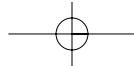
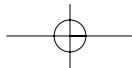
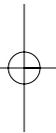
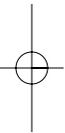
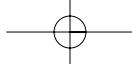


*Coordinamento editoriale a cura di*  
**Emanuela Voltarel**

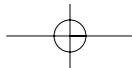
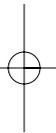
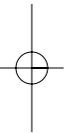
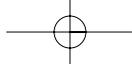




## **Indice**

---

<b>Introduzione</b> <i>(R. Telleschi)</i>	<b>pag 5</b>
<b>La valutazione degli esiti dei trattamenti psicologici: modalità e strumenti</b> <i>(G. De Isabella, F. De Angelis)</i>	<b>pag 7</b>
<b>La promozione del Benessere Organizzativo e Assistenziale come Indicatore di Successo nei Percorsi di Cura</b> <i>(M. G. Pompei)</i>	<b>pag 15</b>
<b>La valutazione dell'intervento supportivo al paziente oncologico e al suo caregiver</b> <i>(E. Saita)</i>	<b>pag 19</b>
<b>Valutazione sperimentale dell'intervento psicologico con pazienti cardiopatici in riabilitazione</b> <i>(A. Merra, U. Mazza, S. Giacomelli, R. Salerno, M. G. Strepparava, G. Rezzonico)</i>	<b>pag 25</b>
<b>La valutazione dei colloqui psicologici di sostegno in Ospedale: studio di caso</b> <i>(P. Braibanti, M. S. Spada, C. Bignamini, V. Strappa)</i>	<b>pag 33</b>
<b>Indicatori di successo nelle terapie di gruppo monotematiche e monosintomatiche</b> <i>(M. R. Monaco)</i>	<b>pag 41</b>
<b>Psicologia e continuità assistenziale, ospedale e territorio</b> <i>(D. Saglietti)</i>	<b>pag 45</b>
<b>Conclusioni</b> <i>(I. Cacciatori)</i>	<b>pag 49</b>
<b>Allegati</b>	<b>pag 51</b>



## Introduzione

di *Riccardo Telleschi*

*Psicologo Psicoterapeuta, Direttore U.S.C. Psicologia Aziendale  
A.O. Provincia di Lodi*

*Siamo ormai giunti alla IV edizione degli incontri annuali organizzati a Lodi per riflettere sulla psicologia in ospedale e dopo aver cercato di approfondire le specificità delle diverse esperienze dei servizi di psicologia in ambito sanitario, dell'importanza dell'integrazione e del fare squadra fra operatori e fra servizi, parliamo di risultati. Di risultati in riferimento all'azione psicologica in ambito ospedaliero, di valutazione dell'incontro fra l'atto medico e l'atto psicologico, di buone pratiche.....con buoni esiti.*

*Da anni in campo psicologico si è fortunatamente conclusa la sottovalutazione ideologica degli studi e ricerche sugli esiti e la letteratura scientifica lo dimostra con numerosissimi testi e pubblicazioni, ma credo, sia onesto dirlo, si continua fra amministratori e operatori sanitari a parlare di autoreferenzialità per la psicologia, come se fossimo ancora all'anno zero nel lavoro sulle evidenze e nello scambio scientifico - culturale.*

*Due sono i fattori sociali e culturali che hanno dato un forte impulso alle ricerche sugli esiti:*

*La necessità dei sistemi sanitari di contenere la spesa e di utilizzare al meglio le risorse, realizzando le cure e i trattamenti socio-sanitari più efficaci ed appropriati.*

*La nascita del sistema di Miglioramento Continuo di Qualità (MCQ) che sollecita tutti gli erogatori di prestazioni sanitarie ed socio-assistenziali sia ospedaliere che territoriali di monitorare processi (accessibilità, tempestività, continuità, ecc.) ed esiti (modificazione stato di salute) mediante un sistema di indicatori valutabili e misurabili.*

*Lo stesso Piano socio-sanitario 2009 della Regione Lombardia insiste molto sugli standard di qualità delle strutture e li elenca in :*

*Valutazione dell'efficienza*

*Valutazione dell'appropriatezza*

*Valutazione del grado di soddisfacimento del bisogno*

*Valutazione del corretto inquadramento epidemiologico*

*Valutazione dell'efficacia/outcome dei servizi erogati*

*Valutazione customer satisfaction*

*Valutazione soddisfazione operatori*

*Valutazione sicurezza del paziente ricoverato.*

*Certo il lavoro in ospedale, luogo istituzionale della cura e del trattamento delle malattie, ed il confronto con la altre figure sanitarie e le loro metodologie d'intervento ha spinto, seppur faticosamente, la psicologia a misurare il proprio sapere con la pratica quotidiana di cura e a rilevare l'importanza di documentare l'efficacia dei propri interventi.*

*In questa prospettiva la valutazione diventa un obiettivo irrinunciabile non solo a fini clinici e scientifici per dare significato qualitativo e quantitativo al lavoro psicologico, ma anche a fini di sviluppo dell'attività e alla progettazione di nuovi spazi di intervento con cui andare alla contrattazione con l'area gestionale-amministrativa.*

*In altri termini la ricerca sul campo e la valutazione creano le condizioni non solo per un buon servizio all'utenza, ma, al di fuori di una qualsiasi malintesa accademia, aiutano la psicologia a svilupparsi scientificamente e a proporsi come disciplina importante in ospedale.*

### **Tre brevi esempi per tutti :**

*Nel 2003 un gruppo di lavoro di psicologi ha elaborato e realizzato le Linee guida per le attività di psicologia in cardiologia riabilitativa coerenti con le indicazioni del Programma Nazionale Linee Guida del Ministero della Salute, individuando le evidenze a favore degli strumenti psicologici da utilizzare in quel contesto. Nel 2008 numerosi incontri fra psicologi delle aziende ospedaliere della Lombardia ha portato alla stesura, sotto l'egida dell'Associazione Italiana Qualità e Accreditamento Salute Mentale (QUASM) e come Programma Innovativo Regionale lombardo, di un Manuale di Accreditamento Professionale per le U.O. di Psicologia, uno strumento operativo a disposizione degli operatori per attivare occasioni di confronto e per procedere ad una autovalutazione di qualità dei propri servizi secondo il sistema di MCQ (Miglioramento Continuo di Qualità). E' di poco tempo fa la pubblicazione delle linee d'indirizzo per l'assistenza psicologica nel SSN (ovvero la revisione delle linee di indirizzo per gli interventi psicologici erogati dalle strutture complesse di psicologia del SSN a favore delle persone e della comunità) portata a termine da un gruppo di lavoro appositamente costituito dalla SIPSOT (Società Italiana di Psicologia dei Servizi Ospedalieri e Territoriali).*

*D'altra parte, pur riconoscendo come positivi per la crescita della psicologia questi nuovi orientamenti, non si possono cancellare le preoccupazioni che da più parti provengono in riferimento al rapporto con il malato.*

*Si critica infatti il troppo spazio tecnico e professionale dedicato alle linee guida, ai protocolli, alle procedure, agli aspetti valutativi, in quanto essi da un lato impegnano l'operatore in attività non cliniche e perciò meno consone al suo mandato professionale e dall'altro non*

*sembrano mai esaurientemente racchiudere la qualità e la complessità unica ed irripetibile della relazione clinica e terapeutica fra il paziente e il suo specialista.*

*Obiezioni legittime e per certi versi vere, che richiamano la concezione della clinica psicologica come una sorta di "arte" appresa (o anche il famoso "occhio clinico") non ingabbiabile in procedure e protocolli, ma che trascurano completamente la critica alla autoreferenzialità e le ragioni della valutazione in un contesto sociale come quello attuale, dove tutto, per rispetto del cliente/consumatore, viene esaminato e valutato. In realtà la psicologia, quella che inizia dal laboratorio di Wundt a Lipsia ad oggi, non deve avere nessun timore ad essere esaminata ma deve ancor più lavorare per introdurre nei propri interventi maggior elementi di certezza, derivanti da un approccio più scientifico nello stabilire ciò che giova al paziente e all'organizzazione e ciò che è ininfluente o addirittura dannoso.*

*Non credo di esagerare se auspico un maggior sviluppo della qualità nei Servizi e della Psicologia basata sulle prove, ovvero l'EBP in corrispondenza dell'EBM: una psicologia, che tramite studi osservazionali, studi clinici controllati, meta-analisi, possa concludere quali tipi di diagnosi e di trattamento abbiano la probabilità di essere più utili al paziente in termini anche di rapporto costi/benefici.*

*Non vorrei infatti come cittadino e come psicologo che il futuro della psicologia fosse come quello rappresentato dall'anziano medico, protagonista del bellissimo film di I.Bergman (1957) "Il posto delle fragole", che arrivato all'Accademia di Medicina per ritirare un premio alla carriera e sollecitato a fare un discorso sussurrò amaramente e solo: chiedo scusa ai malati.*

*Ecco, questa giornata di studio prova ad aprire una finestra su questi temi.*

## *La valutazione degli esiti dei trattamenti psicologici: modalità e strumenti*

*Giorgio De Isabella,  
Psicologo Psicoterapeuta,  
Direttore U.S.C. Psicologia Clinica  
A.O. San Carlo di Milano*

*Francesco De Angelis,  
Psicologo, Specializzando,  
U.S.C. Psicologia Clinica  
A.O. San Carlo di Milano*

### **LA VALUTAZIONE DEGLI ESITI NELLE UNITÀ OPERATIVE DI PSICOLOGIA**

Nell'attuale contesto politico, economico e sociale, il SSN si è orientato verso un'organizzazione di tipo aziendale la quale, per sopravvivere, necessita di controllare il proprio budget di spesa e di incentivare processi di cura validi, efficaci e efficienti.

All'interno di tale prospettiva hanno assunto grande rilevanza i programmi di intervento che considerano sia gli aspetti fisici della malattia che le problematiche relazionali ed emotive collegate a quest'ultima.

Si è assistito, dunque, ad un incremento delle richieste di assistenza psicologica, ad una maggiore diversificazione della stessa rispetto al passato e alla nascita di specifiche Unità Organizzative (Servizi e UO di Psicologia). Tra le motivazioni più rilevanti che hanno sorretto una così imponente espansione si trova:

**1.** un allargamento della base dei pazienti. Oltre alle persone afferenti spontaneamente ai servizi, i maggiori committenti delle UU.OO. di Psicologia sono diventati sia i medici degli altri reparti che quelli di Medicina Generale, i quali richiedono consultazioni, anche in reparto, per i pazienti o i familiari degli stessi;

**2.** gli operatori sanitari che necessitano di un supporto per sé (ad esempio si può citare l'esperienza dei volontari rientrati in servizio dopo essere stati inviati dall'A.O. San Carlo Borromeo di Milano in Abruzzo per soccorrere i terremotati) o per affrontare le problematiche psicologiche o relazionali portate dai pazienti;

**3.** la consapevolezza dell'efficacia dell'intervento psicologico per il miglioramento della qualità di vita dei pazienti, per la riduzione dell'impatto economico sul SSN causato da ricadute e, infine, per una umanizzazione dell'assistenza sanitaria (Trabucco, 2001).

La strategia più efficace per migliorare la qualità delle cure erogate e per individuare percorsi validi con il più efficiente rapporto qualità-benefici risiede nel domandare agli stessi pazienti le loro impressioni di soddisfazione e cambiamento. Tale analisi può avvenire tanto attraverso indagini di customer satisfaction, quanto mediante il monitoraggio routinario degli esiti delle terapie.

La pratica di controllo degli esiti da una parte consente di evidenziare i punti di eccellenza e di criticità delle prestazioni implementando, qualora sia necessario, nuovi percorsi curativi più utili all'utenza o meno onerosi per l'azienda sanitaria in una prospettiva di continuo miglioramento della qualità. Dall'altra tale pratica permette una comparazione tra le diverse realtà territoriali e tra le numerose modalità di intervento, così da rendere possibile un proficuo bench-marking tra i servizi di psicologia. Inoltre il monitoraggio della fine delle terapie può divenire la base per uno studio approfondito dei processi psicologici sottesi alla guarigione, utilizzando i dati relativi ai cambiamenti ottenuti nei contesti clinici reali (*effectiveness*) e non nella quasi astrazione dei trial sperimentali altamente controllati (*efficacy*).

Quest'ultima condizione diviene percorribile solamente se le due realtà, apparentemente divergenti, della ricerca universitaria e della prassi

clinica trovano un terreno comune di incontro. Esso è opportunamente rappresentato dall'emergere di un nuovo paradigma sperimentale: quello della practice-based evidence. Si avverte il bisogno di una riformulazione dell'analisi scientifica in modo che essa sia più attenta ai contesti reali di cura e alla loro organizzazione e sia capace di misurare le variabili mediatrici della guarigione nella pratica psicologica quotidiana. Partendo da tale prospettiva sarà possibile formulare nuove ipotesi, teorie e tecniche specificamente adatte al lavoro terapeutico in ambienti reali di cura, quali quelli presenti nel SSN.

