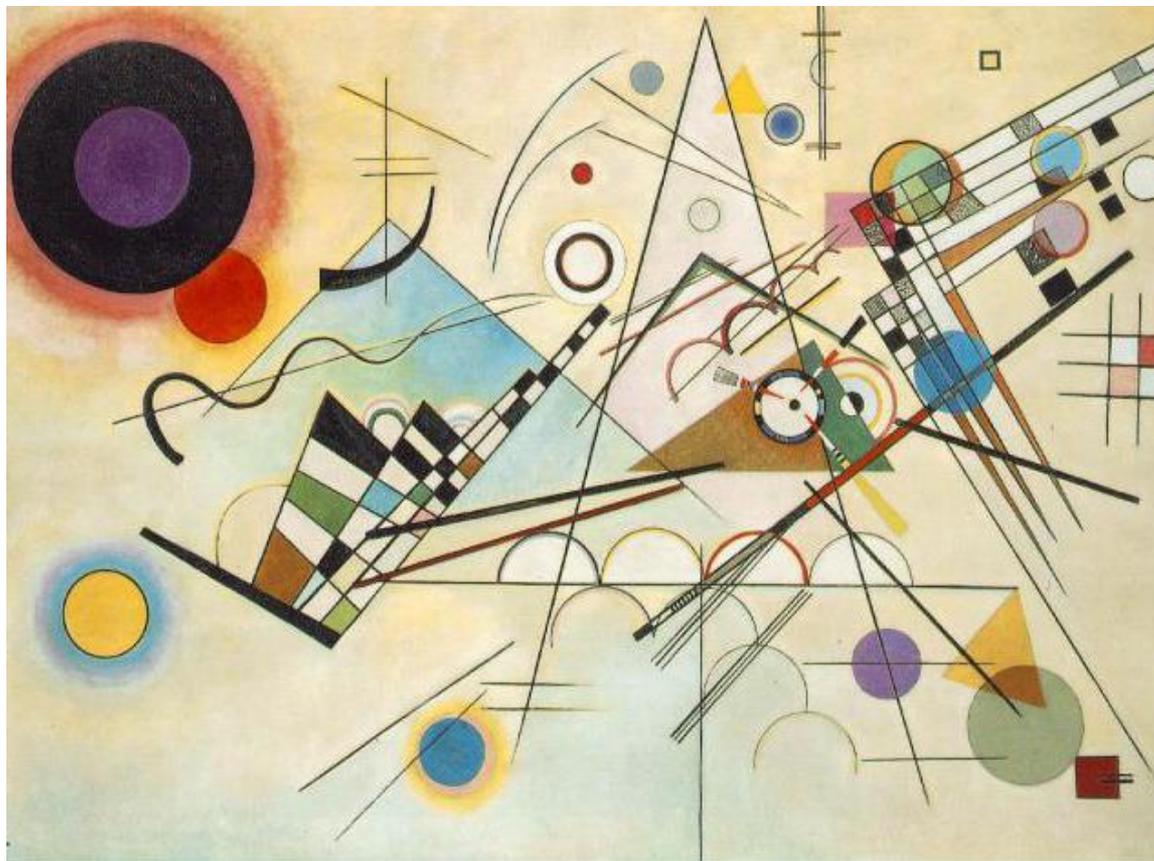


## **UNA GRAMMATICA PER INTENDERSI**

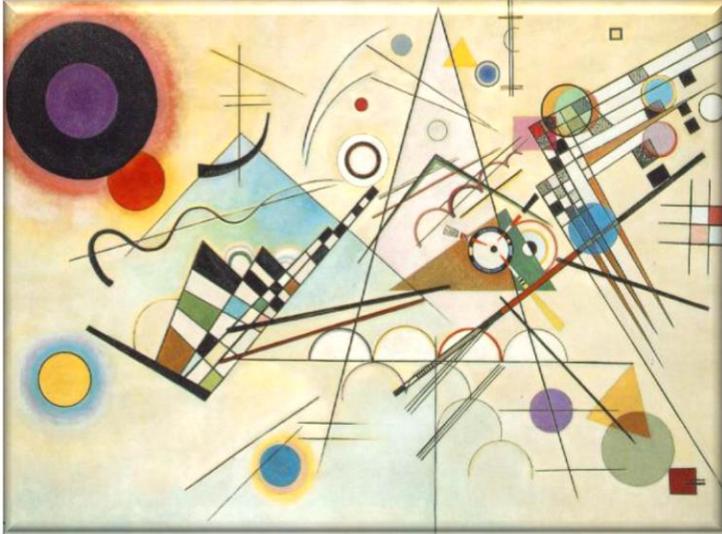
**Teoria e pratica clinica  
tradotte in Buone Pratiche**

**MILANO - 11 Giugno 2015**



F. Azzetta

**Buone Pratiche nelle Cure Palliative**  
**LE BUONE PRATICHE PSICORELAZIONALI**

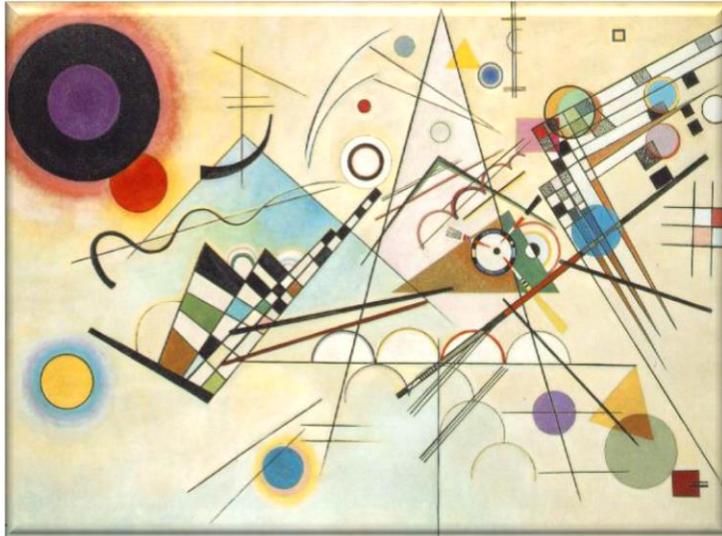


## **Nuova stagione per la Psicologia in cure palliative**

**Psicologia integrata all'interno  
dei Percorsi e dei Processi di cura e di assistenza**

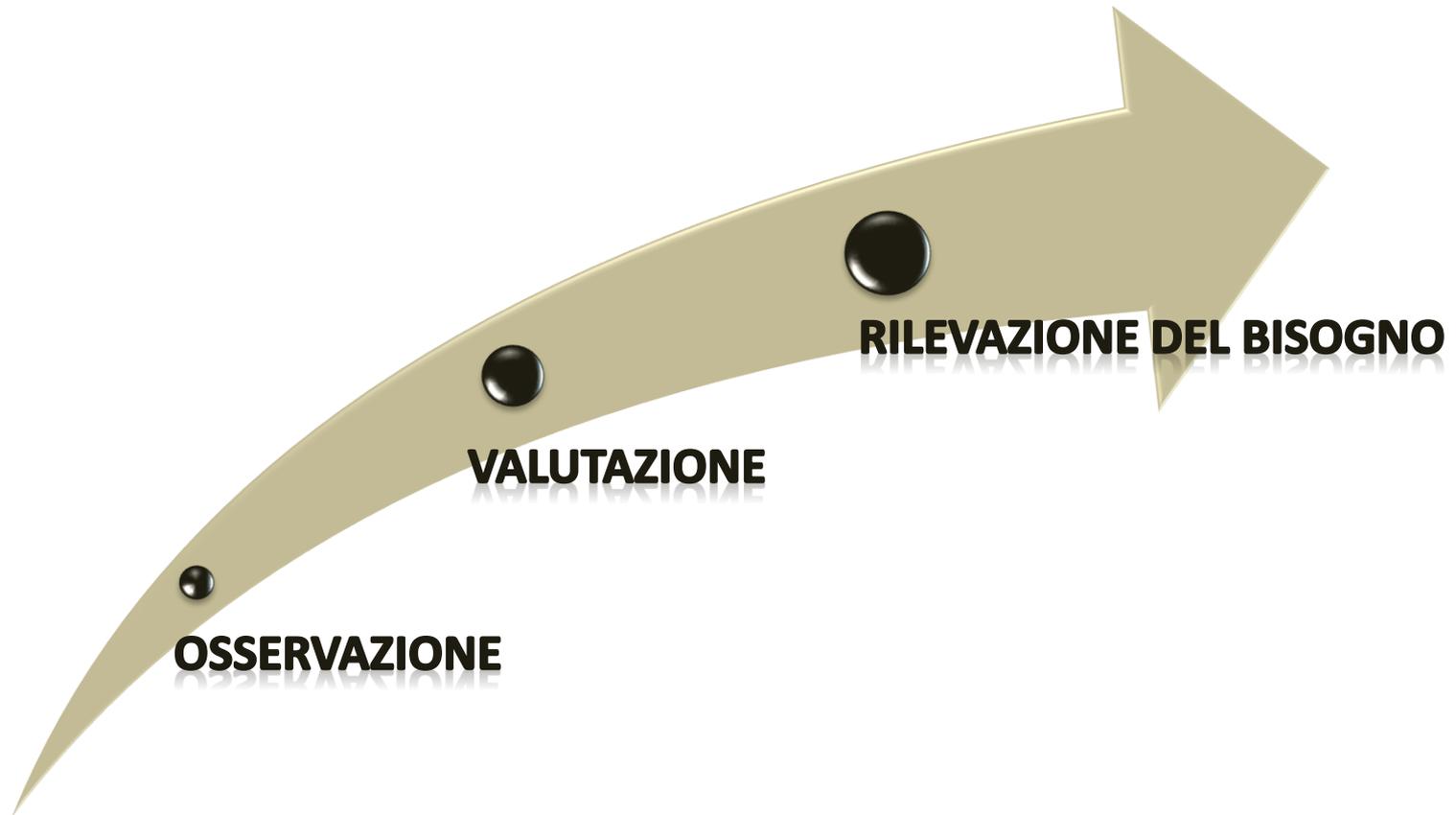
- **Formare l'equipe**
- **Definire l'intervento psicologico**

