendale della Fragilità di Lecco e Presidente del Comitato Scientifico di Fondazione Floriani ringrazio Federica Azzetta e Clara Colombo per questo prezioso lavoro.

**Gianlorenzo Scaccabarozzi**



## LA VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE

Nel passaggio dalla Medicina dell'Evidenza alla Medicina della Complessità anche gli strumenti si devono adeguare. I cosiddetti *nuovi bisogni* legati all'invecchiamento e alla cronicità sono il presupposto per identificare e acquisire nuove competenze necessarie ad osservare i pazienti e i loro contesti familiari. La presa in carico globale del paziente e della famiglia impone uno sguardo capace di osservare, leggere, interpretare e valutare i bisogni all'interno di un contesto ben più ampio rispetto a quello esclusivamente clinico sintomatologico.

Sappiamo che la Valutazione Multidimensionale è parte fondamentale del processo di presa in carico globale della persona e si configura come un'operazione dinamica e continua che segue il paziente nel suo percorso.<sup>1</sup> Si tratta di un momento valutativo che esplora le diverse dimensioni della persona nella sua globalità. La malattia grave, così come il dolore, sono esperienze soggettive, ma non individuali: esperienze di discontinuità che investono la totalità della vita dei singoli e del loro contesto familiare.

Ma come si osserva e come si valuta il bisogno connesso alla dimensione psicologica, sociale ed educativa? Come si rilevano i bisogni in questi ambiti? Proprio a motivo dei molti livelli che si interconnettono, la valutazione e l'osservazione del bisogno psicosocioeducativo è particolarmente complessa. Le tipologie familiari con le loro dinamiche e il loro funzionamento, l'ambivalenza dei bisogni percepiti, silenti o espressi dai pazienti e dalle loro famiglie, sono solo alcune delle variabili che intervengono a complicare il quadro entro cui si pongono i bisogni psicologici, sociali ed educativi. Il benessere psichico è connesso ad un buon funzionamento della rete e del contesto sociale, entrambi interdipendenti con il procedere della vita nella sua lineare quotidianità, che diventa così fondamentale quando la malattia mette in discussione l'ordinario.

---

<sup>1</sup> Percorso integrato per la presa in carico del malato in condizioni di cronicità complesse e avanzate con bisogni di cure palliative. Un modello di clinical governance per lo sviluppo delle Reti Locali di Cure Palliative, Firenze, 27 Giugno 2015, Documento di Consenso, p. 81.

Alla dimensione sociale, storicamente più strutturata anche nella proposizione di criteri per l'osservazione del bisogno, si aggiunge oggi la dimensione psicologica ed educativa, ambiti decisivi per il benessere del paziente, della famiglia e della loro qualità di vita. La Psicologia in cure palliative ha maturato, attraverso la pratica clinica e il continuo approfondimento teorico, la strutturazione di un pensiero in grado di poter indicare all'equipe alcune aree fondamentali e item specifici sui quali costruire una valutazione e una osservazione integrando il bisogno socioeducativo.

## **SPAZIO RELAZIONALE E COMPETENZE RELAZIONALI**

In cure palliative è necessario che ciascun professionista acquisisca precise competenze e abilità relazionali. C'è uno spazio relazionale di competenza e gestione di ogni professionista. *Spazio relazionale* e *Osservazione del bisogno* sono i punti all'interno dei quali e sui quali si fondano e si costruiscono le competenze relazionali dell'equipe.

“Si definisce spazio relazionale l'insieme delle abilità, delle competenze e degli interventi di tipo relazionale che ogni operatore di cure palliative deve conoscere per lavorare con i malati e i loro familiari. Individuato un bisogno relazionale, ciascun operatore dell'equipe di cure palliative deve saper mettere in atto le proprie competenze per leggere e orientare la risposta al bisogno rilevato. L'acquisizione delle abilità, delle competenze e la capacità di gestione degli interventi di tipo relazionale, consentono all'operatore di:

- individuare i bisogni relazionali
- attivare le proprie risorse relazionali per fornire risposte adeguate alla persona malata e ai familiari o inviare il caso alle diverse figure professionali dell'equipe”.<sup>2</sup>

Con Osservazione del bisogno intendiamo la capacità di saper vedere i bisogni individuali interconnessi al processo di adattamento al decorso della malattia, adattamento che implica una ridefinizione cognitiva, emotiva e comportamentale della visione di sé e della propria vita. Osservazione del singolo dunque all'interno del

---

<sup>2</sup> Cfr. Appropriatezza dei termini psicologici e relazionali in cure palliative, Consenso e Compendio, 2014, p.5.