Viene richiesto, dunque, che teoria e prassi siano continuamente informate l'una dell'altra cosicché, da una parte, la ricerca sia stimolata dai professionisti a costruire e validare test che abbiano una immediata utilità clinica con questionari brevi e non necessariamente legati ad una teoria psicoterapeutica di riferimento, che diano informazioni importanti su altre variabili in gioco nella relazione terapeutica oltre che dati sulla sintomatologia (come il benessere soggettivo e il funzionamento nelle relazioni del paziente) e che, infine, permettano di ipotizzare un modello di cura basato su quanto avviene nei contesti terapeutici reali.

Dall'altra parte gli psicologi e gli psicoterapeuti "in prima linea" saranno tenuti a stimolare la ricerca di base fornendo quante più informazioni possibile sugli esiti e sulle variabili ambientali (strutture di cura, sistemi organizzativi, processi e percorsi di terapia) nelle quali si trovano direttamente ad operare.

### **“EVIDENCE-BASED PRACTICE” E “PRACTICE-BASED EVIDENCE”**

Gli studi sull'efficacia dei trattamenti psicologici nella storia di questa professione hanno una tradizione ormai datata ed hanno condotto a calorosi e accorati dibattiti. Il paradigma che da cui hanno tratto ispirazione è chiamato "evidence-based practice" il quale ha dato origine a due filoni di ricerca: il primo riguardante l'efficacia assoluta, che mira a stabilire se la terapia basata

sulla parola produca dei benefici sui pazienti; il secondo inerente all'efficacia relativa, la quale ha lo scopo di valutare quale protocollo o teoria psicoterapeutica dia esiti migliori.

In una importante review intorno alle ricerche circa l'efficacia assoluta, Wampold (2001) afferma che, riportando le dimensioni degli effetti statistici, concludere un percorso psicologico permetta una più sicura ed efficace risoluzione della sintomatologia. Gli effect size, infatti, risultano essere compresi tra i valori .75 e .85. Tuttavia, egli spiega, tali conclusioni potrebbero essere sovrastimate a causa dalla presenza di alcuni bias non adeguatamente controllati come, ad esempio, le variabili legate al terapeuta e al paziente, la mancata considerazione dei drop-out ed i differenti metodi di ricerca e valutazione.

Recentemente, prendendo in considerazione le ricerche sull'efficacia relativa, Staines (2008) ha sostenuto l'affermazione secondo la quale non siano state fornite le prove che dimostrino quanto un modello di cura emerga sopra gli altri. L'elemento terapeutico più importante e determinante, trasversale a tutte le teorie studiate, è apparso essere l'abilità del singolo terapeuta di instaurare una buona relazione con i pazienti.

Inoltre, la solidità del concetto di efficacia, così come è postulata dal paradigma considerato, è messa a dura prova da un'ulteriore osservazione: la maggior parte degli studi ha fatto quasi esclusivamente uso di test per la misura dei sintomi psicologici. Ad esempio Froyd (1998), passando in rassegna gran parte della letteratura sul tema, ha evidenziato il fatto che fossero state impiegate 1430 misure differenti per valutare gli esiti. Di queste 851 erano state utilizzate in uno studio solamente e mai più somministrate in ricerche successive. Da tale considerazione appare manifesto quanto manchi un test standardizzato (secondo criteri di statistici) e condiviso capace di dare chiarezza, coerenza e significato ai lavori sul cambiamento psicologico in psicoterapia.

È necessario, però, ricordare che in un non troppo lontano passato erano stati fatti dei tentativi per costruire un protocollo unificato di misure valide,

affidabili e patrimonio comune della comunità psicologica adatte a valutare le modificazioni dovute alla terapia basata sulla parola. Una delle prime proposte in questa direzione fu quella di Waskow nel 1975 durante un congresso dell'American Psychiatry Association (APA). Nonostante i diversi sforzi profusi, sono stati ottenuti solo degli insuccessi per i quali sono rintracciabili varie spiegazioni. Da una parte è risultata manifesta una carenza nella teoria relativa al cambiamento ipotizzato connesso all'uso di una particolare scala; dall'altra non è stato raggiunto un accordo sulla definizione su cosa sia da considerare un fallimento e cosa sia da ritenere un successo. Infine è mancato un consenso generale su quali test dovessero essere impiegati per misurare gli esiti dei trattamenti.

Per ovviare a siffatte criticità è stato perciò proposto di indagare direttamente la pratica reale, di osservare, cioè, come i percorsi di cura venissero implementati nelle reali strutture terapeutiche. È apparso subito importante, a tal proposito, intervistare i fruitori diretti - i pazienti - e documentare il loro punto di vista (Seligman, 1995).

Ciò nonostante, poiché i questionari, per possedere i criteri di validità e affidabilità statistiche, devono essere molto lunghi, essi divengono difficilmente impiegabili nella prassi clinica quotidiana delle aziende sanitarie e nei contesti di cura privati. Questo conduce ad un'antinomia che pare, a prima vista, a stento risolvibile: da una parte le istanze della ricerca, che si occupa di modelli psicopatologici e valuta variabili astratte o ipotetiche, richiedono strumenti di misura statisticamente validi, affidabili e stabili, e dunque di non sempre agevole somministrazione. Dall'altra la pratica quotidiana necessita di stimare velocemente variabili di interesse clinico immediato quali il benessere soggettivo, le strategie di coping, la rete di supporto sociale, oltre che i sintomi.

Date queste differenze, si è reso necessario costruire uno strumento di misura che rispondesse alle esigenze di entrambi: statisticamente solido, di veloce somministrazione e immediatamente comprensibile a tutte le fasce di utenza, capace di

stimare in maniera adeguatamente precisa tanto la presenza dei sintomi quanto altre variabili di interesse clinico, infine sensibile al cambiamento "pre-post" percorso terapeutico. Un test generato partendo da tutte queste premesse si inserisce a pieno titolo all'interno del paradigma definito "practice-based evidence".

## CORE-OM

Un modello di applicazione di tale programma scientifico è il Regno Unito, il quale ha sviluppato una politica di continuo e routinario monitoraggio degli esiti delle prestazioni psicologiche. Per ottemperare a questa norma, il gruppo di ricerca dell'Università di Leeds si è adoperato per sviluppare uno dei primi test per la valutazione degli esiti in grado di soddisfare le necessità cliniche e sperimentali: il Clinical Outcomes in Routine Evaluation – Outcome Measure (CORE-OM) (Evans et al., 2000).

Anche la ricerca italiana ha prodotto numerosi articoli in questo settore: sono infatti da ricordare, tra gli altri, gli studi di Fava et al. (1998), Freni et al. (2000), e, più recentemente, la costruzione di un questionario in lingua italiana sulla valutazione dei cambiamenti dovuti alla terapia psicologica: il CBA-VE (Michielin et al., 2008).

Il CORE-OM nasce dalla necessità di sviluppare un test con le caratteristiche di: brevità, semplicità e validità statistica. È pan-teorico, cioè indipendente dalle particolari teorie psicoterapeutiche cosicché possa essere fruibile da diversi operatori psicologici e si propone come un indicatore generale di sofferenza psicologica. Da tale primo questionario è stata sviluppata un'intera gamma di strumenti denominata CORE system (CORE-OM, CORE-A, End of Therapy, CORE-SF, GP-CORE) che intende esaminare vari momenti del processo terapeutico: dall'assessment, mediante il CORE-A, alla fine della terapia, attraverso l'End of Therapy, oltre che lo stato di benessere della popolazione generale con il GP-CORE. In aggiunta, le due forme brevi del sistema CORE, i CORE-SF nei due sottotipi A e B, possono essere utilizzate per in-

dagare i processi di guarigione e monitorare la terapia ripetutamente.

In definitiva, il CORE-OM è una misura nucleare, che va direttamente al “cuore” della sofferenza dei pazienti, non avendo l’ambizione di sostituire altri questionari più specifici.

Il questionario valuta quattro dimensioni distinte grazie a 34 affermazioni: l’area dei sintomi psicologici (12 item), quella del benessere soggettivo (4 item), del funzionamento sociale (12 item) ed, infine, del rischio auto- o etero-diretto (4 item). Gli elementi del test sono stati costruiti in modo tale da avere sia formulazioni positive che negative, da cogliere sintomi tanto a bassa quanto ad alta intensità. Possono essere calcolati diversi indici dalle risposte date: innanzitutto è ricavabile un punteggio generale, in secondo luogo una media generale escludendo dal computo l’area dei rischi auto- o etero-lesivi, oppure un indice per ogni scala. La seconda opzione sembra da preferire (Lyne et al., 2006); tuttavia, secondo quanto riportato dall’esperienza clinica del dott. Reitano, in una comunicazione personale. e del gruppo di Trento, appare la scelta meno auspicabile nel contesto delle UU.OO. di Psicologia poiché la dimensione dei rischi si è mostrata efficace nello stabilire quali pazienti possano giovare, prima di altri, di un trattamento psicologico.

Il test è stato inizialmente validato in lingua inglese; da poco tempo è presente una traduzione italiana del CORE-OM ad opera di Palmieri, Evans, Hansen, Brancaleoni, Ferrari, Porcelli, Reitano, Rigatelli (2008). Per la validazione di entrambe le versioni sono stati impiegati sia un campione di soggetti clinici (n=890 in Evans et al., 2000; n=647 in Palmieri et al., 2008), ed un campione di soggetti “normali” (n=1106 in Evans et al., 2000; n=263 in Palmieri et al., 2008). L’affidabilità delle singole scale e del test è risultata essere alta (di Cronbach  $>.75$  e  $<.95$ ) in entrambi gli studi, così come la validità convergente in particolare con le due versioni del Beck Depression Inventory (BDI I e II), con il Brief Symptom Inventory (BSI) e la Symptom Checklist – 90 – Revisited (SCL-90-R). È stata misurata,

inoltre, una larga correlazione tra le scale “sintomi psicologici”, “benessere soggettivo”, “funzionamento sociale”.

Il CORE-OM è apparso mantenersi stabile nel tempo sia ad una settimana (n=43 studenti; tra .64 e .91; Evans et al., 2002), che nei follow-up dopo un anno dalla conclusione della terapia, come mostrato in una ricerca svolta da Barkham e colleghi (2001).

In entrambe le traduzioni sono presenti delle leggere, ma significative, differenze legate al sesso tanto nel campione britannico che in quello italiano: nel primo gli uomini hanno un cut-off pari a 1.19 (12) e le donne uno uguale a 1.29 (13); nel secondo, invece, i cut-off sono leggermente più bassi: gli uomini ne hanno uno pari a 1.09 (11) e le donne uguale a 1.22 (12). Tuttavia le ultime revisioni dello strumento hanno standardizzato a 10 il confine tra punteggi normali e patologici, indipendentemente dal sesso del paziente.

Infine il CORE-OM è in grado di discriminare tra la popolazione clinica e quella “normale”. Infatti le medie dei due gruppi sono statisticamente differenti nella direzione attesa: la media del campione clinico è maggiore della media del campione “normale” (1.86 e .76), stando ad indicare una più elevata sofferenza nel primo rispetto che nel secondo. È possibile inferire questa considerazione anche constatando che, come Barkham et al. (2001) hanno mostrato nel loro studio, mediamente i punteggi al test di 2710 pazienti in cura in 39 centri del Regno Unito si situavano al di sopra del cut-off clinico.

Il questionario è risultato, inoltre, essere sensibile al cambiamento segnalando le differenze pre-post trattamento al di là dell’errore statistico (cambiamento affidabile e clinicamente significativo – RCSC) (Barkham et al 2001; Evans et al., 2002).

Tra le numerose procedure di valutazione della struttura psicométrica del CORE-OM, è stata condotta un’analisi fattoriale esplorativa (Evans et al., 2002) la quale ha identificato la presenza di 3 fattori principali tanto nel campione clinico e

che in quello “normale”. Essi sono stati distinti nel fattore “problemi”, che somma al suo interno le scale dei sintomi, del benessere soggettivo e del funzionamento sociale; nel fattore “rischi”, costituita esclusivamente dalla scala dei rischi auto- o etero-lesivi; e nel fattore “formulazione positiva”, cioè la costruzione in termini positivi degli item (Jake Lyne et al., 2006).

In conclusione si può affermare che il questionario ha mostrato di avere buone qualità psicometriche e si è rivelato uno strumento estremamente utile alla comparazione delle caratteristiche dell'utenza e degli esiti tra i diversi servizi psicologici. Come riportato da Michielin (Michielin et al., 2008), nel corso del tempo, da quando è stato proposto al pubblico, è stato raccolto un database di tredicimila casi con valutazioni pre- e post-trattamento. Come si accennava precedentemente, Palmieri et al. (2008) hanno recentemente pubblicato una versione italiana dello strumento che ha mostrato di possedere caratteristiche molto simili all'originale britannico, sebbene siano state evidenziate leggere differenze nei cut-off delle scale rispetto alla versione inglese. Tali discrepanze si può supporre che siano connesse ai differenti fattori culturali che modellano il vissuto e, conseguentemente, le risposte dei soggetti britannici e italiani.

### **CBA-VE**

Il secondo questionario, il Cognitive Behavioral Assessment – Valutazione Esiti (CBA-VE). Esso fa parte della famiglia delle prove del CBA. È stato sviluppato da Michielin e colleghi dell'Università di Padova. Riprende i contenuti e alcuni degli elementi del CBA-Forma Giovani, in particolare quelli relativi allo stato di patologia o di benessere, alle informazioni prospettive sul rischio di disagio, al disadattamento, agli incidenti e alla malattia. Il test è formato da 80 affermazioni ripartite in 5 aree: quelli relativi all'ansia con 14 item; al benessere con 15 item; alla percezione di cambiamento positivo, di poter affrontare le difficoltà e di ricevere sostegno dagli altri con 11 item; alla

depressione con 19 item; al disagio psicologico, ai sintomi di disturbo grave e allo scarso controllo degli impulsi con 21 item.