**Le Buone Pratiche orientano il lavoro**



# **PRINCIPI delle Buone Pratiche Psicorelazionali**

# Buone Pratiche Psicologiche



# Buone Pratiche Relazionali

# SPAZIO RELAZIONALE



Contesto Familiare

**OSSERVAZIONE**

**VALUTAZIONE**

- Malattia e fragilità
- Dinamiche relazionali

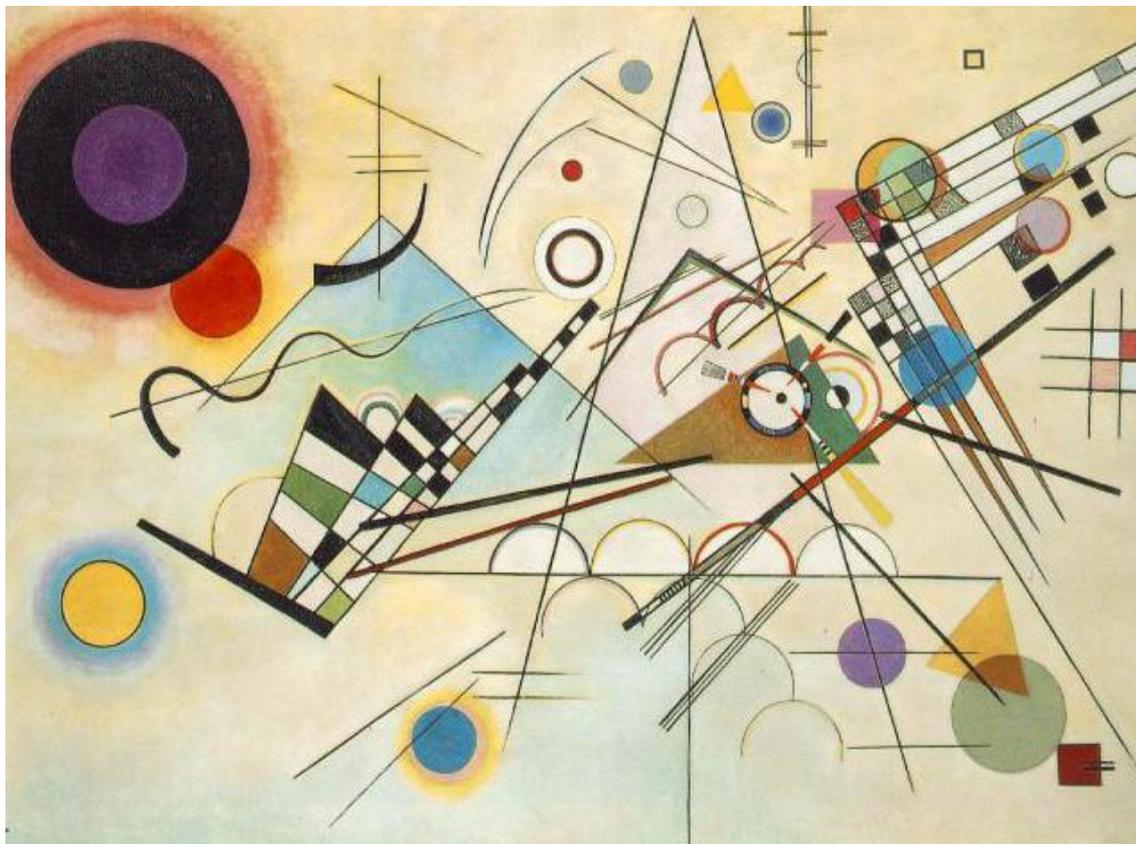
Alleanza col sistema

Contesto relazionale

Consapevolezza e Accettazione

Suffering

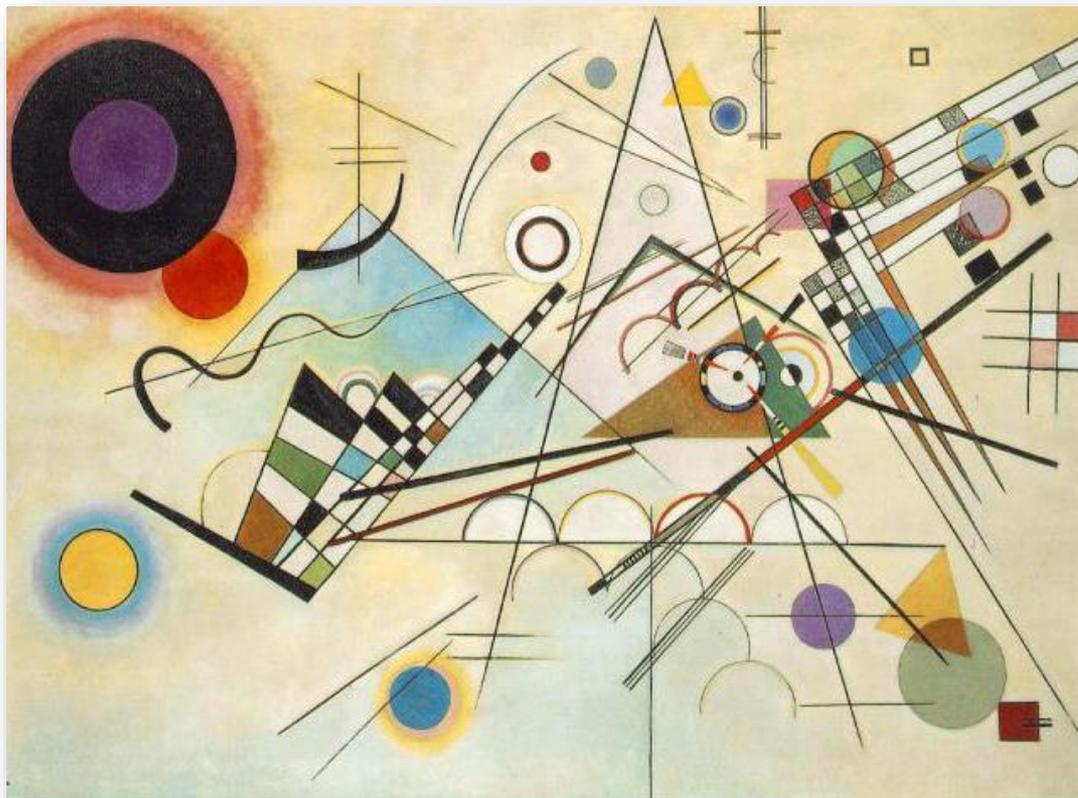
**RILEVAZIONE  
DEL BISOGNO**



## **UNA GRAMMATICA PER INTENDERSI**

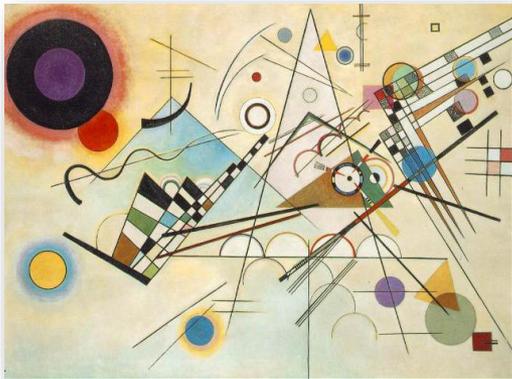
*Non si afferma che tutti i rapporti tra esseri umani  
debbano essere complementari (...)  
i rapporti tra le persone saranno (spero)  
sempre complessi*

*Gregory Bateson*



**LE PREMESSE**

**BUONE PRATICHE RELAZIONALI**



L.38/10

“Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore”