contesto relazionale, familiare ed assistenziale di ogni paziente. Questa Osservazione è premessa per la giusta attivazione delle diverse figure e risorse professionali.<sup>3</sup>

## **APPROPRIATEZZA, PROPORZIONALITÀ, INTEGRAZIONE**

È a partire dallo spazio relazionale e dall'osservazione del bisogno che ha preso forma il pensiero e il lavoro condotto in questi anni sui quali si è costruito lo strumento che presentiamo. L'equipe valuta e osserva un bisogno sociale, psicologico, educativo. La segnalazione del bisogno attiva le figure specialistiche. Lo strumento che proponiamo disegna e individua un ruolo dello Psicologo, all'interno dell'equipe, che deve essere integrato nella strategia dell'organizzazione e deve trovare riscontro nei modelli organizzativi del servizio.

### **LO STRUMENTO: LA SCHEDA PSE**

Dalla collaborazione tra il DIFRA - Rete Provinciale Cure Palliative Lecco e il Gruppo Geode, presentiamo la Scheda PsicoSocioEducativa (PSE), esito di un lavoro che modificandosi negli anni, approda oggi a questo strumento strutturato.

Nel 2012 il Gruppo Geode avvia una ricerca con un focus specifico sul lavoro dello Psicologo in cure palliative. Nel 2013 la presentazione e pubblicazione dei dati (Quaderni FCP; n.8 -2013) ha evidenziato un modo di lavorare degli psicologi, uniforme per alcune caratteristiche, che ha indotto ad approfondire ulteriormente il lavoro, l'intervento e le attività dello psicologo nel contesto delle cure palliative. È in questo anno che l'attenzione all'intervento psicologico ha maturato la felice coscienza di allargare lo sguardo e lo studio all'integrazione tra lo psicologo e l'equipe di appartenenza, facendo del lavoro dello psicologo all'interno della sua equipe un punto di forza. Una ricerca che ha maturato il passaggio, non scontato e non facile, che vede un cambio di prospettiva nel guardare allo psicologo e al suo lavoro: un passaggio decisivo dall'autoreferenzialità all'integrazione. Dall'interesse per l'intervento clinico, l'orizzonte si è allargato all'intervento clinico formativo dello psicologo nei confronti della sua equipe: è competenza dell'equipe la prima valutazione

---

<sup>3</sup> Cfr. Appropriatezza dei termini psicologici e relazionali in cure palliative, Consenso e Compendio, 2014, p.5.

e osservazione del bisogno relazionale; è competenza formativa dello psicologo fornire abilità, competenze e strumenti perché la valutazione e l'osservazione dei bisogni relazionali possano essere correttamente orientate e costruite.

La Ricerca nel 2014 ha proseguito avviando una sperimentazione e validazione di una prima versione dello strumento. Hanno aderito a questa fase di sperimentazione 16 servizi di cure palliative. Sono state raccolte 254 Schede di Valutazione PSE e 192 Osservazioni del bisogno PSE. Dal confronto dei dati, dallo studio e approfondimento delle criticità emerse il DIFRA - Rete Provinciale Cure Palliative Lecco, in collaborazione col Gruppo Geode, si è posto come obiettivo la costruzione di una scheda all'interno della quale le dimensioni psicologiche, sociali ed educative potessero presentarsi in una stretta sinergia e interdipendenza. Uno strumento per l'equipe, utilizzabile da qualsiasi professionista. Uno strumento di screening nella sua prima parte per chi si ritrova a condurre un colloquio di valutazione per una possibile presa in carico o un primo colloquio al momento dell'accesso ai servizi di cure palliative; screening che si va a completare con la seconda parte che struttura e orienta lo sguardo degli operatori dei servizi di cure palliative nell'osservare il paziente e la sua famiglia. Dal confronto di più professionisti nasce quindi questo strumento.

## **LA SCHEDA - PARTE 1**

### **LA VALUTAZIONE PSICOSOCIOEDUCATIVA (PSE)**

La Valutazione PSE è uno strumento di valutazione e rilevazione del bisogno PsicoSocioEducativo. È uno strumento che può essere utilizzato da qualsiasi professionista adeguatamente formato. La Scheda di Valutazione PSE viene utilizzata nel colloquio che precede la presa in carico o al momento del primo contatto tra servizio e famiglia. Deve essere riportata in cartella e considerata strumento funzionale alle riunioni d'equipe.

Obiettivo della Valutazione PSE è orientare l'operatore a capire quali sono i principali bisogni del paziente e della famiglia che accede al servizio. È uno screening iniziale in cui vengono dati degli indicatori sui quali costruire una prima immagine del paziente e del suo contesto relazionale, socio-familiare. Costituisce la premessa su cui costruire nel tempo della cura e dell'assistenza una più approfondita osservazione del bisogno.