Il questionario è costruito in modo tale che un punteggio alto in un'area indichi una marcata intensità dello specifico costruito.

Gli autori ritengono che, rispetto al CORE-OM, il CBA-VE offra una valutazione più dettagliata del benessere psicologico, poiché ha 15 rispetto alle sole 4 affermazioni del test concorrente, dia una valutazione differenziata tra sintomatologia ansiosa e depressiva, ed infine sia possibile ricavare un maggior numero di informazioni dall'analisi qualitativa del protocollo.

La validazione del questionario è stata svolta su due gruppi: un campione di soggetti “normali” (n=301) ed uno di soggetti “clinici” (n=261); questi ultimi erano dei pazienti afferenti a diversi servizi psicologici pubblici e privati della provincia di Treviso.

Le analisi statistiche eseguite per stabilire la solidità dello strumento di misura hanno mostrato che l'affidabilità interna degli item è soddisfacente nei due gruppi per ciascuna scala (di Cronbach compresa tra .74 e .91); inoltre è stato possibile ricavare le norme dal campione clinico da cui estrarre i punti z.

Anche la validità convergente con altri test appare adeguata e nelle direzioni ipotizzate per un campione di n=50 pazienti a cui erano state somministrate le misurazioni nelle prime sedute di trattamento: il questionario D del CBA correlava con la scala della “Depressione”, gli STAI-Y1 e STAI-Y2 con la scala dell'“Ansia”, ed infine il Questionario del benessere di Ryff con le scale relative al “Cambiamento” e al “Benessere”.

Le correlazioni test-retest, per quanto riguarda la stabilità nel tempo, si sono mostrate alte e significative (comprese tra .71 e .79) nei pazienti (n=40) a cui era stato fatto compilare il CBA-VE sia al contatto per l'appuntamento che alla prima seduta con un intervallo medio di 33 giorni di attesa tra i due momenti.

Lo strumento appare sensibile al cambiamento dopo la terapia nelle direzioni ipotizzate: si os-

serva, dunque, una diminuzione dei valori nelle scale dei sintomi e del disagio (“Ansia”, “Depressione”, “Disagio”) ed un aumento del punteggio nelle scale del “Benessere” e della “Percezione di cambiamento positivo”, con effect size alti e significativi. Inoltre, l’analisi confermativa svolta ha mostrato che il modello teorico a 5 fattori indipendenti può essere ritenuto valido. Infine appare discriminare efficacemente tra il gruppo “clinico” e quello “normale” poiché le analisi multivariate mostrano significative differenze tra loro, e, coerentemente con le aspettative, il primo ha valori significativamente superiori nelle scale dell’“Ansia”, della “Depressione” e del “Disagio psicologico”, e, contemporaneamente, significativamente inferiori nelle aree del “Benessere” e della “Percezione di cambiamento”.

In conclusione si può affermare che il questionario, complessivamente, sembra avere delle buone proprietà psicometriche per quanto riguarda sia la validità che l’affidabilità che la stabilità nel tempo. È in grado di individuare il cambiamento avvenuto in conseguenza di un trattamento psicologico, e il numero maggiore di item rispetto al CORE-OM permette l’approfondimento di alcune aree cliniche di interesse cruciale per la prassi terapeutica. Nonostante ciò l’analisi dettagliata di tutte le caratteristiche è ancora in corso, sebbene lo strumento sia reso disponibile dagli Autori.

## CONCLUSIONI

Confrontando fra loro i due test presentati si può sostenere che siano stati ideati per misurare alcuni costrutti centrali nella pratica clinica: il livello dei sintomi, ed in particolare i segnali dell’ansia e della depressione; la percezione soggettiva di benessere psicologico; il funzionamento personale nelle relazioni sociali; ed infine il rischio di far male a sé o ad altri.

Tali strumenti di misura psichica possono essere utili al terapeuta per tenere costantemente monitorato l’andamento della terapia anche facendo compilare ripetutamente i questionari.

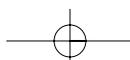
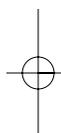
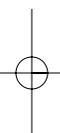
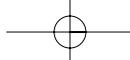
Tanto il CORE-OM quanto il CBA-VE sono stati ap-

plicati a gruppi di persone adulte afferenti ai servizi di psicologia per una presa in carico personale, e, al momento, non sono state riportate evidenze sul fatto che possano essere utilmente impiegati anche con altre popolazioni come, ad esempio, pazienti ospedalizzati, caregiver, bambini o adolescenti, sebbene nel campione per la validazione del questionario italiano del CORE-OM siano stati ammessi anche soggetti di 17 anni.

Inoltre, come accennato all’inizio, i due strumenti permettono di valutare l’efficacia dei percorsi di cura in atto proposti all’interno dei Servizi Sanitari, così da migliorare quelli già esistenti oppure idearne di nuovi. Ma anche consentono un utile bench-marking tra i diversi servizi tanto da evidenziare le eccellenze e migliorare la conoscenza e la consapevolezza degli operatori sui fattori sottostanti il processo di guarigione nelle varie realtà territoriali.

## Bibliografia

- BARKHAM M., MARGISON F., LEACH C., LUCKOCK M., MELLOR-CLARK J., EVANS C., BENSON L., CONNELL J., AUDIN K., MCGRATH G. (2001).  
*Service profiling and outcomes benchmarking using the CORE-OM: toward practice-based evidence in the psychological therapies.*  
Journal of Consulting and Clinical Psychology, 2001, 2 (2), 184-196.
- EVANS C., MELLOR-CLARK J., MARGISON F., BARKHAM M., AUDIN K., CONNELL J., MCGRATH G. (2000).  
*CORE: Clinical Outcome in Routine Evaluation.*  
Journal of Mental Health, 9 (3), 247-255.
- EVANS C., CONNELL J., BARKHAM M., MARGISON F., MCGRATH G., MELLOR-CLARK J., AUDIN K. (2002).  
*Towards a standardised brief outcome measure: psychometric properties and utility of the CORE-OM.*  
The British Journal of Psychiatry, 180: 51-60
- FAVA E., PAZZI E., ARDUINI L., MASSERINI C., LAMMOGLIA M., LANDRA S., PAZZAGLIA P., CARTA I. (1998).  
*Gli effetti delle psicoterapie: uno studio sulla percezione che i pazienti hanno dei risultati dei loro trattamenti.*  
Ricerca in Psicoterapia, 1 (3), 324-343.
- FRENI S., AZZONE P., BARTOCCHETTI L., VERGA M.C., VIGONO D. (2000).  
*L'esigenza di protocolli clinici adeguati a documentare i processi e gli esiti dei trattamenti psicoterapeutici in un servizio di psicoterapia istituzionale. Risultati preliminari di un'esperienza.*  
Ricerca in Psicoterapia, 3 (1), 90-116.
- FROYD J.E., LAMBERT M.J., FROYD J.D. (1996).  
*A Review of practices of psychotherapy outcome measurement.*  
Journal of Mental Health, 5, 11-15.
- JAKE LYNE K., BARRETT P., EVANS C., BARKHAM M. (2006).  
*Dimensions of variations on the CORE-OM.*  
British Journal of Clinical Psychology, 45, 185-203.
- MICHIELIN P., VIDOTTO G., ALTOÈ G., COLOMBARI M., SARTORI L., BERTOLOTTI G., SANAVIO E., ZOTTI A.M. (2008).  
*Proposta di un nuovo strumento per la verifica dell'efficacia nella pratica dei trattamenti psicologici e psicoterapeutici.*  
Giornale Italiano di Medicina del Lavoro ed Ergonomia, 30 (1), A98-A104.
- PALMIERI G., EVANS C., HANSEN V., BRANCALEONI G., FERRARI S., PORCELLI P., REITANO F., RIGATELLI M. (2008).  
*Inviato per la pubblicazione sul British Journal of Psychiatry.*  
Seligman M.E.P. (1995). The Effectiveness of Psychotherapy. American Psychologist, 50 (12), 96-974.
- STAINES G. L. (2008).  
*The relative efficacy of psychotherapy: reassessing the methods-based paradigm.*  
Review of General Psychology, vol. 12 (4), 330-343.
- TRABUCCO G. (2001).  
*L'intervento psicologico nell'Ospedale.*  
www.sipsot.it
- WAMPOLD B. E., (2001).  
*The greatpsychotherapy debate: Model, methods, and findings.*  
Mahwah, NJ: Erlbaum.



## *La Promozione del Benessere Organizzativo e Assistenziale come Indicatore di Successo nei Percorsi di Cura*

*Maria Gemma Pompei,  
Psicologa Psicoterapeuta,  
Direttore U.O. n°1 di Psicologia,  
Coordinatore DSM A.P.S.S. - Trento  
Docente Università Cattolica di Milano*

### **LA VALUTAZIONE DEGLI ESITI NELLE UNITÀ OPERATIVE DI PSICOLOGIA**

Ciascun intervento sanitario, a qualunque livello sia espresso, può essere valutato in se stesso, scisso dal più generale processo di cura.

Ma l'apprezzamento di un processo di cura, nella globalità dei suoi effetti, implica molto più che i semplici indici grezzi di esito.

Un esempio storico può illuminare realisticamente l'orizzonte del nostro discorso.

Il ricovero del bambino negli ospedali italiani fino al 1980, negli anni immediatamente successivi ed oggi : il processo di cura con la presenza dei genitori accanto al bambino durante la degenza, divenne più spedito, eliminò gli effetti collaterali iatrogeni, acuti e a lungo termine, legati alla separazione genitore/bambino e migliorò il clima organizzativo, liberando sanitari e pazienti del dolore inflitto intersoggettivamente dall'angoscia depressiva e dalle sue sequenze.

La cura della malattia, basata su criteri scientifici di evidenza, non è imparziale nell'introdurre le buone prassi. Gli esiti della separazione dalla madre erano noti fin dagli studi di R.Spitz, pediatra e psicoanalista; le evidenze degli esiti furono replicate negli studi sistematici dei Robertson nel Regno Unito. Quelle conoscenze, oggi arricchite da numerosi riscontri, non furono allora considerate informazioni ineludibili : i regolamenti ospedalieri italiani

vietavano la presenza del genitore accanto al figlio ricoverato per motivi di "igiene". Fu necessario un impegno divulgativo preciso e un movimento "popolare" di genitori per modificare l'organizzazione delle cure. Non l'evidenza ma la rivendicazione dell'evidenza obbligò le autorità politiche al cambiamento dei Regolamenti che governavano gli accessi all'assistenza ospedaliera.

La consapevolezza dello scarto tra evidenze scientifiche e pratica clinica richiede di ridurre lo iato e osservare complessivamente, cioè nella sua complessità, i criteri qualitativi dell'assistenza che, non più esauribili nel rilevamento di misure grezze degli esiti e dell'efficienza, si estendono ad inglobare gli strumenti di governo clinico e le variabili umane e soggettive che connotano la qualità del vivere.

Non c'è un modo semplice per affrontare le situazioni complesse : la valutazione della qualità dell'assistenza è una questione che attiene alla promozione del benessere degli assistiti e degli assistenti ed ha bisogno di concettualizzare in una rappresentazione unitaria, gli indicatori di misura degli esiti e la qualità dei percorsi assistenziali.

Su questa linea, gli indici di esito non sono preferiti agli indicatori di processo perché questi potenziano quelli e sono in grado di prevederli. Occorre quindi, preliminarmente, avere standard di riferimento sulle caratteristiche delle strutture in cui viene erogata l'assistenza, sull'unitarietà dei percorsi assistenziali, sulle variabili peculiari dei diversi setting, sulle competenze professionali necessarie in determinati ambiti : all'interno di tutto ciò può essere valutata l'appropriatezza e "il proprio" delle cure in un percorso di cura.

### **Qual è il "proprio" del lavoro psicologico in Ospedale?**

L'intimità psicologica è, nel corpo, esposto dalla malattia, l'estraneità negata.

Ma la Psicologia, se è permesso il gioco di

parole, con-viene in Ospedale sul senso del curare con-veniente e dunque sui processi di cura che con-vengono nell'unitarietà del percorso assistenziale.

La valutazione degli esiti assistenziali non può eludere la concettualizzazione del "con-venire conveniente" che ha, nel com-promesso (promettere insieme), il suo spazio rappresentazionale ed il suo spazio prossimale di sviluppo.

La qualità dell'assistenza non è garantita da una particolare operazione ma è, obbligatoriamente, coniugata a strutture d'interazione multipla.

La unitarietà dei percorsi assistenziali, è elaborata, a partire dalla centralità del paziente, nel confronto tecnico-operativo sulle partnership, sulle procedure, sui modi e linee di collaborazione, sulle caratteristiche precipue delle diverse strutture sanitarie e sociali... alla ricerca di un progetto di ampio respiro, unisono e polifonico.