ART. 1 Comma 3

Per i fini di cui ai comma 1 e 2 le strutture sanitarie che erogano cure palliative e terapia del dolore assicurano **un programma di cura individuale per il malato e per la sua famiglia**, nel rispetto dei seguenti principi fondamentali: Tutela della dignità e dell'autonomia del malato, senza alcuna discriminazione. Tutela e promozione della qualità della vita fino al suo termine. **Adeguate sostegno sanitario e socio-assistenziale della persona malata e della famiglia**



# Accordo 10 Luglio 2014

Aree di competenza	Competenze	Contenuti formativi
<b>COMPETENZE PSICO-RELAZIONALI E PSICO-SOCIALI</b>	<p>Saper gestire <b>l'incontro e il dialogo con il paziente e la famiglia</b></p> <p>Saper accreditare l'equipe specialistica di CP per valorizzarne il ruolo e favorirne l'accoglienza da parte del malato e della famiglia MMG</p> <p>Saper <b>impostare e condurre il colloquio in un ambito familiare problematico</b>, riconoscendo le condizioni che richiedono l'attivazione di un confronto con un operatore dell'equipe specialistica di CP ed eventualmente la consulenza e la presa in carico MMG</p> <p>Saper <b>comunicare le cattive notizie e rispondere alle domande difficili</b> MMG Infermiere</p>	<p>Tecniche di comunicazione e metodologie di conduzione dei colloqui Metodologie di comunicazione verbale e non verbale</p> <p>Tecniche di comunicazione delle cattive notizie Notizie_Conversazioni di fine vita</p> <p>Modalità psico-relazionali efficaci per affrontare e gestire le paure, l'aggressività, rifiuto, lo stress dei familiari</p> <p>Tipologia e dinamiche delle strutture familiari in CP Elementi che caratterizzano una famiglia difficile o complessa</p> <p>Modalità psico-relazionali efficaci per affrontare e gestire le paure dei familiari</p> <p>Fasi del lutto e lutto patologico Strumenti per riconoscere e valutare i bisogni psico-sociali Differenza fra bisogno spirituale e bisogno religioso. Differenti impostazioni culturali nei confronti della morte e del morire Principali definizioni e strumenti per la valutazione della qualità di vita in CP</p>



# SPAZIO RELAZIONALE

- 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

## DOCUMENTO DI CONSENSO E COMPENDIO (2014)

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

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

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

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



# SPAZIO RELAZIONALE

## ➤ INDIVIDUARE I BISOGNI RELAZIONALI

(bisogno di: comunicazione, informazione, consulenza o valutazione psicologica, supporto spirituale, intervento relazionale, educativo, socio assistenziale, diversionale, aggregativo...)

## ➤ ATTIVARE LE PROPRIE RISORSE RELAZIONALI

per fornire risposte adeguate alla persona malata e ai familiari  
(interventi in merito a: comunicazione, informazione e relazione)

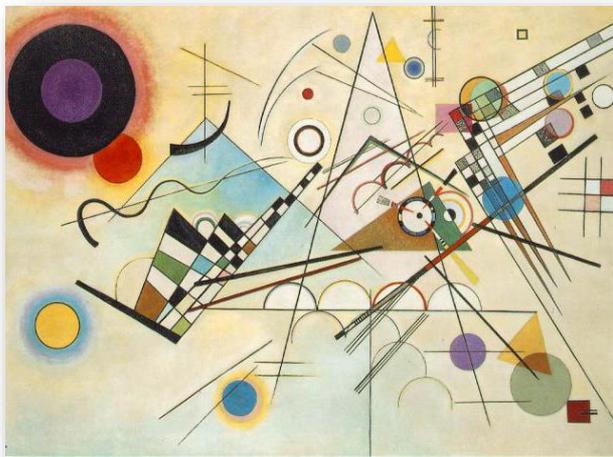
## ➤ SEGNALARE IL BISOGNO ⇒ INVIARE IL CASO

alle diverse figure professionali dell'equipe. Gli interventi specifici di questo ambito possono essere dunque di varia natura.

📖 Quaderni del Ministero della Salute, 2013

📖 Government of Canada, THE WAY FORWARD NATIONAL FRAMEWORK: a roadmap for an integrated palliative approach to care, March 2015.

📖 Higginson IJ, von Gunten CF. Population-based needs assessment for patient and family care. In: E. Bruera, I.J. Higginson, C. Ripamonti, C. von Gunten (eds) Textbook of Palliative Medicine. New York, Oxford University Press, 2006.



## Analisi del Bisogno

DOCUMENTO DI CONSENSO  
E COMPENDIO (2014)

### VALUTAZIONE

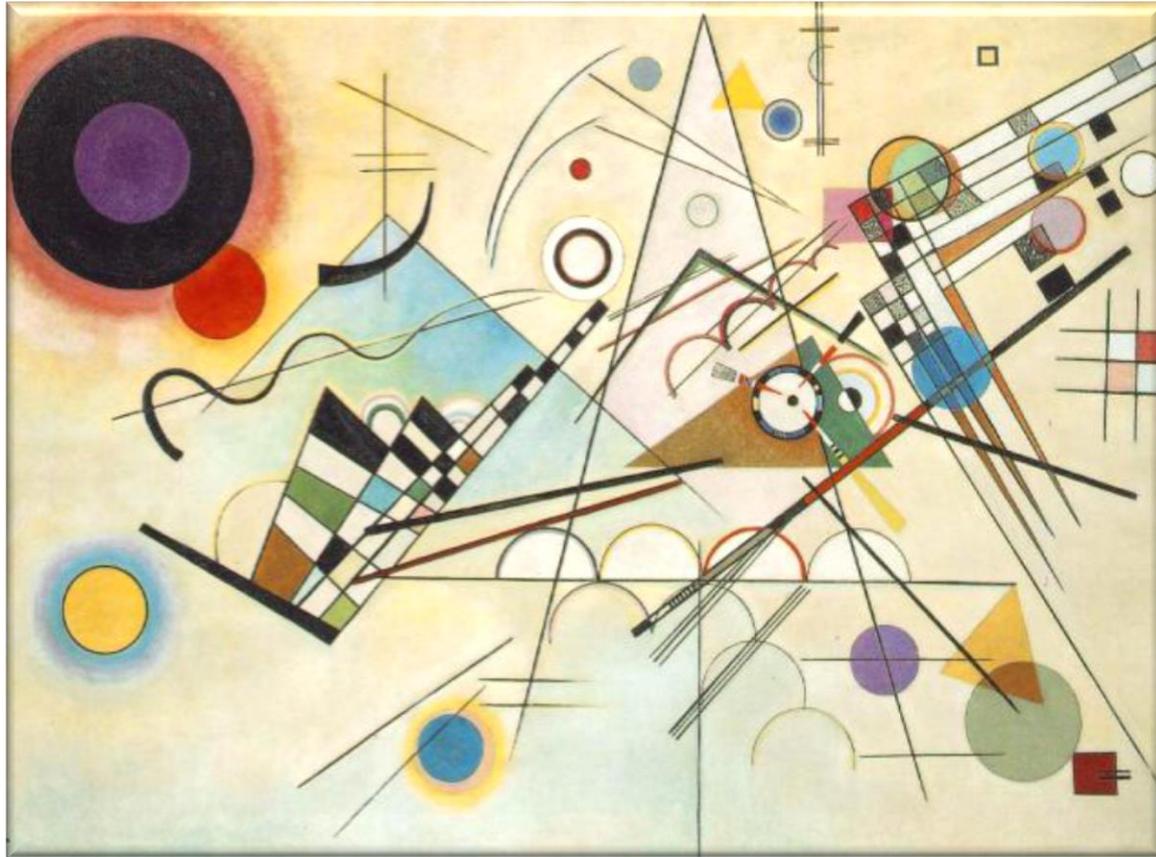
- Si definisce analisi del bisogno **la valutazione** che ciascun operatore, facente parte dell'equipe di cure palliative, deve saper fare **nei confronti di malati e familiari.**

### PROCESSO

- L'analisi del bisogno avviene attraverso l'osservazione dei bisogni individuali, legati 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.