## SINTESI DELLA STRUTTURA

In seguito alle generalità, la scheda presta attenzione a chi è presente al colloquio, puntualizzando se la persona coincide con chi è indicato come caregiver e con la persona presente nell'assistenza. Questa prima differenziazione aiuta a cogliere eventuali punti prospettici diversi, attraverso i quali viene descritto il contesto relazionale. A questo seguono 16 item costruiti su indicatori in grado di rilevare bisogni psicologici, sociali ed educativi. Le risposte affermative a questi indicatori non attivano direttamente le figure specialistiche, ma alzano la soglia d'attenzione da parte dell'equipe che nel corso dell'assistenza valuterà l'evoluzione dei bisogni a partire dalla prima valutazione.

## LA SCHEDA - PARTE 2

### **L'OSSERVAZIONE DEL BISOGNO PSICOSOCIOEDUCATIVO (PSE)**

La Scheda di Osservazione del bisogno PSE è uno strumento che serve all'equipe. Orienta e approfondisce lo screening iniziale (Valutazione PSE), osservando i bisogni individuali connessi al processo di adattamento al decorso della malattia. È una scheda che fornisce i criteri su cui costruire una corretta valutazione dei bisogni relazionali: educativi, sociali e psicologici. Può essere utilizzata da qualsiasi professionista adeguatamente formato.

La malattia è la cornice contestuale entro cui si pone l'osservazione del bisogno. L'osservazione del bisogno ha come esito: l'attivazione delle competenze relazionali dell'equipe; la valutazione, la pianificazione e la definizione dei bisogni relazionali del paziente e della famiglia e la segnalazione del bisogno allo Psicologo, all'Assistente Sociale e all'Educatore.

## SINTESI DELLA STRUTTURA

Sono 10 le aree indagate. Filo conduttore della Scheda è la responsabilità che viene data all'operatore che, compilando la scheda, osserva, valuta, pianifica e definisce l'emergere del bisogno relazionale del paziente e della sua famiglia. La segnalazione del bisogno non comporta una pronta attivazione delle figure specialistiche, ma è premessa per il lavoro dell'equipe. Un lavoro che va a dare contenuto alle riunioni d'equipe e alle discussioni dei casi. Strumento quindi per intendersi, con un linguaggio preciso in merito agli aspetti relazionali.

È compito dello psicologo, insieme al care e case manager e al medico di riferimento, la lettura di questa scheda e la ridefinizione del bisogno segnalato. In seguito alla discussione con l'equipe e alla ridefinizione del bisogno con il gruppo di lavoro, sarà possibile programmare uno spazio formativo specifico per i casi maggiormente complessi e che necessitano di un approfondimento che, tra teoria e pratica clinica, possa condurre ad una maggior comprensione delle dinamiche sottese ai bisogni relazionali espressi, latenti o non compresi. La presa in carico del paziente e della famiglia da parte delle figure specialistiche è dunque solo uno degli esiti possibili cui la scheda conduce.

La scheda infine evidenzia se il paziente o il familiare hanno richiesto un intervento specialistico in maniera spontanea e se alla luce della valutazione e della osservazione PSE l'operatore segnala il caso alle figure specialistiche. La segnalazione questa volta è del caso, a prescindere dai bisogni identificati, in quanto si ritiene possibile che l'operatore possa aver bisogno di un confronto con la propria equipe per una maggior comprensione della situazione e delle dinamiche relazionali, a prescindere dalla specificità dei bisogni individuati.

**LA VALUTAZIONE PSICOSOCIOEDUCATIVA  
L'OSSERVAZIONE DEL BISOGNO  
PSICOSOCIOEDUCATIVO**

Strumento trasversale  
multidimensionale e interdisciplinare

NOME E COGNOME

---

SESSO

---

età

---

patologia

---

nome del servizio

---

**Chi è presente al colloquio:**

Paziente \_\_\_\_\_ Familiare \_\_\_\_\_ Altro \_\_\_\_\_  
(specificare)

Caregiver principale (nome e cognome)

---

Grado di parentela (del Caragiver)