L'intercettazione dei bisogni congruenti, eppur provenienti da dimensioni diverse, richiede di uscire da una logica prestazionale e consulenziale, per seguire un comune obiettivo, in un'ottica di condivisione culturale, nel senso letterale di con-venire, da divisioni di servizi, gerarchie, organizzazioni, mission, professioni e pratiche diverse, su scopi e metodologie di lavoro basate su una condivisione di evidenze scientifiche e di rispetto della Persona.

Questa convenienza sostiene il benessere del paziente, dell'organizzazione, delle equipe curanti che se, bene-stanti possono attingere al proprio benessere per arricchire delle migliori qualità, le cure offerte.

Una condizione di burn out a livello personale e dei gruppi di lavoro, produce sofferenza umana e inadeguatezza di risposte professionali, e di conseguenza eventi critici sul piano dell'assistenza.

La prevenzione dell'insoddisfazione sul lavoro passa attraverso la prevenzione della de-personalizzazione professionale.

Sul fronte dell'organizzazione, come ben descrisse Mara Palazzoni Selvini, all'epoca dei primi passi della Psicologia oltre i confini tradizionalmente segnati, occorre supporto sociale, chiarezza dei ruoli, riduzione degli eccessi burocratici, realizzazione professionale.

La perdita di efficacia e competenza nella relazione col paziente e con l'utente (anche istituzionale) è spesso l'esito finale del malessere organizzativo e della scarsa avvedutezza del governo clinico.

L'ideologia, che sottrae le proprie istanze all'obbligo di evidenze, è la forma preferita dalle militanze claustrofiliche, per enfatizzare i limiti, gerarchizzare i riti, le procedure, i tempi... e far apparire le collaborazioni (lavorare insieme) come graziosi "permessi di soggiorno".

Questo modello è stato ben descritto da D.Buzzati in alcune surreali narrazioni.

Ricordo solo il racconto "I sette Piani" e il poemetto in versi "Il Capitano Pic ed altre poesie"

Al contrario di quanto lì viene narrato, l'organizzazione bene-stante si occupa del suo buon funzionamento, prevedendo i rischi di salute del lavoratore nella messa a norma dei criteri di sicurezza fisica, psichica e sociale con attenzione alle aspettative, alle esigenze ed all'evoluzione dei bisogni del singolo e dei gruppi di lavoro.

I lavoratori devono essere informati e consapevoli del valore che il benessere organizzativo aggiunge alla qualità dell'assistenza e devono conoscere l'incidenza delle loro azioni nel più grande flusso organizzativo. L'ecologia insegna ad agire localmente pensando globalmente.

Un esempio che si ricollega a quello proposto all'inizio del discorso può illuminare di nuovo la concretezza e complessità del tema. La tutela e il sostegno ai processi di sviluppo del bambino nella sua famiglia, è un grande obiettivo della Salute Pubblica che si declina

in diversi progetti, servizi, istituzioni e, in assenza di una legge quadro sulla Tutela della Salute Mentale in Età Evolutiva, rischia più di altri, frammentazioni di obiettivi e di risorse.

Organizzare un sistema supportivo della continuità delle cure offerte al bambino, all'adolescente ed alla sua famiglia è impresa inesauroibile ma non ineffabile.

Costruire continuità è un impegno culturale, sociale, istituzionali e professionale a diversi livelli che convergono a diverse distanze temporali.

Ciò è inevitabile quando si lavora in età di sviluppo, con micro processi e macro aree, nel tempo che non attende e che, quando anche è passato avendo perso occasioni, continua a vivere nelle trame transgenerazionali della famiglia e della collettività divenendo futuro sociale, culturale, economico.

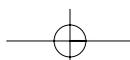
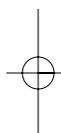
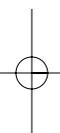
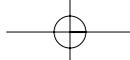
## *Conclusioni*

Il benessere organizzativo è l'espressione del modo in cui una persona vive la relazione con l'organizzazione in cui lavora e/o in cui è assistito. E' il volto dell'istituzione.

Per questo, la valutazione dei rischi legati all'organizzazione è un obiettivo salute correlato.

Il benessere organizzativo va oltre gli aspetti strutturali del lavoro, si interessa al clima lavorativo e collaborativo che regola lo stile di convivenza tra operatori e pazienti.

Occorre quindi aumentare la consapevolezza sulla necessità di percepire il clima organizzativo da parte degli operatori e dei pazienti, sviluppare un pensiero critico sugli strumenti di valutazione e immaginare le strategie di cambiamento organizzativo.



## *La valutazione dell'intervento supportivo al paziente oncologico e al suo caregiver*

*Emanuela Saita  
Psicologa Psicoterapeuta,  
Docente Università Cattolica di Milano*

*” Un tale mi venne a domandare:  
quante fragole crescono in mare?  
Io gli ho risposto di mia testa:  
quante sardine nella foresta.  
(Gianni Rodari,  
Filastrocche in cielo e in terra)*

### **1. Di cosa stiamo parlando?**

Nel nostro agire quotidiano siamo continuamente chiamati a interrogarci sulle ragioni che sottostanno all'operato nostro o altrui, nonché sulle conseguenze che tali atti comportano; valutare è, pertanto, una pratica naturale dell'agire umano, benché il più delle volte essa venga esercitata in un modo ingenuo, estraneo ad una metodologia “scientifica”.

Gli ambiti professionali non sono certo affrancati dall'esposizione a un giudizio, ma anche in questi settori l'attività di valutazione, ancor quando perseguita, procede spesso lungo percorsi spontanei ed originali, anziché essere sistematica e rigorosa. Indispensabile premessa a una riflessione sulla valutazione è tuttavia una considerazione sulla “domanda”; in altre parole: cosa è chiesto di valutare? Su quali aspetti deve focalizzarsi la valutazione concernente il lavoro psicologico?

Tale questione ha una duplice valenza.

Innanzitutto pratica. L'attività di valutazione può essere considerata il pronunciamento di un giudizio di valore, ma che cosa e come valutare? Forse è stato spesso chiesto agli psicologi di effettuare valutazioni con modalità simili a quelle narrate nella filastrocca di Gianni Rodari, domande che avrebbero meritato analoghe risposte. La valenza

pratica del modo in cui sono poste le questioni rimanda così alla logica epistemologica adottata: quale paradigma –o visione del mondo- si predilige? Ma soprattutto, quale livello di responsabilità si assume? Proprio perché valutare richiede il pronunciamento di un giudizio di valore, è dunque necessario essere consapevoli dei modelli di riferimento assunti, nonché delle possibili implicazioni comportate da tali modelli. Dunque quest'ultimo quesito rimanda all'assunzione di un impegno da parte del ricercatore nei confronti dell'altro/oggetto di ricerca (Cigoli, 2002); è il riconoscimento delle criticità e del valore del proprio lavoro. La riflessione si trasferisce quindi su un piano essenzialmente metodologico: definizione di obiettivi, scelta di variabili da controllare e di strumenti da utilizzare.

E' possibile effettuare valutazioni a partire da differenti approcci. Occorre, infatti, distinguere tra una *valutazione formativa* (o di processo) e una *valutazione sommativa* (o dei risultati), inoltre non è attendibile una ponderazione incurante del contesto in cui sono collocati sia la valutazione sia l'oggetto da valutare. Ma procediamo con ordine. La letteratura propone una distinzione tra tipologie di valutazione la quale rimanda, sostanzialmente, a una classificazione composta da quattro basilari tipologie di interventi valutativi.

Partiamo dalle considerazioni concernenti la gestione di casi singoli o di target omogenei: affinché la valutazione sia possibile è essenziale la selezione di un comportamento (o una classe di comportamenti) da osservare, quindi la scelta di uno strumento/unità di misura che consenta di rilevare la frequenza del comportamento e di confrontarla nelle differenti fasi (ad esempio prima, durante, dopo un intervento).

Diversa è la valutazione di un “programma” (considerabile come un insieme di attività pianificate e destinate a produrre servizi): non è, infatti, sufficiente la scelta di indicatori, ma è necessaria anche una loro coerenza con il “pensiero” che sta dietro il programma considerato nella sua globa-

lità, cioè con il paradigma entro il quale si opera, la visione che determina l'agire. Diversamente si corre il rischio di cercare fragole nel mare.

Di conseguenza, se deve essere compiuta una valutazione "a grappolo" che riguarda i risultati di un gruppo di programmi è imprescindibile considerare l'affinità dei paradigmi sottostanti ciascun programma, poiché la dissomiglianza esclude la possibilità di utilizzare un criterio univoco.

Infine la valutazione di una programmazione implica un giudizio sull'efficacia di scelte "strategiche", fatte a livello macro e che tenga conto delle dinamiche, dei molteplici intrecci, che caratterizzano i livelli in questione.

Questa sintetica esposizione, che si riferisce alle differenti tipologie di interventi valutativi, dà immediata evidenza della complessità implicita in compiti di questo genere.

E' doveroso ricordare come un accurato approccio metodologico non possa ridurre la valutazione esclusivamente a misure di esito.

Quali sono le componenti critiche del programma avviato? Come influenzano i risultati, cioè quali aspetti del programma facilitano e quali ostacolano il raggiungimento dell'obiettivo? Si tratta di questioni fondamentali poiché pongono l'attenzione sul processo, perché tra un *pre* e un *post* vi è l'*itinere* e solo un costante monitoraggio consente di cogliere l'inatteso, di gestire la problematicità e di valorizzare un'opportunità.

E' proprio l'imprevedibilità che distingue la ricerca-intervento in ambito clinico dalla ricerca attuata in condizioni controllate entro un laboratorio.

Sebbene questa riflessione preliminare meriti ben altro spazio, ci sembra possa offrire utili suggerimenti per quanti si cimentano nei processi valutativi.

Costituisce inoltre un necessario preambolo per la sintetica esemplificazione che seguirà: si tratta dei risultati concernenti l'analisi preliminare di un intervento supportivo rivolto a gruppi composti da pazienti oncologici e ai loro caregiver (Saita, Cigoli, Margola, 2009).

## 2. Il legame cruciale nella malattia oncologica

E' ben noto come la malattia oncologica sia caratterizzata da una "sofferenza totale" perché non colpisce solo aspetti fisici, ma penetra l'anima e satura anche le dinamiche relazionali. In ragione di ciò negli ultimi anni sono andati moltiplicandosi gli interventi supportivi di gruppo rivolti ai pazienti oncologici o ai loro caregiver. Il dibattito scientifico relativo all'efficacia di tali interventi è appassionato e vede contrapporsi pareri discordanti. Abbiamo cercato di tenerne conto nel costruire la cornice di senso del nostro progetto.

Ad oggi sono numerosi gli studi che si focalizzano sulla dimensione individuale ed iniziano ad assumere una certa consistenza quelli sulla coppia, scarsa importanza è stata sino ad ora attribuita alla dimensione della molteplicità relazionale, cioè all'interazione paziente, caregiver ed eventuali altre figure di supporto (oltre al medico, gli infermieri, lo psicologo, altri pazienti, l'assistente spirituale, ecc.). Questo nonostante da tempo le tematiche inerenti la salute facciano riferimento al *paradigma biopsicosociale*, chiaramente orientato in senso relazionale e basato sul principio della complessità.

Ci siamo pertanto posti un obiettivo scientifico-operativo, intervenendo in situazioni di malattia grave, qual è la patologia oncologica, sia in termini di assessment individuale e di coppia (mediante la valutazione dell'adattamento individuale alla malattia e delle modalità di legame con i caregiver) sia in termini di intervento, realizzando un *gruppo clinico* di supporto per alcuni pazienti e per i caregiver da loro scelti.

Negli ultimi decenni in ambito psico-oncologico si è andata sviluppando un'ampia gamma di tipologie d'intervento basato sul gruppo, riconducibili sostanzialmente a quattro orientamenti:

- gruppi psicoeducazionali e d'informazione; è una tipologia d'intervento spesso strutturata come workshop con un breve ciclo di lezioni in cui sono fornite e condivise delle informazioni relative alla malattia e alle terapie ad essa connesse; l'aspetto interattivo è estremamente limitato ed il target è

costituito da pazienti con diagnosi recente;

- gruppi con un focus cognitivo e orientati al coping; le finalità esplicite di questa tipologia di interventi consistono nell'accrescere la consapevolezza emotiva dei partecipanti, nel migliorare o apprendere strategie di coping attivo; per tali ragioni i gruppi svolgono un lavoro strutturato e vengono condotti con stile interattivo, con alternanza di momenti didattici, discussioni, esercizi "dal vivo";
- gruppi ad orientamento esistenziale; è un intervento focalizzato sulle inquietudini profonde che accompagnano la malattia oncologica, come il senso di solitudine o l'angoscia connessa all'incertezza del futuro e all'idea di morte. Sono prevalentemente rivolti a pazienti in fase di malattia avanzata e con diagnosi di terminalità;
- gruppi supportivo-espressivi; è una tipologia di intervento che favorisce l'aperta espressione delle emozioni che, non più repressi, trovano un contesto e delle parole per essere espresse. E' data così la possibilità alle persone malate di condividere le emozioni legate alla malattia favorendo la creazione dei legami tra i pazienti. Rientra tra gli obiettivi fondamentali di questo intervento la realizzazione di una rete di supporto al malato oncologico mediante il gruppo stesso. Spesso integrati agli interventi ad orientamento esistenziale, essi si rivolgono a pazienti in fase di malattia avanzata.