### APPROPRIATEZZA DELL'INVIO

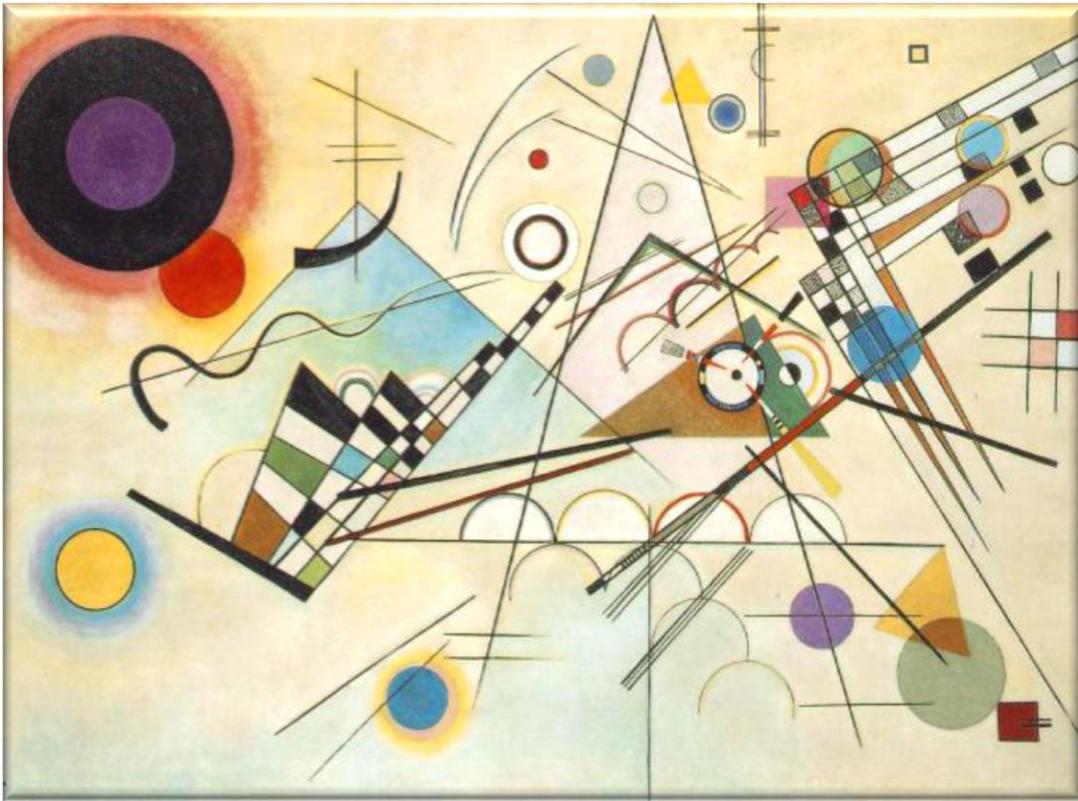
- L'analisi del bisogno avviene altresì attraverso **l'osservazione del contesto relazionale, familiare ed assistenziale** di ogni paziente ed è **premessa per la giusta attivazione delle diverse figure e risorse professionali.**



**1. RILEVAZIONE DEL BISOGNO**

**2. SPAZIO RELAZIONALE  
COMPETENZE E ABILITÀ DELL'EQUIPE**

**3. ANALISI DEL BISOGNO RELAZIONALE**

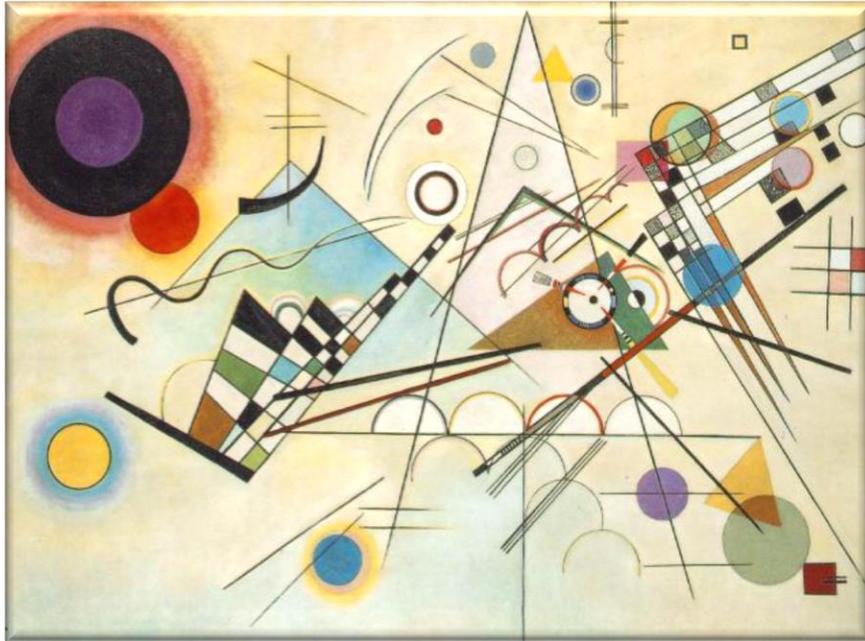


**LE DOMANDE  
SORPRENDENTI**

**IL PROCEDERE  
DEL PENSIERO**

## PROGNOSTIC INDICATOR GUIDANCE

- ➔ **pianificazione e strutturazione** degli interventi
- ➔ trigger ingenerati dalla domanda sorprendente  
**la corretta identificazione e analisi del bisogno**
- ➔ si lavora per il coordinamento e l'attivazione delle risorse professionali



# **Il procedere delle Buone Pratiche Relazionali**

**SARESTI SORPRESO SE QUESTA FAMIGLIA O IL PAZIENTE  
AVESSE DIFFICOLTÀ EMOTIVE E RELAZIONALI NEL PERCORSO DI CURA E ASSISTENZA?**

**NO**

**ATTIVAZIONE DELLE COMPETENZE RELAZIONALI DELL'EQUIPE  
VALUTA, PIANIFICA, DEFINISCI I BISOGNI RELAZIONALI DEL MALATO E DELLA FAMIGLIA  
VALUTA LA SEGNALAZIONE DEL BISOGNO ALLO PSICOLOGO DELL'EQUIPE**

**SARESTI SORPRESO SE QUESTA FAMIGLIA O IL PAZIENTE  
AVESSE DIFFICOLTÀ EMOTIVE E RELAZIONALI NEL PERCORSO DI CURA E ASSISTENZA?**

**NON SO**

**HAI INDICATORI DI COMPLESSITÀ RELAZIONALE?**

**SARESTI SORPRESO SE QUESTA FAMIGLIA O IL PAZIENTE  
AVESSE DIFFICOLTÀ EMOTIVE E RELAZIONALI NEL PERCORSO DI CURA E ASSISTENZA?**

**NON SO**

**HAI INDICATORI DI COMPLESSITÀ RELAZIONALE?**

**Contesto relazionale intrafamiliare problematico**

**Difficoltà in merito al processo di Consapevolezza e Accettazione**

**Problemi di alleanza col Sistema**

**L'operatore osserva una elevata o preoccupante fragilità emotiva a motivo della malattia**

# 1. CONTESTO RELAZIONALE INTRAFAMILIARE PROBLEMATICO

*Attivazione delle competenze relazionali dell'equipe*

*CONTINUUM FAMIGLIE FUNZIONALI VERSUS FAMIGLIE DISFUNZIONALI NELLE CURE PALLIATIVE*

## FAMIGLIE FUNZIONALI

## FAMIGLIE DISFUNZIONALI



**SUPPORTIVE**

Forte coesione

**RISOLUTRICI DI CONFLITTI**

Comunicazione efficace

**INTERMEDIE**

**OSTILI**

Scadente coesione  
Frequente conflittualità

**CUPE/MUTE**

Rabbia repressa  
Depressione

## 2. DIFFICOLTÀ PERSONALI O FAMILIARI

IN MERITO AL PROCESSO DI CONSAPEVOLEZZA E ACCETTAZIONE

*Attivazione delle competenze relazionali dell'equipe*

**LA CONSAPEVOLEZZA È UN PROCESSO**

**Informazione**

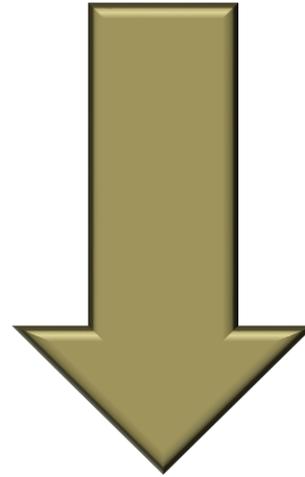
**Percezione soggettiva**

**LIVELLO COGNITIVO**

**LIVELLO EMOTIVO**



**3. PROBLEMI DI ALLEANZA COL SISTEMA  
ATTIVAZIONE DELLE COMPETENZE RELAZIONALI DELL'EQUIPE**



**3. FATICA EMOTIVA DEL CAREGIVER**

**4. ELEVATA O PREOCCUPANTE FRAGILITÀ EMOTIVA  
DEL PAZIENTE O DI UN FAMILIARE A MOTIVO DELLA MALATTIA**

**LIVELLO DI SOFFERENZA PERCEPITA**

**sofferenza scarsa/assente 0**

**discreta/normale sofferenza 1**

**elevata sofferenza 2**

**grado preoccupante di sofferenza 3**

**SARESTI SORPRESO SE QUESTA FAMIGLIA O IL PAZIENTE  
AVESSE DIFFICOLTÀ EMOTIVE E RELAZIONALI NEL PERCORSO DI CURA E ASSISTENZA?**