---

**Il Caregiver sopra segnalato è:**

Convivente con il paziente  Presente nell'assistenza

**Altro**

---

---

## VALUTAZIONE PSE COLLOQUIO PRE PRESA IN CARICO/PRIMO COLLOQUIO

	paziente	familiare
Difficoltà ad accettare ed affrontare i cambiamenti connessi alla malattia e di conseguenza a prendere decisioni in merito all'assistenza (faticano ad accettare riduzione autonomia, aumento intensità assistenziale, interventi farmacologici...)		
Fatica emotiva espressa in merito alla malattia		
L'operatore osserva una elevata o preoccupante fragilità e sofferenza emotiva a motivo della malattia		
Fatica assistenziale del caregiver		
Alterazione dei comportamenti e delle relazioni a causa della malattia		
Problemi relativi allo stato di informazione di diagnosi/prognosi		
Difficoltà in merito al processo di consapevolezza e accettazione		
Aspettative non realistiche in merito al percorso di cura		
	<b>si</b>	<b>no</b>
Contesto relazionale intrafamiliare problematico		
Presenza di persone di supporto all'assistenza		
Incapacità o grave difficoltà a trovare e mantenere personale di supporto		
Ricorrenti ricoveri in strutture sanitarie (ospedale, rsa)		
Ricorso o accesso ai servizi sociali per fragilità sociale		
Presenza di familiari con fragilità (disabilità, disturbi psichici...)		
Presenza di minorenni in stretta relazione con la persona malata		
Problemi di alleanza con l'equipe curante (difficoltà comunicative, conflittualità, sfiducia nel percorso di cura)		

**Il paziente o il familiare richiedono l'intervento di:**

Psicologo       Assistente Sociale       Educatore

**L'operatore segnala il caso a:**

Psicologo       Assistente Sociale       Educatore

**Setting Individuato:**

Hospice       Domicilio       Ospedale

**Altro**

---

---

---

---

---

**Data di somministrazione:**

---

**Chi ha somministrato la scheda:**

(qualifica professionale: medico, infermiere, altro....)

---

## OSSERVAZIONE DEL BISOGNO PSE DA UTILIZZARE DURANTE IL TEMPO DELL'ASSISTENZA

### 1. PAZIENTE

<input type="checkbox"/> Fatigue	<input type="checkbox"/> Paura	<input type="checkbox"/> Disagio emotivo espresso dal paziente
<input type="checkbox"/> Depressione	<input type="checkbox"/> Ansia	<input type="checkbox"/> Disagio emotivo percepito dall'operatore ma non riconosciuto o non espresso dal paziente
<input type="checkbox"/> Umore triste	<input type="checkbox"/> Agitazione	
<input type="checkbox"/> Rabbia	<input type="checkbox"/> Accettazione	<input type="checkbox"/> Altro (specificare)

### 2. CONTESTO RELAZIONALE

	si	no
Presenza del caregiver		
Il caregiver sembra adeguato		
Presenza di una rete familiare/sociale supportiva		
Difficoltà di comunicazione e di relazione tra familiari e paziente		
Difficoltà di comunicazione e di relazione con gli operatori		
Fatica emotiva relativa all'assistenza		
Disagio in merito al cambiamento causato dalla malattia		

### 3. TIPOLOGIE FAMILIARI - DINAMICHE

	intrafamiliare	con l'equipe
Funzionale		
Disfunzionale		

### 4. TIPOLOGIE FAMILIARI - FUNZIONAMENTO

	per nulla	poco	molto
Supportiva e coesa	0	1	2
Pragmatica e funzionale	0	1	2
Conflittuale nelle dinamiche interne familiari	0	1	2
Oppositiva soprattutto nei confronti dell'equipe	0	1	2
Sofferente a motivo della loro storia familiare	0	1	2
Sofferente a motivo della malattia	0	1	2



## 5. SOFFERENZA ATTRIBUITA DALL'OPERATORE

paziente familiare

	paziente	familiare
Sofferenza reattiva a un evento clinico		
Sofferenza che permane		
Sofferenza scarsa/assente		
Discreta/Normale sofferenza		
Elevata sofferenza		
Grado preoccupante di sofferenza		

## 6. BISOGNO DI MANTENIMENTO DEL RUOLO DA PARTE DEL PAZIENTE IN AMBITO

si no

	si	no
Familiare		
Lavorativo		
Sociale		

## 7. CAPACITÀ DI ADATTAMENTO DEL PAZIENTE

si no

	si	no
La malattia non lo fa più riconoscere come la persona che è sempre stata		
La malattia non lo fa più riconoscere come la persona che ha sempre fatto alcune cose		
La malattia non lo fa più riconoscere nel suo ruolo e contesto familiare		