L'intervento clinico con il gruppo al quale facciamo riferimento s'ispira al modello "relazionale-simbolico" (Scabini e Cigoli, 2000; Cigoli, 2006; Cigoli e Scabini, 2006) e lo integra con aspetti del modello psico-educazionale (Fawzy e Fawzy, 1998; Kayser, 2005). Esso prevede otto incontri indirizzati a persone con diagnosi di patologia oncologica e ai loro caregiver, gli incontri sono condotti da psicologi esperti sia rispetto ai temi della malattia, sia rispetto alla conduzione del gruppo. Ciascun incontro verte su uno specifico tema e prevede un lavoro da parte della diade paziente-caregiver e successivamente la condivisione in gruppo. Per poter "osservare" con accuratezza le dinamiche che hanno avuto luogo nel gruppo, tutti

gli incontri sono stati videoregistrati e integralmente sbobinati, quindi analizzati con il software di analisi testuale T-LAB (Lancia, 2004).

Presentiamo sinteticamente i risultati riguardanti la fase iniziale di una verifica di processo che riguarda tre cicli di incontri, due cicli sono stati realizzati presso l'Ospedale "E. Bassini" di Cinisello Balsamo, uno presso il Day Hospital Oncologico del presidio ospedaliero di Casalpusterlengo. Nel complesso i dati riguardano ventidue soggetti: a due gruppi hanno, infatti, partecipato otto soggetti (quattro pazienti e quattro caregiver in ciascun ciclo di incontri), mentre in un gruppo hanno preso parte sei soggetti (tre pazienti e tre caregiver).

Una prima analisi dei dati (analisi delle corrispondenze) ha consentito di ridurre le dimensioni entro le quali i dati possono essere rappresentati attraverso la creazione di nuove variabili (i fattori) che, in modo statisticamente significativo, spiegano la variabilità dei dati. In altre parole è possibile sottolineare similarità e differenze all'interno degli universi discorsivi degli incontri, considerando gli otto incontri nel loro susseguirsi, indipendentemente dal contesto in cui essi sono stati realizzati. Si va così delineando un'organizzazione degli universi discorsivi di ciascun incontro nello spazio fattoriale: alcuni incontri risultano molto polarizzati, mentre altri risultano assai più convergenti.

La percentuale di varianza spiegata da ciascun fattore consente di considerare solo i primi due (che globalmente spiegano oltre il 50% della varianza); il primo fattore coincide per convenzione con l'asse delle ascisse e spiega il 29.5% della varianza, il secondo fattore coincide invece con l'asse delle ordinate e spiega il 20.8% della varianza. Sia pur nei differenti itinerari che ciascun percorso di gruppo ha intrapreso le tematiche riguardanti la malattia (affrontate nell'incontro 2) e quelle relative alle relazioni familiari (affrontate nell'incontro 4) appaiono peculiari e assai diverse da quelle degli altri incontri (i cambiamenti conseguenti la malattia, le fonti di care-giving, l'immagine corpo-

rea, ecc.), poiché sono gli incontri maggiormente polarizzati rispetto all'asse delle ordinate, in contrapposizione alle tematiche affrontate nell'incontro 7 (la dimensione della spiritualità), anch'esse caratterizzate da una forte specificità; gli incontri 2 e 4, tuttavia, non possono essere considerati somiglianti tra loro, poiché polarizzati in senso opposto rispetto all'asse delle ascisse.

In sostanza tali dati sembrano dirci come le informazioni sulla malattia, i legami familiari e la dimensione trascendente costituiscano dei "confini" che delimitano l'esperienza con il cancro.

E' stata successivamente effettuata un'analisi che consente di sintetizzare gli universi discorsivi in cluster. Ogni cluster si distingue dall'altro per il massimo grado di somiglianza e omogeneità interna e massima differenza esterna, in tal modo ciascun cluster individua un contesto di riferimento condiviso da parole, indipendentemente dai loro specifici significati, ed è descritto mediante le frasi (contesti elementari) e i lemmi che più lo caratterizzano. L'analisi effettuata sui discorsi che hanno avuto luogo negli incontri, globalmente presi, ha consentito di individuare quattro cluster: il primo cluster è caratterizzato da una elevata presenza di verbi (pensare, vivere, parlare, diventare, ecc) e sembra riconducibile ad un "atteggiamento attivo", combattivo nei confronti della malattia; gli altri tre cluster sono riconducibili ai 3 differenti ruoli presenti nel contesto: il caregiver, il paziente, il conduttore. In altre parole ciascun cluster raggruppa uno "stile": la lotta alla malattia, condivisa dai differenti attori, lo stile dei pazienti nel loro insieme (ad esempio un'analisi più dettagliata dei loro discorsi "tipici" rivela lo stupore che la diagnosi produce), lo stile dei caregiver (che, ad esempio, esprimono preoccupazione e rabbia per la malattia del congiunto), quello dei conduttori (i cui discorsi sono più focalizzati sul futuro e sulla necessità di esprimere i propri sentimenti). Si evidenziano dunque differenti registri di discorso in ciascun cluster, che sottolineano la complementarità dei ruoli (paziente, caregiver e conduttore clinico) entro il sistema di cura.

Un ulteriore approfondimento entro la tipologia di testi e contesti ha identificato i quattro cluster come nuove variabili indipendenti offrendo poi una panoramica di

come i diversi cluster sono presenti in ciascuno degli otto incontri.

Da tale rappresentazione si evince come l'intervento supportivo nella sua globalità e in ciascun incontro specificatamente considerato presenti un "bilanciamento" di posizioni seppur tra le tre figure considerate (paziente – cluster 4-, caregiver – cluster 2- e conduttore – cluster 3) sia sempre il paziente ad aver maggior spazio di parola, soprattutto nel quarto e nel quinto incontro, in cui il focus è sulle tematiche familiari (nello specifico sono trattati i legami nell'incontro 4 e le risorse, le fonti di energia nell'incontro 5). Questo dato sembra sottolineare la pregnanza delle tematiche relazionali per i pazienti. Inoltre è possibile evidenziare come lo "stile combattivo" caratterizzi soprattutto i primi incontri e parzialmente si ridimensioni via via che il percorso prosegue, come se la necessità di contrapporsi alla malattia fosse affiancata da un atteggiamento più indulgente nei confronti di ciò che il destino ha riservato.

### 3. Considerazioni conclusive

La verifica di processo condotta e operativamente tradotta nell'analisi degli universi discorsivi e nel confronto tra le tematiche specifiche di ciascuna seduta di gruppo, ha innanzitutto evidenziato la bontà del modello teorico assunto a fondamento dell'intervento: il paradigma biopsicosociale, che esprime una modalità di concepire i temi della salute e della malattia favorendo il dialogo e il confronto tra differenti discipline e linguaggi. L'analisi delle corrispondenze ha evidenziato come qualsiasi intervento supportivo rivolto a coloro che "vivono" la malattia oncologica debba dar conto di questioni riguardanti la dimensione bio, fortemente connessa ai temi della malattia, ma anche di questioni psico, cioè aspetti riferiti al soggetto come capace di riflessione e di presa di decisione, e – infine di aspetti socio, i legami familiari e il contesto culturale di appartenenza.

Inoltre è stato possibile dare risalto alla "evoluzione" dei contenuti e delle modalità di discussione tra i primi incontri e gli ultimi: nel susseguirsi degli incontri la centratura su di sé (la malattia, le terapie, le paure ad esse connesse, la preoccupazione, ecc.) e sulla pro-

pria vita quotidiana lascia il posto alla progettualità e alle proiezioni nel futuro. E' come se le forme discorsive utilizzate si modificassero con il tempo: da prevalentemente centrate sulla malattia, divengono più riflessive e a volte generano valutazioni utili per sé e per gli altri, maggiormente finalizzate alla conoscenza reciproca e al dare e ricevere supporto.

Occorre tuttavia ricordare come la ricerca clinica contenga in sé una tensione conoscitiva che non può essere ridotta alla sola ricerca sperimentale. Ci piace quindi concludere con le parole di una paziente che ha partecipato all'intervento di gruppo e che in que-

st'affermazione ha sintetizzato l'esperienza fatta: "tutto quello che abbiamo sentito e ascoltato ci ha portato... una risorsa, insomma una cosa che ci mette dentro del buono... di non pensare alle cose peggiori, che può cambiare in meglio". Le sue parole, che si aggiungono alle più oggettive valutazioni statistiche, costituiscono un incoraggiamento alla prosecuzione di questa esperienza, perché è come se, all'interno del gruppo, si originasse la fonte di un nuovo vigore per i pazienti, per i caregiver e per il legame.

## Bibliografia

CIGOLI V. (2002).

*Lo spirito della relazione e la provocazione della malattia. In: Cigoli V., Mariotti M. (eds.), Il medico, la famiglia e la comunità. L'approccio biopsicosociale alla salute e alla malattia.* F. Angeli, Milano.

CIGOLI V. (2006).

*L'albero della discendenza. Clinica dei corpi familiari.* F. Angeli, Milano.

CIGOLI V., SCABINI E. (2006).

*Family Identity. Ties, Symbols and Transitions.* Lawrence Erlbaum Associates, Mahwah.

FAWZY F.I., FAWZY N.W. (1998).

*"Group Therapy in the Cancer Setting".* Journal of Psychosomatic Research, 45, pp.191-200.

KAYSER K. (2005),

Enhancing dyadic coping during a time of crisis: A theory-based intervention with breast cancer patients and their partner.

In: Revenson T.A., Kayser K., Bodenmann G. (eds), *Couples coping with stress. Emerging Perspectives on dyadic coping.*

American Psychological Association, Washington DC.

LANCIA F. (2004).

*Strumenti per l'analisi dei testi. Introduzione all'uso di T-LAB.* F. Angeli, Milano.

RODARI G. (1960).

*Filastrocche in cielo e in terra.* Einaudi, Torino.

SAITA E., CIGOLI V., MARGOLA D. (2009).

L'intervento con il gruppo: una metodologia innovativa di cura. In: Saita E. (a cura di), *Psico-oncologia: una prospettiva relazionale.* UNICOPLI, Milano.

SALZMANN P., KERLIKOWSKA K., PHILLIPS K. (1997).

*"Relative benefit of mammography reduces with age".* Evidence-based Healthcare, 6, 4, pp. 156-157

SCABINI E., CIGOLI V. (2000).

*Il familiare.* R. Cortina, Milano.

## *Valutazione sperimentale dell'intervento psicologico con pazienti cardiopatici in riabilitazione*

*A. Merra\*, U. Mazza\*, S. Giacomelli\*, R. Salerno\*, M.G. Strepparava\*\*, G. Rezzonico\*\*\**

*\* U.O. Psicologia dell'Età Adulta, Dipartimento di Salute Mentale A.O. San Gerardo de' Tintori, Monza*

*\*\* Associato di Psicologia Clinica, Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università degli Studi Milano-Bicocca*

*\*\*\* Ordinario di Psicologia Clinica, Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università degli Studi Milano-Bicocca*

In letteratura, viene evidenziato come sovente i pazienti cardiopatici avviati ad un percorso riabilitativo, pur ricevendo un programma educativo ben strutturato e caratterizzato dalla focalizzazione sulle strategie per la correzione dei fattori di rischio, tendano a ridurre progressivamente la loro "compliance" alle prescrizioni, sia in termini di aderenza al regime terapeutico sia al mantenimento dei livelli di prevenzione secondaria. Infatti, viene stimato che, a dodici mesi dal termine del periodo di riabilitazione, la percentuale di coloro che mantengono un corretto stile di vita sul lungo periodo sia compreso soltanto tra il 30-50 %.

Inoltre, la pratica clinica mette in evidenza la difficoltà di adattamento del paziente alla "nuova condizione", nonostante il rientro nei parametri fisiologici.

Appare pertanto rilevante sviluppare interventi riabilitativi che favoriscano il mantenimento di un corretto stile di vita a lungo termine, valutando l'efficacia dell'intervento stesso.

La collaborazione tra le UU.OO. di Riabilitazione Cardiologica e di Psicologia dell'Età Adulta dell'A.O. S. Gerardo di Monza, rivolta ai pazienti car-

diopatici avviati ad un percorso riabilitativo - successivo al trattamento delle patologie cardiovascolari, con procedure chirurgiche o terapia medica-, ha permesso di verificare da una parte l'importanza dell'approccio multidisciplinare quale chiave di volta nel percorso diagnostico, terapeutico e riabilitativo, dall'altra ha evidenziato l'importanza della riabilitazione e della valutazione della sua efficacia.

La percezione e la consapevolezza della malattia cardiologica, l'adattamento ad una nuova condizione di vita, il vissuto soggettivo e lo stile di risposta di ciascuno di fronte all'evento traumatico ed alle sue conseguenze, sono tutti fattori osservati durante il percorso riabilitativo.

Alla luce di queste considerazioni appare rilevante sviluppare interventi riabilitativi che favoriscano il mantenimento di un corretto stile di vita a lungo termine e valutare l'efficacia dell'intervento stesso. In questo contributo vengono presentati i risultati di una ricerca, avviata nel 2007, finalizzata alla valutazione dell'intervento psicologico per mantenere nel tempo l'efficacia del percorso riabilitativo.