**NON SO**

**HAI INDICATORI DI COMPLESSITÀ RELAZIONALE?**

**Contesto relazionale intrafamiliare problematico**

**Difficoltà personali o familiari in merito al processo di Consapevolezza e Accettazione**

**Problemi di alleanza col Sistema**

**Elevata o preoccupante fragilità emotiva del paziente o di un familiare a motivo della malattia**

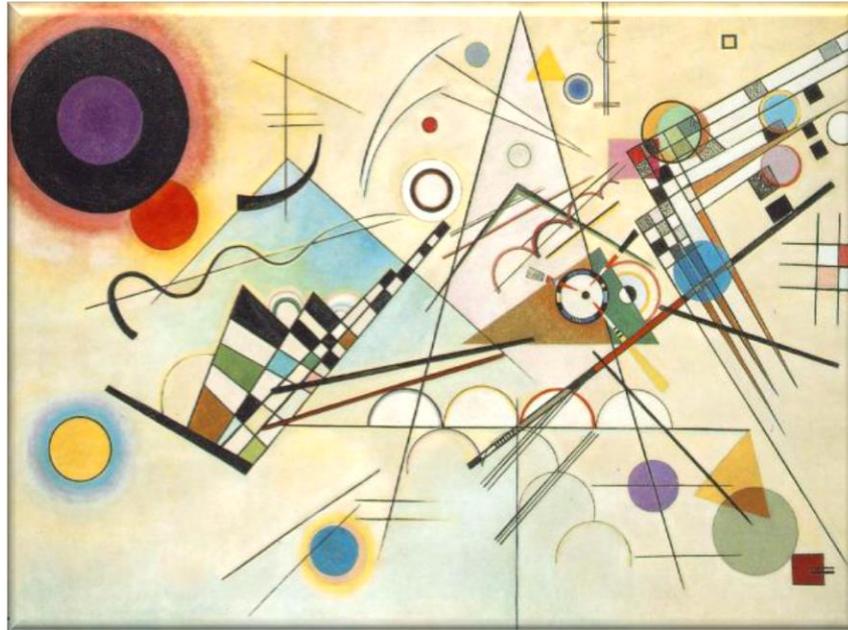
**SI**

**ATTIVAZIONE DELLE COMPETENZE RELAZIONALI DELL'EQUIPE**

**VALUTA, PIANIFICA, DEFINISCI I BISOGNI RELAZIONALI DEL MALATO E DELLA FAMIGLIA  
VALUTA LA SEGNALAZIONE DEL BISOGNO ALLO PSICOLOGO DELL'EQUIPE**

**NO**

Con il termine Buone Pratiche si intendono quei **processi operativi** che consentono il **raggiungimento degli obiettivi attesi** in modo **efficiente ed efficace**.



**1. BUONE PRATICHE RELAZIONALI**

**2. IL PROCEDERE DEL PENSIERO**

**3. VALUTAZIONE PSE  
E ANALISI DEL BISOGNO RELAZIONALE**

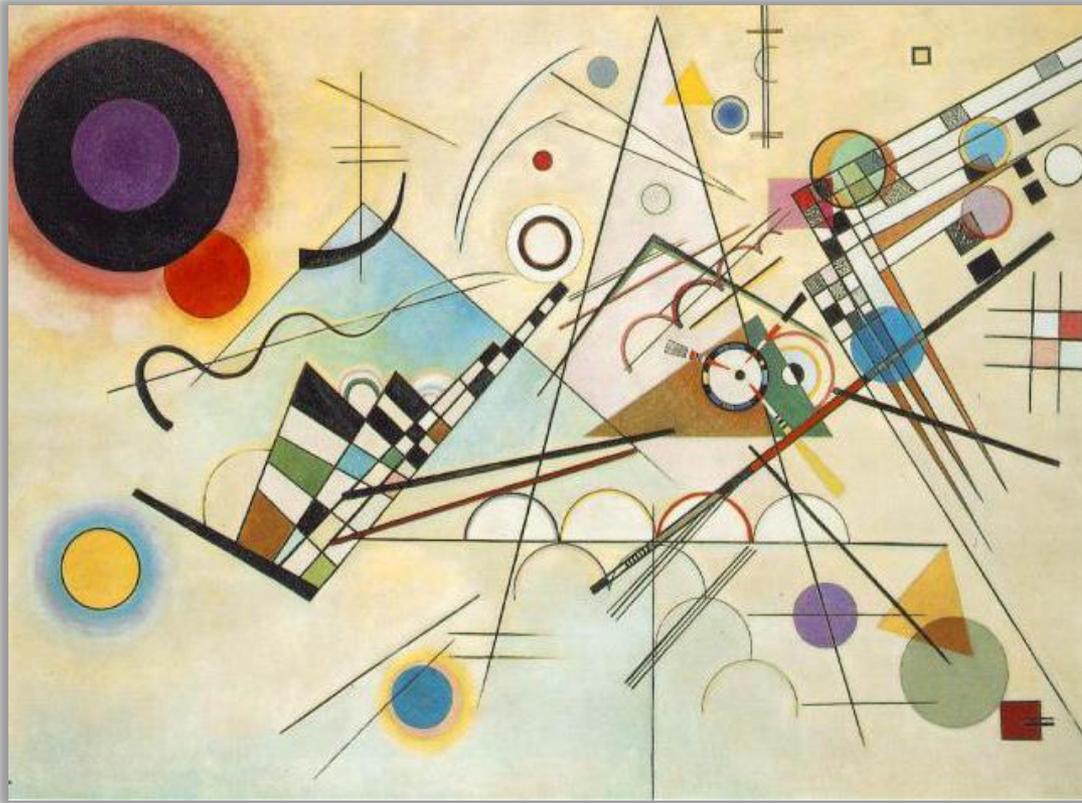
# Buone Pratiche Psicologiche



## LO PSICOLOGO IN CURE PALLIATIVE

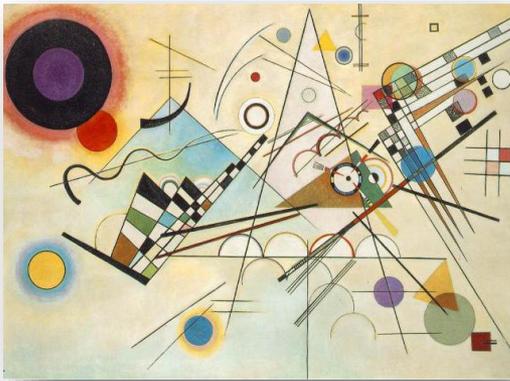
- 1- Intervento in equipe di rilettura del bisogno
- 2- Spazio formativo dedicato
- 3- Colloqui pazienti e familiari

## Buone Pratiche Relazionali



**LE PREMESSE**

**BUONE PRATICHE PSICOLOGICHE**



## Intesa 25 luglio 2012

Definizione dei requisiti minimi e delle modalità organizzative necessari per l'accreditamento delle strutture di assistenza ai malati in fase terminale e delle unità di cure palliative e della terapia del dolore (Rep. n. 151/CSR)

**Dimensioni strutturali e di processo che caratterizzano la Rete Locale di Cure Palliative**

(standard strutturali qualitativi e quantitativi - Articolo 5, Comma 3)

### **7. Programmi di supporto psicologico all'equipe**

Criterio: Nella Rete locale di Cure Palliative sono attivati programmi di supporto psicologico e di prevenzione e trattamento del burn-out per gli operatori che lavorano nella Rete.

### **11. Programmi di supporto al lutto**

Criterio: La Rete locale di Cure Palliative garantisce programmi di supporto per i familiari dei malati assistiti in caso di lutto patologico.



## Intesa 25 luglio 2012

Definizione dei requisiti minimi e delle modalità organizzative necessari per l'accreditamento delle strutture di assistenza ai malati in fase terminale e delle unità di cure palliative e della terapia del dolore (Rep. n. 151/CSR)

### 7. Programmi di supporto psicologico all'equipe

Criterio: Nella Rete locale di Cure Palliative sono attivati programmi di **supporto psicologico** e di **prevenzione e trattamento del burn-out** per gli operatori che lavorano nella Rete.

## Supporto psicologico all'equipe:

una questione di organizzazione del lavoro e della gestione dei casi

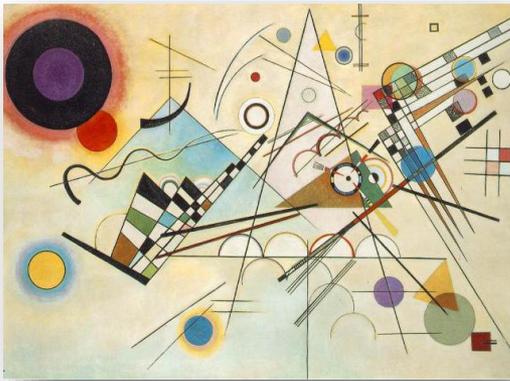
📖 Mullick A, Wright A, Watmore-Eve J, Flatley M (2013), Supporting hospice staff: the introduction of Schwartz Center Rounds to a UK hospice setting, *European Journal of Palliative Care*: March/Avril 20 (2).