## 8. ORGANIZZAZIONE FAMILIARE

si

		si
FAMIGLIA CON BUONA CAPACITÀ ORGANIZZATIVA	Famiglia consapevole dei bisogni, capace di ricercare risorse, si mostra favorevole all'approccio di empowerment	
FAMIGLIA CON DIFFICOLTÀ ORGANIZZATIVA	Disperde energie, necessita di aiuto direttivo di monitoraggio e di controllo	
FAMIGLIA CON CAPACITÀ ORGANIZZATIVA INCOSTANTE	Famiglia che alterna atteggiamenti di fiducia e collaborazione nell'organizzazione dell'assistenza ad atteggiamenti di rifiuto o annullamento e svalutazione di programmi proposti	
FAMIGLIA CON CAPACITÀ ORGANIZZATIVA INADEGUATA	Famiglia che non si fa carico dei bisogni espulsiva rispetto al setting in cui effettuare l'assistenza. Famiglia impossibilitata a farsi carico dell'assistenza per mancanza di capacità, di risorse e affidabilità dei componenti	

## 9. BISOGNO EDUCATIVO

	paziente	familiare
Favorire e sviluppare abilità e autonomia		
Sostegno alla quotidianità		
Progettare attività di sollievo		

## 10. BISOGNI SOCIALI

	si	no
Supporto per disbrigo pratiche burocratiche ed economiche		
Tutela del paziente e/o dei familiari (ad es. Amministratore di sostegno, ...)		
Informazioni socio assistenziali		
Attivazione della rete sul territorio (Comuni, ASL, Associazioni, ...)		
Sollievo e pausa dalle responsabilità dell'assistenza per il caregiver		
Presenza della badante o di figure di supporto		
Attivazione di una figura assistenziale (OSS,ASA, etc)		
Attivazione del volontario		
Cambio setting		

### Il paziente o il familiare richiedono l'intervento di:

Psicologo       Assistente Sociale       Educatore

### L'operatore segnala il caso a:

Psicologo       Assistente Sociale       Educatore

### Data di somministrazione:

---

### Chi ha somministrato la scheda:

(qualifica professionale: medico, infermiere, altro...)

---

---

---

---

## BIBLIOGRAFIA

-Andolfi M., Haber R. (a cura di), La consulenza in terapia della famiglia. Raffaello Cortina Editore, Milano, 1994.

-Andolfi M., Manuale di psicologia relazionale. La dimensione familiare, Accademia di Psicoterapia della famiglia, Roma, 2006.

-Andolfi M-D'Elia A., Le perdite e le risorse della famiglia, Raffaello Cortina Editore, Milano, 2007.

-Bateson G., Verso un'ecologia della mente, Adelphi, Milano 1977.

-Boscolo L. e Bertrando P., I tempi del tempo: una nuova prospettiva per la consulenza e la terapia sistemica, Bollati Boringhieri, Torino, 1993.

-Boscolo L., Caillé P. et al. - La terapia sistemica. Astrolabio, Roma, 1983.

-Byng-Hall, J. , Le trame della famiglia, Raffaello Cortina Editore, Milano, 1998.

-C. A. Garfield, Psychosocial care of Dying patients, Mc Graw Hill, Boston, 1979.

-Canadian Hospice Palliative Care Association; INNOVATIVE MODELS OF INTEGRATED HOSPICE PALLIATIVE CARE; 2013.

-Carkhuff R., L'arte di aiutare, Erickson, Trento, 1988.

-Cianfrini M., Famiglia e familiarità: la paura del contagio in oncologia, in Cianfarini M.,La malattia oncologica nella famiglia, ED Carrocci, 2011.

-Cigoli V., Intrecci familiari, Raffello Cortina Editore, Milano, 1997.

-EAPC, Guidance on postgraduate education for psychologists involved in palliative care, in European Journal of Palliative Care, 2011; 18 (5).

-EAPC, The EAPC Task Force on Education for Psychologists in Palliative Care, in European Journal of Palliative Care, 2010; 17 (2).

-Gamondi C, Larkin P, Payne S. Core competencies in palliative care: an EAPC White Paper on palliative care education - part 1. European Journal of Palliative Care 2013; 20: 86-91.

-Gamondi C, Larkin P, Payne S. Core competencies in palliative care: an EAPC White Paper on palliative care education - part 2. European Journal of Palliative Care 2013; 20:140-145.

-Global Atlas of Palliative Care at the End of Life January 2014, Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world.

-Gold Standards Framework Centre, Holistic patient assessment - Pepsi Cola aide Memoire, 2009

-WHO, Global strategy on people-centred and integrated health services, 2015.

-WHO, Strengthening of palliative care as a component of integrated treatment throughout the life course, approvato il 4 Aprile 2014 dalla 67th Assemblea Generale dell'OMS.



finito di stampare:  
ottobre 2015