### **Obiettivo, metodologia, strumenti**

L'obiettivo generale della ricerca è stato quello di misurare se e come l'intervento psicologico integrato a quello medico-riabilitativo, possa produrre una radicata e duratura modificazione dello stile di vita, dell'atteggiamento verso la malattia, dei comportamenti e in generale delle condizioni psichiche della persona (aumento dell'attribuzione di responsabilità personale sulla malattia; passaggio da una regolazione emotiva disfunzionale a una regolazione emotiva più funzionale); un aumento del grado della qualità della vita soggettivamente percepita, una riduzione dello stato di ansia e/o depressione e un aumento della compliance al trattamento (modificazione delle abitudini alimentari, astensione / riduzione del fumo, aumento dell'attività fisica, ottimizzazione dei trattamenti

farmacologica).

Lo studio ha coinvolto la popolazione di pazienti in cura presso l'U.O. di Riabilitazione Cardiologica, con le seguenti caratteristiche: recente (fino a 3 mesi) infarto del miocardio oppure cardiopatia ischemica, trattata con procedure di rivascolarizzazione (chirurgica o mediante angioplastica). Sono stati esclusi pazienti con patologia invalidante o comunque condizionante la prognosi e pazienti di età > 70 anni.

Sono stati reclutati 70 pazienti: 35 randomizzati per il trattamento psicologico standard (**Gruppo A**) e 35 per quello intensivo (**Gruppo B**).

L'intervento, condotto da una specialista psicologa, ha previsto l'articolazione di due livelli differenti: standard (1 mese) e intensivo (8 mesi).

L'effetto dei trattamenti è stato verificato attraverso la somministrazione di prove testali e la esecuzione di esami strumentali. Le prove testali e gli esami strumentali sono stati somministrati prima del trattamento e dopo 1, 8, 16, 24 mesi dall'inizio del trattamento.

L'intervento psicologico per il **gruppo standard** ha compreso un colloquio clinico individuale; la valutazione psicometrica, il counselling di gruppo (4 sedute) su temi specifici quali: il vissuto di malattia (1 incontro); l'individuazione dei fattori di rischio e modificazione dello stile di vita (1 incontro) e la gestione dello stress (2 incontri); un intervento di gruppo con i familiari (1 incontro); e un colloquio clinico individuale di restituzione finale, con l'indicazione dell'eventuale prosecuzione del trattamento psicologico (individuale).

L'intervento psicologico per il **gruppo intensivo** ha compreso, oltre l'intervento psicologico standard (come nel gruppo A) nel 1° mese, degli incontri di counselling di gruppo (5 sedute/mese per 5 mesi); incontri di gruppo con i familiari (2 incontri: inizio e fine); un colloquio clinico individuale di restituzione al termine dell'intervento.

I temi trattati negli incontri con i familiari si riferiscono a: sostegno/controllo da parte del familiare, effetti della terapia farmacologica, la sessualità e la qualità delle relazioni familiari nonché della ripresa della quotidianità.

L'intervento medico è stato organizzato con una precisa articolazione, per tutti i gruppi campionati. Tutti i pazienti hanno ricevuto l'intervento di prevenzione standard, nell'ambito della riabilitazione cardiovascolare, in un tempo variabile dalle quattro alle sei settimane, costituito da controlli clinici specialistici, con il cardiologo; valutazione e trattamento dei fattori di rischio cardiovascolare; sedute di allenamento fisico e seduta di rilassamento condotte dal fisioterapista; incontro di educazione sanitaria con il cardiologo; incontro educativo sull'uso del farmaco; incontro con la dietista.

Per la valutazione psicologica sono stati utilizzati i seguenti dispositivi psicometrici, che illustriamo brevemente:

**A.** Illness Perception Questionnaire (IPQ-R), Versione Italiana (Moss-Morris et al., 2002): questionario che valuta le credenze e le aspettative della persona rispetto ad alcune dimensioni della malattia come la durata, l'impatto sulla propria vita e sulle relazioni sociali, l'efficacia della cura e le possibili cause della malattia;

**B.** Emotion Regulation Questionnaire 2, (ERQ) (Phillips and Power, submitted): questionario per valutare la strategia soggettiva di gestione delle emozioni (interna/esterna e funzionale/disfunzionale). Dall'incrocio di questi fattori è possibile ricavare 4 profili, che corrispondono a 4 diverse modalità di gestire l'attivazione emozionale;

**C.** Scheda di Valutazione A-D (Vedana et al., 2001): per le dimensioni Ansia/Depressione;

**D.** Questionario Gospel sulle Abitudini di Vita: questionario di valutazione degli stili di vita che raccoglie informazioni sulle abitudini alimentari, sull'attività fisica svolta, sull'utilizzo dei farmaci e di sostanze quali l'alcol ed il fumo; il questionario raccoglie dati riguardanti lo stile di vita del soggetto attraverso semplici domande che ripercorrono i momenti salienti della giornata;

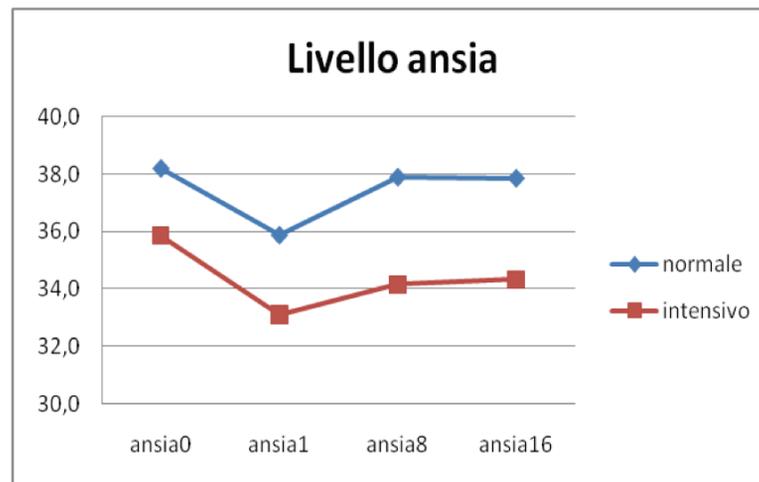


Fig. 1

**E.** Questionario per la valutazione dell'organizzazione di significato personale (QSP) (Picardi et al., 2003): fornisce un profilo generale del modo di pensare, sentire e agire della persona. Infine, per la valutazione della Qualità della Vita:

**F.** World Health Organization Quality of Life (WHOQoL) (WHOQOL group, 1995): per misurare la qualità della vita percepita, riferita sia alla dimensione della salute fisica sia ad aspetti più generali della vita della persona.

### Analisi del campione e dei dati

I risultati presentati si riferiscono all'analisi dei dati raccolti nei primi sedici mesi di ricerca.

Dal punto di vista socio-anagrafico il campione, composto da 70 soggetti, presenta un'età media di 59,26 anni ed è formato da 62 uomini e 8 donne. La metà sono pensionati e oltre il 60% ha una scolarità che arriva fino alla licenza media inferiore.

I dati raccolti e l'analisi dei singoli test ci permettono di osservare quali elementi di cambiamento si sono verificati e se siano significativi a tal punto da giustificare l'estensione dell'intervento intensivo.

L'ipotesi è di verificare una riduzione maggiore dei

livelli di ansia e depressione, una migliore qualità di vita, una migliore gestione delle emozioni e una percezione di malattia più adattiva.

### Scala A-D

L'andamento del livello di ansia nel campione complessivo è caratterizzato da una diminuzione di circa due punti a distanza di un mese mentre agli 8 mesi e ai 16 mesi si verifica un nuovo aumento; tuttavia, mentre nel caso del gruppo normale l'aumento riporta il livello di ansia quasi al punto iniziale, nel gruppo intensivo l'ansia pur aumentando rimane al di sotto del livello di partenza (figura 1).

Per entrambi i gruppi il livello di ansia si modifica

comunque in modo statisticamente significativo ( $p < 0.05$ ).

Confrontando i due gruppi (fig. 1) si osserva come il livello d'ansia sia significativamente inferiore nel gruppo intensivo a partire dagli 8 mesi -all'inizio dell'intervento e dopo un mese, i gruppi non differiscono- e tale differenza diviene più marcata a 16 mesi, benché l'effect size sia comunque modesto.

Per quanto riguarda la depressione, benché sia evidente una diminuzione in entrambi i gruppi di una certa intensità, non emergono differenze si-

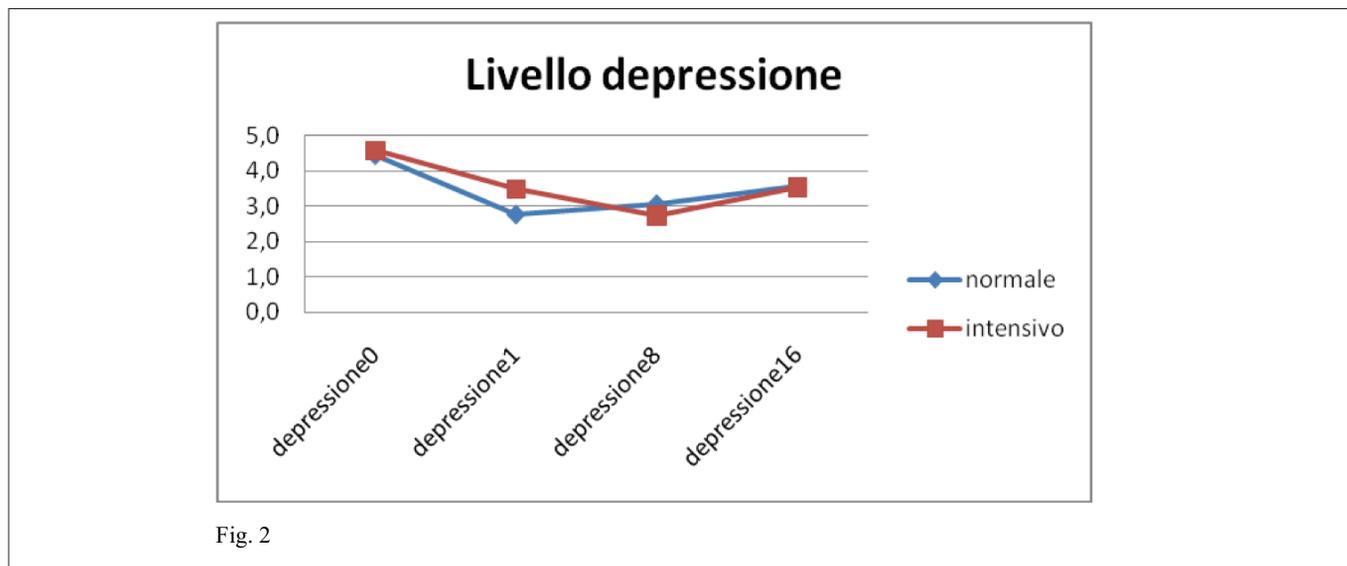


Fig. 2

gnificative tra i gruppi che sono piuttosto omogenei rispetto a questo indice (**figura 2**)

### Scala WHOQOL

Il questionario WHOQOL registra la qualità della vita, così come è percepita dal soggetto, con riferimento a quattro ambiti: la salute fisica, la salute psicologica, le relazioni sociali, le condizioni ambientali.

Si compone di 26 domande a ciascuna delle quali l'intervistato risponde utilizzando una scala Likert a cinque valori, che spazia da un massimo di corrispondenza con quanto espresso dall'item ad un massimo di disaccordo.

Ciascuna area può essere caratterizzata come la descrizione di un comportamento, di uno stato, di una capacità, di una percezione soggettiva o di un'esperienza.

Il questionario indaga varie sfere della vita quotidiana dei soggetti: dalla percezione del proprio stato di salute (sonno, alimentazione, etc), all'attività nel tempo libero, la soddisfazione delle relazioni interpersonali, l'attività sessuale, la relazione con gli operatori della struttura sanitaria che ha in cura paziente, la situazione economica, la facilità di movimento (trasporti, etc..).

L'analisi del test non evidenzia grandi cambiamenti. Tuttavia, mentre all'inizio e a 8 mesi i due gruppi non differiscono nelle quattro aree valutate dallo strumento -qualità della vita fisica (figura 3), sociale (figura 4), psicologica (figura 5), ambien-

tale (figura 6)- a 16 mesi si evidenziano alcune differenze a favore del gruppo intensivo, che raggiungono significatività statistica in particolare nell'area fisica, in quelle psicologica ed ambientale ( $p < 0,05$  a 16 mesi per le tre aree).

### Scala ERQ

Il questionario è composto da 21 item ed è utilizzato per valutare la modalità peculiare di un individuo di regolare le proprie emozioni.

Nello specifico, l'ERQ misura la presenza di 2 strategie di regolazione, ovvero funzionale e disfunzionale: la prima definisce la capacità di interpretare diversamente lo stimolo emotigeno al fine di modificarne l'impatto, mentre la seconda definisce la tendenza a non esprimere le proprie emozioni.

Al soggetto viene chiesto di rispondere ad alcune domande sulla propria esperienza emotiva, in particolare riguardo al modo in cui controlla, cioè regola e gestisce le proprie emozioni. Le domande comprendono due diversi aspetti circa le proprie emozioni: il primo riguarda l'esperienza, ovvero ciò che prova; il secondo riguarda invece l'espressione, cioè il modo in cui mostra le proprie emozioni nel modo di esprimersi, di parlare, di comportarsi.