📖 Van Staa AL, Visser A, van der Zouwe N (2000), Caring for caregivers: experiences and evaluation of interventions for a palliative care team, *Patient Educ Couns*. Aug;41(1):93-105.

📖 Holland J and Niemeyer RA (2005), Reducing the risk of burnout in end-of-life care settings: the role of daily spiritual experiences and training, *Palliative and Supportive Care* 3, 173-81.

📖 Keene EA, Hutton N, Hall B, Rushton C (2010), Bereavement Debriefing Sessions: An Intervention to Support Health Care Professionals in Managing their Grief, *Pediatric Nursing* 36: 4, 185-189.

📖 Morgan G., *Images: le metafore dell'organizzazione*, Franco Angeli ed., Milano 1995.



## Intesa 25 luglio 2012

Definizione dei requisiti minimi e delle modalità organizzative necessari per l'accreditamento delle strutture di assistenza ai malati in fase terminale e delle unità di cure palliative e della terapia del dolore (Rep. n. 151/CSR)

Dimensioni strutturali e di processo che caratterizzano la Rete Locale di Cure Palliative

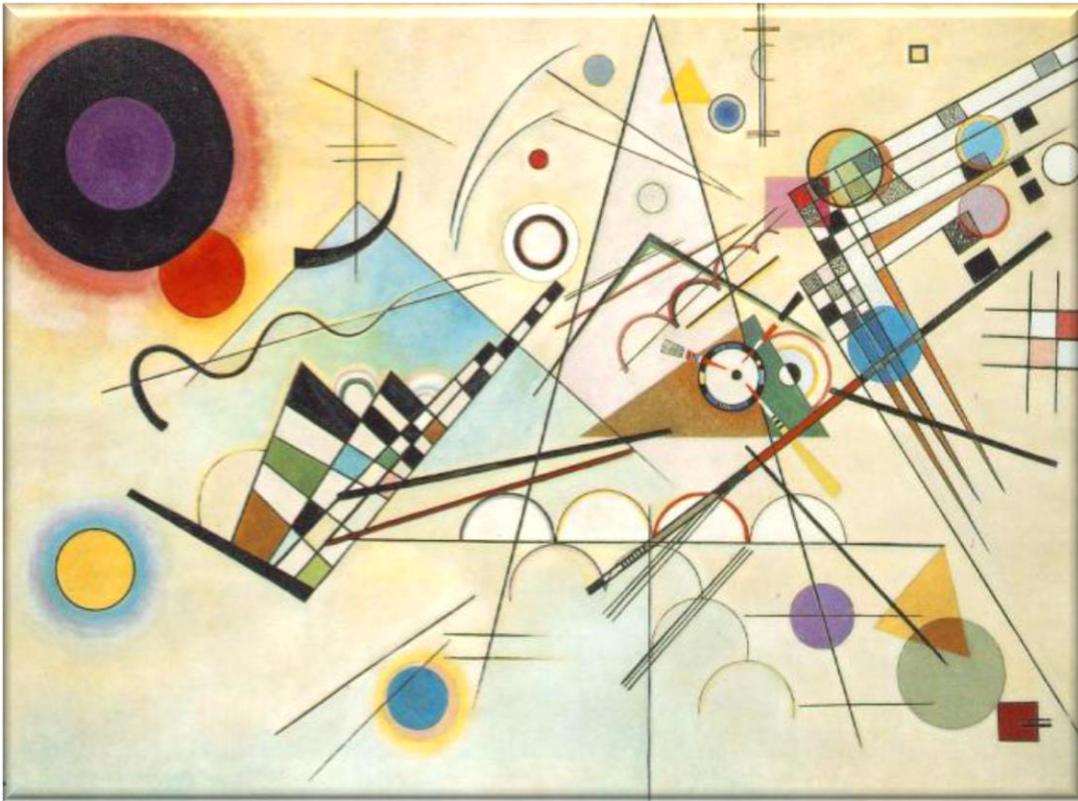
(standard strutturali qualitativi e quantitativi - Articolo 5, Comma 3)

### **11. Programmi di supporto al lutto**

Criterio: La Rete locale di Cure Palliative garantisce programmi di supporto per i familiari dei malati assistiti in caso di **lutto patologico**.

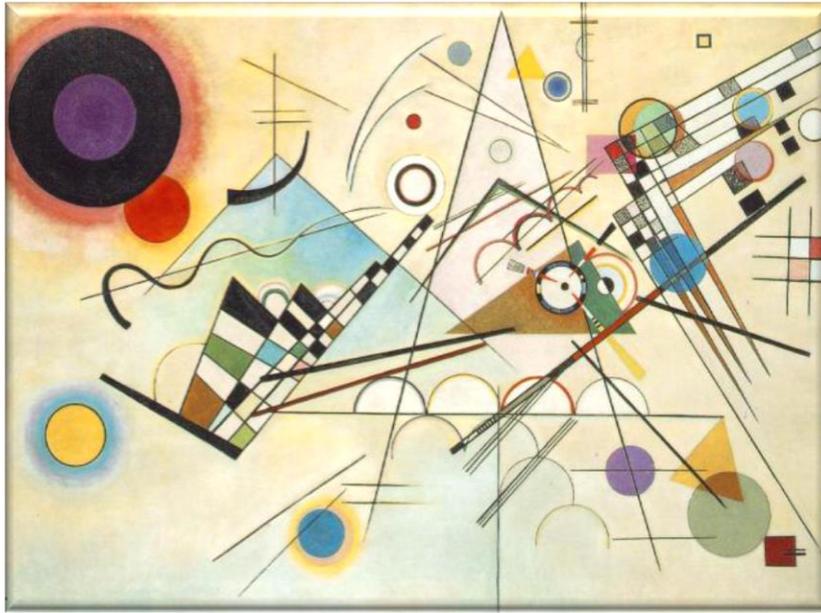
### **Supporto al lutto:**

- Fenomenologia del lutto normale
- Lavoro con i pazienti e con i familiari
- Lavoro nel tempo del lutto: nel tempo dell'assistenza



**LE DOMANDE  
SORPRENDENTI**

**IL PROCEDERE  
DEL PENSIERO**



# **Il procedere delle Buone Pratiche Psicologiche**

**SARESTI SORPRESO SE QUESTA FAMIGLIA AVESSSE DIFFICOLTÀ EMOTIVE E RELAZIONALI NEL TEMPO DELL'ASSISTENZA E SE, DOPO IL DECESSO DEL PAZIENTE, AVESSSE BISOGNO DI UN PERCORSO DI ELABORAZIONE DEL LUTTO?**

**SARESTI SORPRESO SE QUESTA FAMIGLIA O IL PAZIENTE AVESSE DIFFICOLTÀ EMOTIVE E RELAZIONALI NEL TEMPO DELL'ASSISTENZA E SE, DOPO IL DECESSO DEL PAZIENTE, AVESSE BISOGNO DI UN PERCORSO DI ELABORAZIONE DEL LUTTO?**

**NON SO**

**L'equipe ti ha inviato il caso?**

**NO**

**HAI INDICATORI DI DISAGIO PSICOLOGICO, EMOTIVO, COMPORTAMENTALE, RELAZIONALE CHE EMERGONO NEL TEMPO DELL'ASSISTENZA?**

**SARESTI SORPRESO SE QUESTA FAMIGLIA O IL PAZIENTE AVESSE DIFFICOLTÀ EMOTIVE E RELAZIONALI NEL TEMPO DELL'ASSISTENZA E SE, DOPO IL DECESSO DEL PAZIENTE, AVESSE BISOGNO DI UN PERCORSO DI ELABORAZIONE DEL LUTTO?**

**NON SO**

**L'equipe ti ha inviato il caso?**

**NO**

**HAI INDICATORI DI DISAGIO PSICOLOGICO, EMOTIVO, COMPORTAMENTALE, RELAZIONALE CHE EMERGONO NEL TEMPO DELL'ASSISTENZA?**

**SI**

**SI**

**VALUTA IL BISOGNO ESPRESSO O LATENTE DEL MALATO O DELLA FAMIGLIA  
PRECISA E DOCUMENTA L'EVENETUALE MODALITÀ DEI COLLOQUI PSICOLOGICI  
VALUTA E DEFINISCI L'INTERVENTO PSICOLOGICO DI SUPPORTO ALL'EQUIPE**

**NO**



## Intesa 25 luglio 2012

Definizione dei requisiti minimi e delle modalità organizzative necessari per l'accreditamento delle strutture di assistenza ai malati in fase terminale e delle unità di cure palliative e della terapia del dolore (Rep. n. 151/CSR)

### 7. Programmi di supporto psicologico all'equipe

Criterio: Nella Rete locale di Cure Palliative sono attivati programmi di **supporto psicologico** e di **prevenzione e trattamento del burn-out** per gli operatori che lavorano nella Rete.



# SUPPORTO ALL'EQUIPE

## STAFF SUPPORT CASE

È la formazione attraverso i casi.

- migliorare la **comprensione** delle situazioni cliniche;
- ridefinire con l'equipe coerentemente con l'analisi del caso il progetto individuale e il **piano assistenziale** nei suoi **obiettivi** di intervento;
- condividere il vissuto emotivo connesso alle **dinamiche relazionali** rilevate;
- analizzare il **vissuto emotivo** dell'equipe in ordine al caso considerato;
- analizzare il **timing** in cui ciascun professionista è intervenuto;
- individuare gli **obiettivi** raggiunti e mancati.



## Accordo 10 Luglio 2014

### Contenuti formativi

Metodi per la rilevazione dei **sintomi psicologici e diagnosi differenziale** nel malato in CP.

Modelli di facilitazione della relazione Tecnica e clinica **dell'assessment psicologico**  
Relazione terapeutica, approccio centrato sul paziente nelle CP.

Metodologie di **Audit**

Modelli di **interazione** ed interrelazione di gruppo.

**Teorie, sintomi, terapia del burn-out.**

**Comunicazione efficace** e gestione delle situazioni traumatiche in CP

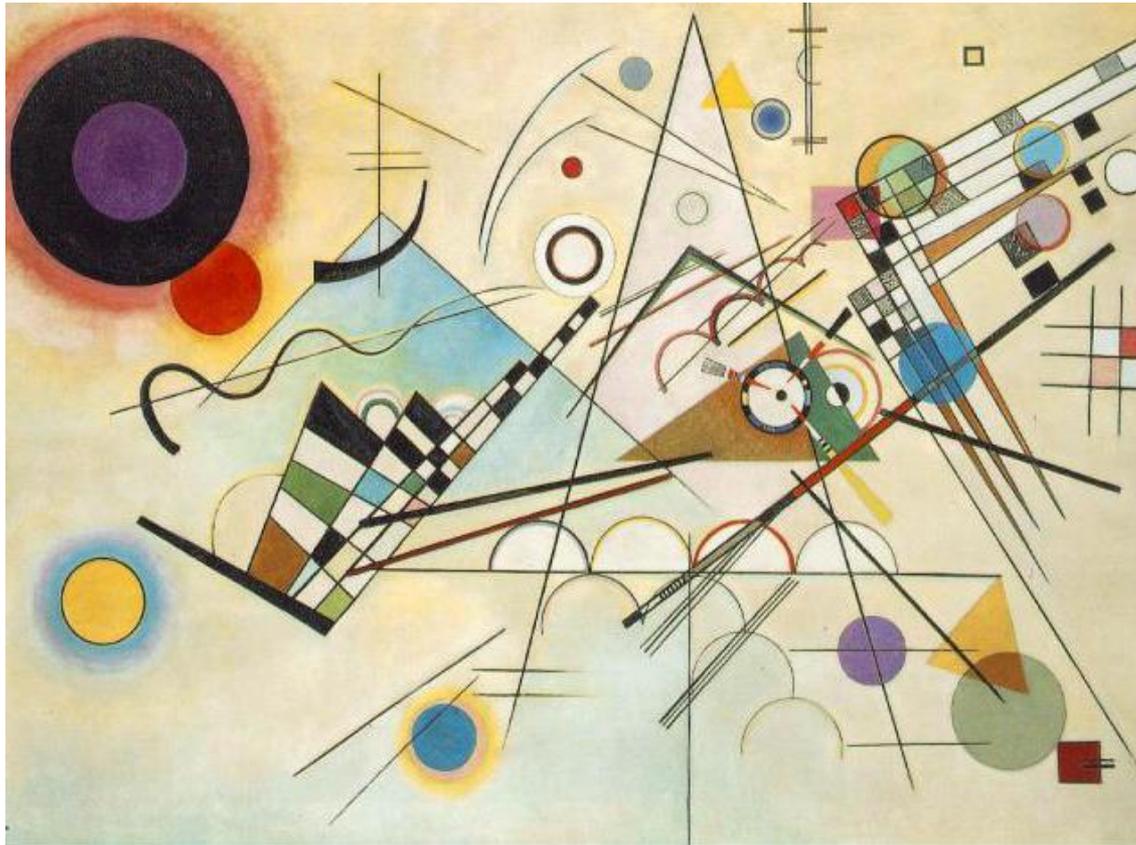
📖 Holland J and Niemeyer RA (2005), Reducing the risk of burnout in end-of-life care settings: the role of daily spiritual experiences and training, Palliative and Supportive Care 3, 173-81.

📖 Keene EA, Hutton N, Hall B, Rushton C (2010), Bereavement Debriefing Sessions: An Intervention to Support Health Care Professionals in Managing their Grief, Pediatric Nursing 36: 4, 185-189.

📖 Morgan G., Images: le metafore dell'organizzazione, Franco Angeli ed., Milano 1995.

📖 Mullick A, Wright A, Watmore-Eve J, Flatley M (2013), Supporting hospice staff: the introduction of Schwartz Center Rounds to a UK hospice setting, European Journal of Palliative Care: March/Avril 20 (2).

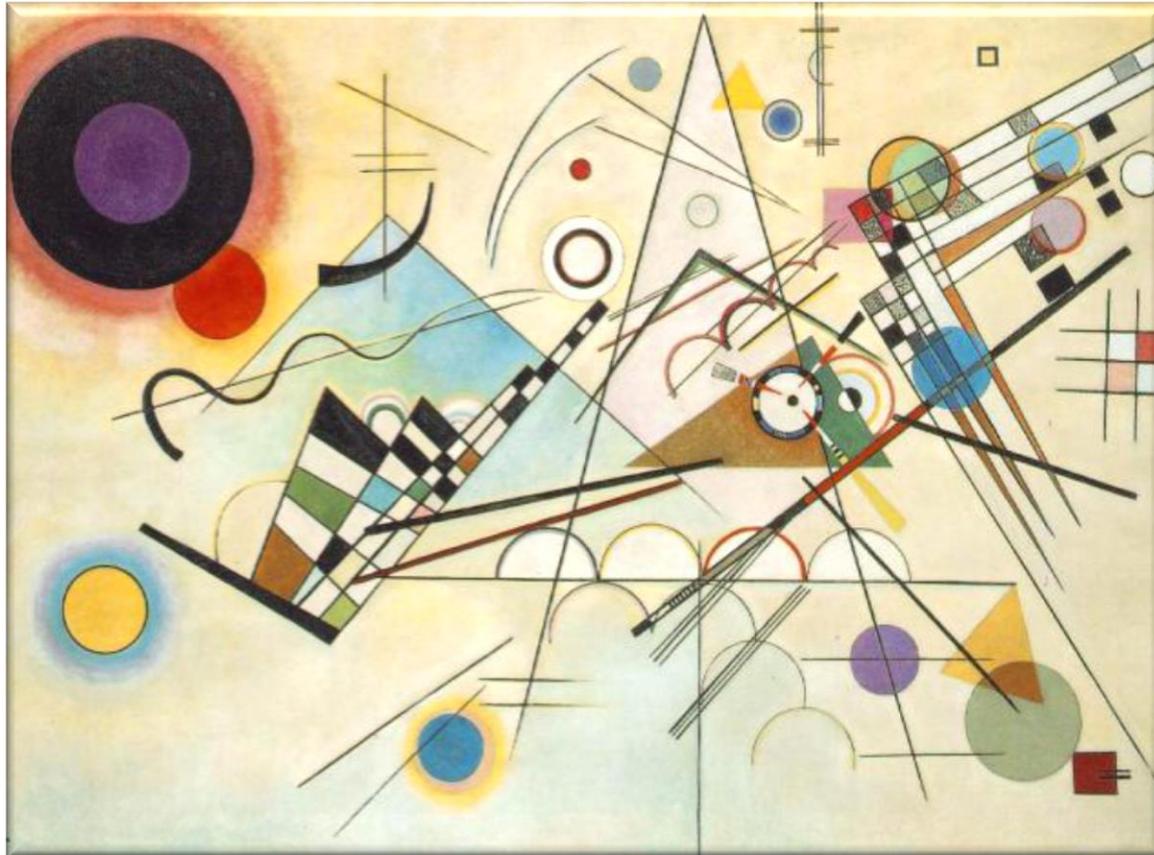
📖 Van Staa AL, Visser A, van der Zouwe N (2000), Caring for caregivers: experiences and evaluation of interventions for a palliative care team, Patient Educ Couns. Aug;41(1):93-105.