Dall'analisi dei risultati non emergono differenze significative tra i due gruppi, in nessuna delle quattro strategie individuate dallo strumento: funzionali (figura 9) e disfunzionali (figura 10) esterne; funzionali (figura 11) e disfunzionali (figura 12) interne.

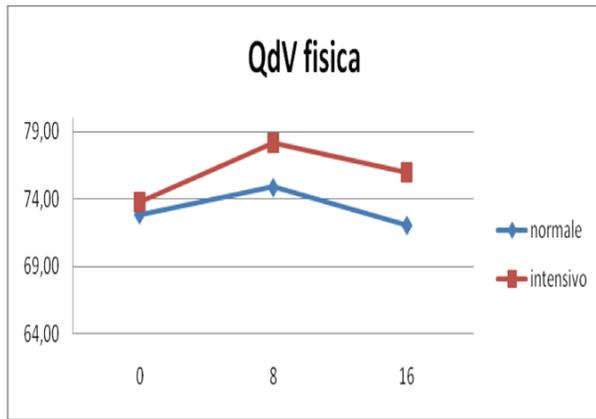


Fig. 3

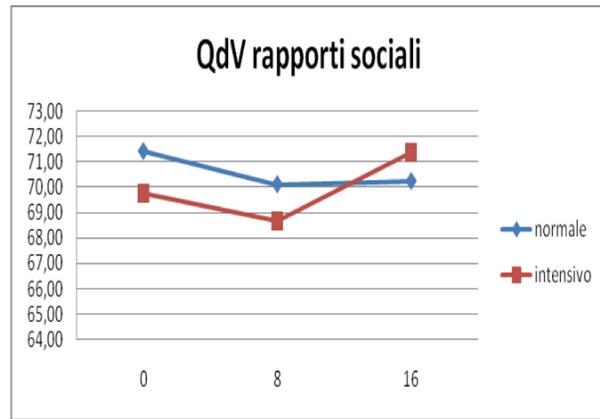


Fig. 4

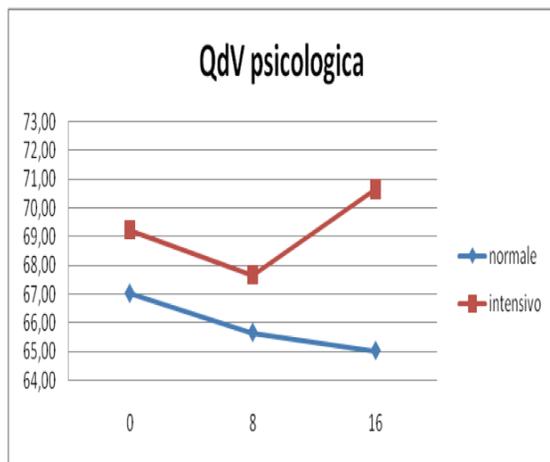


Fig.5

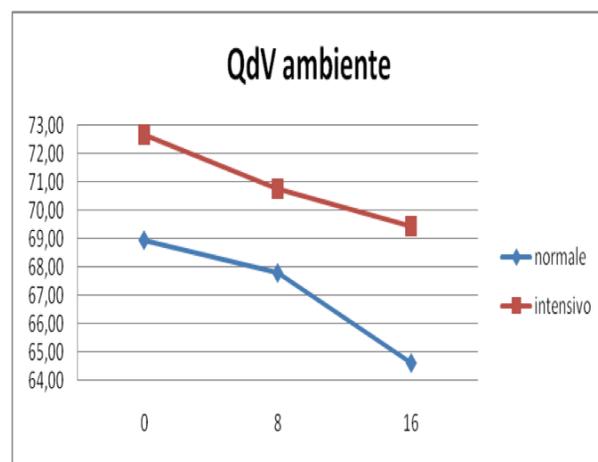


fig. 6

In relazione alle strategie esterne funzionali, si evidenzia una differenza a vantaggio del gruppo intensivo -comunque già presente al tempo 0- che non va quindi ascritta all'intervento di gruppo ma ad un bias di partenza. Tale differenza si mantiene a 8 mesi per poi scomparire a 16 mesi. Considerando separatamente l'andamento dei due gruppi, nell'utilizzo delle strategie di gestione delle emozioni si può vedere come a 8 mesi mentre il gruppo intensivo sperimenta una riduzione delle strategie interne disfunzionali (fig. 12), il gruppo

normale ha una diminuzione che si estende alle interne sia disfunzionali che funzionali. A 16 mesi la diminuzione coinvolge tutte le strategie in modo significativo per il gruppo intensivo, mentre esclude le strategie esterne funzionali, per il gruppo normale invece la diminuzione si era già verificata a 8 mesi e si mantiene successivamente.

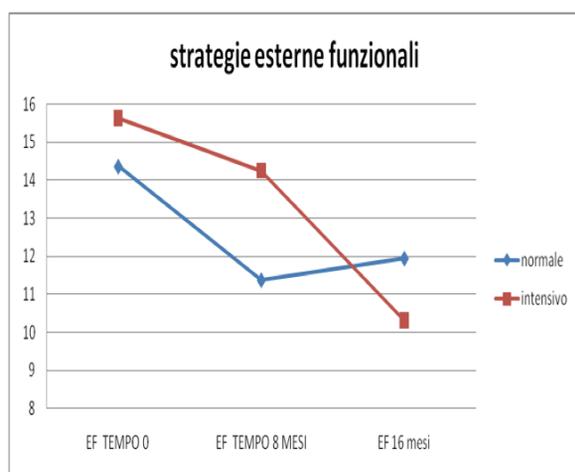


Fig. 9

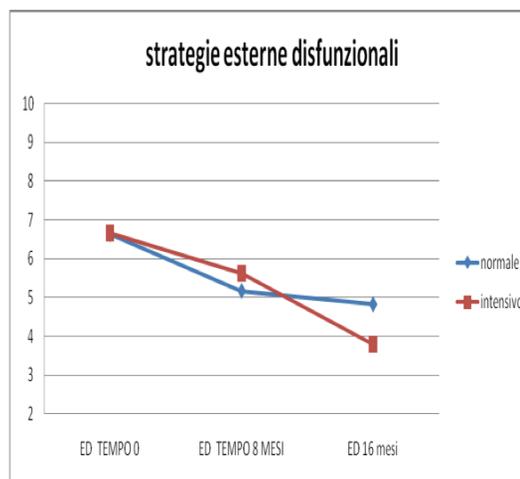


Fig.10

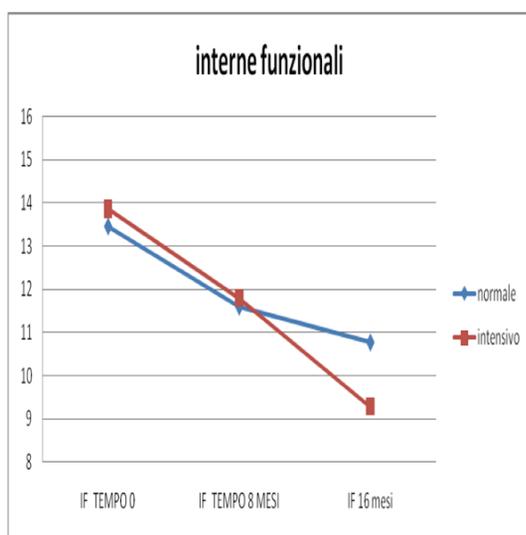


Fig.11

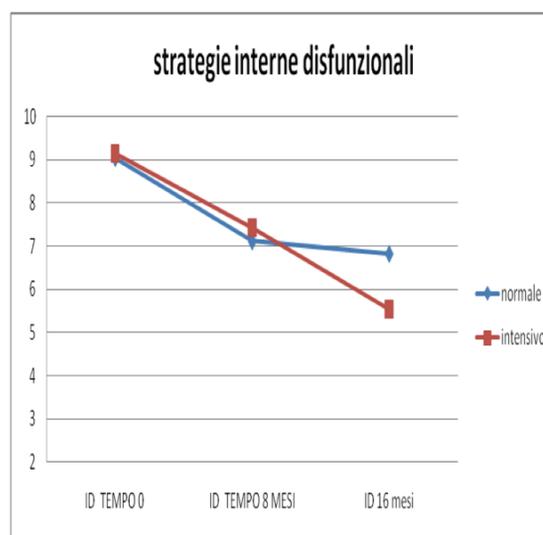


Fig.12

## Conclusioni

L'analisi parziale dei dati, riferita ai primi 16 mesi della ricerca, permette di evidenziare innanzitutto come l'intervento multidisciplinare agisca in modo soddisfacente su tutti i pazienti che accedono al servizio.

I dati osservati supportano l'ipotesi per cui l'intervento psicologico prolungato nel tempo, e non limitato al periodo della riabilitazione in ospedale, possa comunque portare a delle modificazioni importanti.

In particolare, i pazienti che partecipano al gruppo intensivo presentano una riduzione del livello di ansia e un aumento della qualità della vita soggettivamente percepita, che segnalano una elaborazione maggiore di quanto accaduto, in relazione alla malattia, ai fattori di rischio -evidenziando capacità di adottare strategie nuove e stile di vita diverso, per prevenire la possibilità di recidive- ed una capacità di interpretare diversamente lo stimolo emotigeno, al fine di modificarne l'impatto, utilizzando strategie funzionali.

L'analisi dei dati precedentemente esposta in relazione al questionario WHOQOL, che registra la qualità della vita percepita dal soggetto, sottolinea come l'accettazione della malattia, dei limiti e dei cambiamenti che questa comporta, permetta una crescita del paziente e la ricerca di una dimensione emotiva sovente nuova e più funzionale. Questo comporta anche una maggior attenzione a quegli aspetti, che prima della malattia non erano stati considerati come rilevanti, nella propria scala soggettiva di valori.

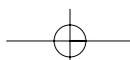
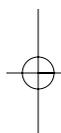
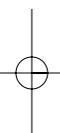
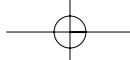
I pazienti stessi, al termine dell'intervento psicologico, hanno riferito come la partecipazione agli incontri di gruppo abbia permesso una migliore accettazione dell'evento traumatico dovuto alla malattia ed alla sua acuzie, una maggiore capacità nell'affrontare la quotidianità, "di aver meno paura" e "di sentirsi meno soli". Introducendo cambiamenti positivi sia nella sfera soggettiva sia in quella delle relazioni interpersonali.

Se pure con modalità diverse, la malattia comporta per tutti i pazienti la messa in discussione della propria vita e la stessa rappresentazione della malattia suscita numerose reazioni, che hanno importanti conseguenze sul piano di una ripresa non solo fisica ma anche psicologica.

Lo stato di benessere psicologico è frutto della congruenza tra le capacità e le attese della persona e le risorse e le richieste dell'ambiente.

I risultati fino ad ora presentati confermerebbero, ad una prima lettura, l'ipotesi che per i pazienti cardiopatici avviati ad un percorso riabilitativo, un trattamento psicologico intensivo, con le caratteristiche sopra descritte, possa produrre cambiamenti significativi sia nel consolidare i risultati ottenuti precedentemente sia nel favorire l'aderenza al trattamento a lungo termine.

L'elaborazione dei dati al termine della ricerca ci permetterà di approfondire e verificare l'adeguatezza e la correttezza di questa lettura parziale.



## *La valutazione dei colloqui psicologici di sostegno in Ospedale: studio di caso*

*Paride Braibanti\**, *Maria Simonetta Spada*<sup>°</sup>,  
*Chiara Bignamini*<sup>°</sup>, *Valentina Strappa*<sup>\*°</sup>

*\*Dipartimento di Scienze della Persona,  
Università degli Studi di Bergamo*

*°Unità di Psicologia Clinica, Ospedali Riuniti  
di Bergamo*

### **1. Premessa**

Il presente contributo riporta un'esperienza di ricerca che ha focalizzato l'attenzione sull'individuazione di indicatori in grado di accertare e documentare l'efficacia delle prestazioni di sostegno psicologico. La ricerca, che ha utilizzato la metodologia dello studio di caso di R.Yin (2005), ha assunto carattere partecipato coinvolgendo un gruppo di psicologi all'Unità di Psicologia degli Ospedali Riuniti di Bergamo. La richiesta di individuare indicatori di efficacia era pervenuta all'Unità di Psicologia dalla Direzione Sanitaria della struttura ospedaliera sopra citata. Lo sfondo teorico della domanda era quello di una valutazione procedurale nell'ambito del paradigma della qualità. E' parso tuttavia, fin dai primi passi della ricerca, più appropriato condividere con l'Azienda Ospedaliera una traiettoria più prossima al dibattito specifico e maggiormente in grado di sintonizzarsi con una specifica ottica di psicologia della salute.

La scelta di un approccio di ricerca azione, sensibile ai processi di sviluppo delle soggettività e di empowerment rispetto al tema della valutazione, si è associata ad un più ampio ragionamento sull'autonomia professionale dello psicologo.