**UNA GRAMMATICA PER INTENDERSI**

*L'assessment si svolge sempre dentro la relazione,  
ed è per noi il mestiere puro.*

*Vittorio Guidano*



**1. BUONE PRATICHE PSICOLOGICHE**

**2. IL PROCEDERE DEL PENSIERO**

**3. PROGRAMMI DI SUPPORTO ALL'EQUIPE**

**4. PROGRAMMI DI SUPPORTO AL LUTTO**



## **BP PSICOLOGICHE**

- **INTERVENTO PSICOLOGICO  
Malato e Famiglia**

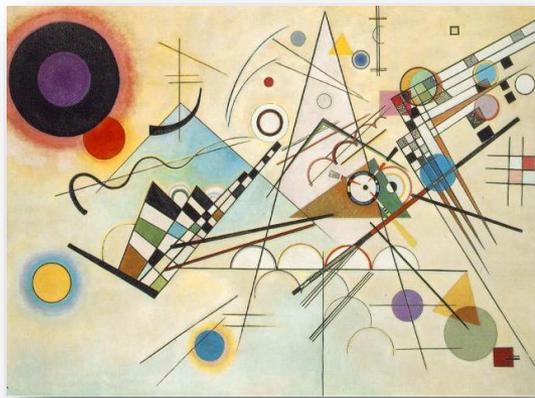
## **INTERVENTO TERAPEUTICO**

**Colloquio è clinico**

**Malattia è la cornice  
semantica di riferimento**

**Colloqui per obiettivi**

**Restituzione all'equipe**

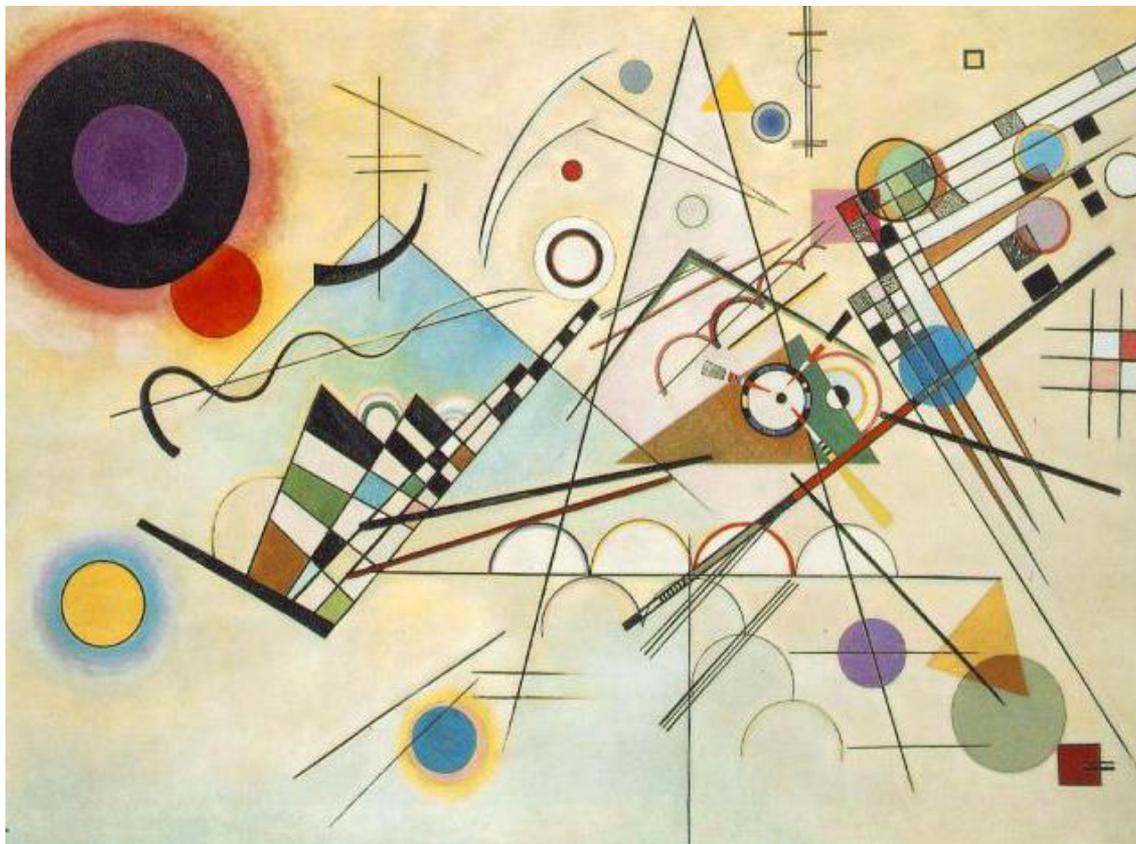


## BP PSICOLOGICHE

- **SUPPORTO AL LUTTO**  
**Lavoro nel tempo dell'assistenza**  
  
**Lavoro *post mortem***

## INTERVENTO TERAPEUTICO E SPECIFICO AL CONTESTO CP

- Lo psicologo in cure palliative lavora prevalentemente col **lutto normale** e non necessariamente con il lutto patologico;
- Il bisogno psicologico nel tempo del lutto è **esito di una valutazione del bisogno PSE**, che lo psicologo compie insieme all'equipe e al medico responsabile;
- La specificità degli obiettivi del percorso (malattia inguaribile e lutto) e le tecniche d'intervento terapeutico permettono di costruire percorsi di elaborazione del lutto nel tempo *post mortem*, per un numero definito **parte del processo assistenziale e parte integrata nella cartella del paziente.**

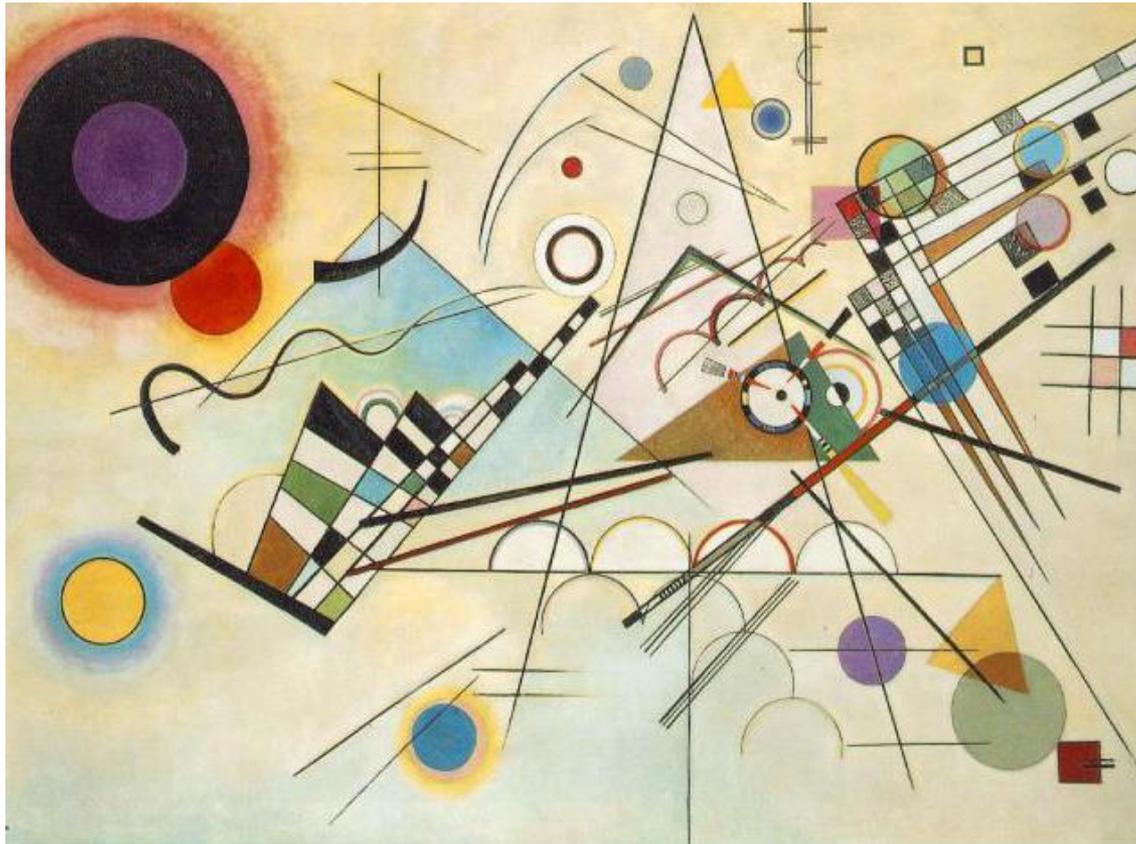


**UNA GRAMMATICA PER INTENDERSI**

***Il rigore da solo è morte per paralisi,  
l'immaginazione da sola è pazzia***

*Gregory Bateson*

MILANO - 11 Giugno 2015



**UNA GRAMMATICA PER INTENDERSI**

**GRAZIE**