Il tema della valutazione dei percorsi di supporto psicologico è stato affrontato, in questa

ricerca, a partire dal presupposto che le pratiche psicologiche siano inevitabilmente sensibili ai contesti istituzionali in cui esse si articolano e prendono forma. A lungo si è infatti assunto che la collocazione della pratica psicologica all'interno di una più ampia organizzazione, come quella ospedaliera, avesse comportato modificazioni del set, ovvero del sistema di regole e procedure, lasciando immutati gli elementi di setting, che rinviano al "campo mentale" del terapeuta, ovvero i suoi assetti teorici, i modelli di riferimento, la sua personalità (Profota, Ruvolo, 1997). E' apparso tuttavia ingenuo pensare che le modificazioni del set non conducessero a modificazioni del setting e che la pluralità dei contesti, e le loro specificità, non inducessero riposizionamenti dei saperi rispetto ai propri compiti. Capire la modalità in cui questi processi di regolazione si dispiegano è parso essere indispensabile per la definizione dei criteri di valutazione del sostegno.

Questa traiettoria di studio è in linea con un generale ampliamento delle attenzioni della ricerca in psicoterapia che, pur mantenendo ancora oggi lo sguardo sulla diade terapeutica al di là della sua collocazione istituzionale, ha nel tempo ampliato il proprio sguardo, spostandosi dalla focalizzazione sugli esiti ad una indagine sempre più orientata a cogliere le specifiche dinamiche relazionali e i diversi piani rappresentazionali che intervengono contestualmente allo specifico trattamento.

### **2. La storia del movimento di ricerca in psicoterapia**

L'incremento dell'attenzione sul tema della valutazione della psicoterapia è andato progressivamente imponendosi nel dibattito scientifico a partire dagli anni 50, in relazione al suo intrecciarsi con importanti questioni economiche e all'esigenza di fornire legittimità sociale alla

psicoterapia. Centrale in quegli anni era il dibattito sollevato da Eysenck (1952), che, in chiara posizione critica rispetto alla psicoterapia, e nello specifico verso la psicoanalisi classica, sosteneva che non vi fosse riprova dell'efficacia della psicoterapia e che il miglioramento fosse addebitabile alla remissione spontanea. Tale provocazione determinò, negli anni 50-70, una proliferazione di studi sull'efficacia della psicoterapia. L'impiego di strumenti meta-analitici (Smith, Glass & Miller, 1980; Shapiro & Shapiro, 1982), permise di giungere alla conclusione che i trattamenti psicoterapeutici garantivano risultati immediati superiori a quelli dei gruppi di controllo (o dei gruppi cui era stato somministrato un placebo), senza però riuscire ad identificare quali fossero i fattori specifici dei diversi orientamenti a favorire il miglioramento. Per tale ragione a partire dalla metà degli anni '90 emerse l'esigenza di spostare l'attenzione da studi esclusivamente centrati sugli esiti a paradigmi sperimentali meglio capaci di cogliere gli elementi processuali e si osservò un incremento degli studi clinici controllati randomizzati (Randomized Controlled Trial, RCT). Anche questi impianti tuttavia non furono ritenuti privi di criticità. Seligman (1995) sottolineò che gli studi randomizzati fossero poco adeguati alla valutazione dei fattori predittori dell'efficacia delle psicoterapie per via di una rilevante discrepanza tra condizioni sperimentali del trattamento e condizioni naturali. Per tale ragione negli ultimi anni i ricercatori sono andati sempre più orientandosi verso disegni di ricerca alternativi avvalendosi dello studio di casi singoli come opportunità per analizzare in profondità le dinamiche relazionali, i vissuti ed i posizionamenti intersoggettivi reciproci che si realizzano nel processo terapeutico. Una serie di questioni, tuttavia, restano ancora aperte rendendo necessari ulteriori studi ed approfondimenti. Diversi autori sottolineano l'importanza di dedicare maggiore attenzione allo studio del rapporto tra processo e risultato (Di Nuovo, Di Blasi, Lo Verso, 1998; Bucci, Zoppi, Solano, 2001). Sembra inoltre trasversalmente presente nella letteratura scientifica la necessità

di ampliare le conoscenze in merito alla relazione e all'alleanza terapeutica come elementi essenziali del processo di cura (Di Nuovo et al., 1998; Sirigatti, 2004). Andolfi (2001), insiste sulla necessità di comprendere più in profondità il ruolo dei fattori connessi alle tecniche del terapeuta, ai comportamenti dei pazienti e all'interazione terapeutica. In ogni modo la questione della relazione tra fattori specifici e aspecifici delle terapie è ancora attuale (Sirigatti, 2004). Alcune linee di ricerca sembrano a tal proposito sottolineare la rilevanza della relazione e dell'alleanza come fondanti del buon esito del trattamento.

Appare inoltre necessario focalizzare di più lo studio delle condizioni ecologiche in cui avvengono i processi terapeutici nei contesti clinici reali, riportabili ad esempio allo studio delle condizioni specifiche di set – setting (Profita, Ruvolo, 1997; Guthrie, 2000). Sono infatti ancora poco analizzate le prassi dell'intervento psicologico entro i contesti istituzionali e le peculiarità che esse vanno acquisendo quando il trattamento si ricolloca entro contesti di cura complessi, che si differenziano dal classico setting dello studio privato. Sembra importante, infatti, rimarcare la necessità di una crescente attenzione alla collocazione del processo nelle culture organizzative e cliniche locali, considerate come fattori influenti dei dispositivi operazionali, dei valori dichiarati e degli assunti taciti delle pratiche esplorate (Spada, Braibanti, 2007).

### 3. Il progetto

Il progetto di ricerca, che ha coinvolto un gruppo di otto psicologi impegnati nell'attività di sostegno psicologico degli Ospedali Riuniti di Bergamo, si è costituita di 9 focus group in cui è stato possibile sviluppare le tappe dello studio di caso come descritte da R. Yin (2003). La teoria tentativa su cui si è dispiegato l'intero processo della ricerca prevedeva che la collocazione istituzionale ospedaliera concorresse alla definizione del costrutto di sostegno psicologico, rendendo l'analisi di questo livello implicito un prerequisito per la definizione

di indicatori di efficacia.

I dati sono stati raccolti mediante le seguenti azioni: analisi tematica dei verbali di équipe e mappatura delle prestazioni svolte dall'Unità di Psicologia, focus group finalizzati alla costruzione di una rappresentazione condivisa del sostegno psicologico nel contesto ospedaliero, analisi delle transazioni mediante Action Workflow Analysis (Medina-Mora, 1992), rilevazione delle caratteristiche del sostegno mediante il questionario Psychotherapy Process Q-Sort di Jones (1985), analisi di resoconti di percorsi di sostegno con una griglia elaborata da Balint (1974), per realizzare i resoconti delle sedute di psicoterapia.

I focus group si sono articolati proponendo fasi di analisi e riflessione consequenziali che hanno visto il susseguirsi delle azioni di seguito riportate:

- Esplicitazione degli assi culturali degli psicologi nel rapporto con i compiti svolti nell'Unità di Psicologia;
- Definizione condivisa dell'oggetto di studio "sostegno psicologico";
- Ricostruzione della mappa delle transazioni nei processi di sostegno mediante Work Flow Analysis;
- Analisi dei punti di forza e di debolezza dell'intero processo;
- Somministrazione del Psychotherapy Process Q-sort (PQS) di Jones funzionale alla descrizione dei processi terapeutici e alla valutazione di questi in relazione ai risultati;
- Analisi dei resoconti di colloqui di sostegno;
- Identificazione di linee guida per la definizione di indicatori di efficacia.

#### 4. Risultati e discussione

Il processo di ricerca ha permesso di rintracciare elementi salienti della cultura clinica locale, soffermandosi sugli assetti valoriali e la rappresenta-

zione del ruolo professionale degli psicologi coinvolti, per poi procedere nella direzione di una definizione complessa di sostegno psicologico e ricollocare lo stesso all'interno del più ampio percorso di cura ospedaliero.

L'analisi dei dati ha intercettato, sin dai primi focus group, una tensione che ha visto l'Unità di Psicologia come un soggetto attivo ed in cambiamento, alle prese con dinamiche di riposizionamento collettivo. Il profilo emerso definiva come centrale il tema dell'integrazione degli elementi espliciti della cultura locale, fortemente ancorati ai compiti clinici e all'ingaggio diadico con il paziente, con le traiettorie legate a processi organizzativi ed istituzionali presenti nelle pratiche ma impliciti nelle rappresentazioni. Veniva posta la questione/tensione della possibilità che gli strumenti clinici potessero essere riadattati ed impegnati entro un assetto istituzionale interdisciplinare in grado di travalicare la relazione clinica duale.

La rappresentazione delle transazioni mediante l'ausilio della metodologia Work Flow Analysis ha fornito ulteriori elementi in merito al ruolo e alla rilevanza di un ampliamento dello sguardo sul processo di sostegno. Essa ha messo in rilievo la presenza di committenze plurali, quella dei reparti e quella proveniente dal soggetto in cura, come elementi che si sovrappongono e concorrono a definire quadri intersoggettivi di grande complessità. Si è resa visibile la presenza di momenti di intersezione tra processo clinico, ovvero il processo primario per cui il soggetto si è rivolto alla struttura ospedaliera, e percorso di sostegno, più evidenti nelle "fasi di ingresso e di uscita" dal sostegno stesso, ovvero all'inizio e al termine della consultazione e del sostegno.

L'analisi dei nodi critici dei flussi ha infine definito come tale canali di dialogo non si potessero visualizzare come cornice esterna al percorso di sostegno, rintracciando legami tra la conformazione del processo psicologico ed il contesto in cui esso si realizza. Nella stessa direzione, anche i risultati al Q-Sort di Jones hanno mostrato la presenza di alcune peculiarità nel modo in cui è descritto il sostegno da parte degli psicologi ospedalieri rispetto ai risultati

emersi in uno studio di S. Sirigatti (2004), che prendeva in considerazione tre approcci psicoterapeutici diversi: la terapia sistemico - relazionale (TSR), la terapia cognitivo - comportamentale (TCC) e la terapia breve strategica (TBS). Tali differenze sembrano essere addebitabili a due diverse categorie concettuali: l'una correlata alla formazione prevalentemente di natura psicodinamica degli psicologi del gruppo, l'altra più specificatamente correlata al contesto ospedaliero.

L'analisi quantitativa è stata poi integrata con gli elementi qualitativi evinti dall'analisi delle narrazioni di percorsi psicologici di sostegno prodotte dagli psicologi che hanno permesso un maggiore grado di comprensione sul piano dei processi. E' stato scelto di raccogliere le narrative mediante una griglia espositiva mutuata, ed in parte modificata, da quelle utilizzata da M. Balint (1974), per la descrizione delle sedute di psicoterapia focale. Dall'analisi è emersa la presenza di diversi canali di entrata del processo clinico entro il processo del sostegno. Il primo canale rimanda ad un piano operativo, che si è evidenziato con le restituzioni, gli incontri, le modalità di invio tra psicologi e altri operatori sanitari. Un secondo livello rimanda agli incontri informali con gli operatori sanitari, alla rappresentazione che essi si danno del processo clinico, al posizionamento che si attribuiscono all'interno dello stesso e alle aspettative riguardo il lavoro dello psicologo. E' stato poi rintracciato un terzo canale, portatore di un linguaggio proprio, unificante, che giunge direttamente attraverso la voce del paziente. Il soggetto in cura esprime un vissuto personale che si incentra tanto sulla malattia, quanto sull'intero percorso terapeutico e sulle relazioni con i curanti chiedendo una ricomposizione dei diversi livelli e dei diversi linguaggi. Il soggetto, dunque, è un canale di accesso privilegiato che procede attraverso la messa a punto di una domanda e la definizione della sua collocazione entro il processo clinico. Quindi c'è un ulteriore modo, un ulteriore canale di accesso, quello emozionale. Le emozioni che si producono entro il processo clinico, nel rapporto con tutti i suoi attori, vengono necessariamente consegnate all'intreccio delle relazioni con i curanti.

L'intersezione del processo clinico con quello di sostegno ha aperto così ad una riflessione sui rapporti intercorrenti tra le diverse modalità di lettura dei processi di cura e sui rapporti tra istituzioni di base, dove per istituzioni si intendono i poderosi processi di sense making ed i riferimenti culturali ineliminabili che rendono possibile ai soggetti la rappresentabilità di processi in cui sono coinvolti. I vari modi con cui il processo clinico si fa presente a se stesso, alle sue fasi, alle sue articolazioni è tutto riferito ad un assetto istituzionale governato dal sapere medico. Cioè il sapere medico è l'istituzione che rende leggibile e rappresentabile a sé il processo di cura del paziente. Il processo di sostegno, inteso sulla base degli assunti teorici che definiscono le appartenenze professionali dello psicologo, si fa presente a se stesso sulla base delle conoscenze relative al setting. Il setting, dunque, è l'istituzione del sapere psicologico, ovvero rappresenta il dispositivo in grado di produrre senso, rendendo rappresentabile ed operabile il processo psicoterapeutico. In filigrana si rintracciano dunque due istituzioni, che richiamano alla necessità di istituire una terza istituzione capace di mettere in relazione l'istituzione psicologica con quella riferibile al sapere medico raccogliendone e governandone gli elementi di interfaccia. Il canale privilegiato di costruzione di tale interfaccia sembra essere dato dalla presenza contemporanea del soggetto in cura tanto al processo clinico che al processo di sostegno. Mentre per gli operatori è possibile disporre i due processi su due distinti piani, uno all'interno ed uno all'esterno, il soggetto non può che percepirli come unitari. L'unitarietà con cui il soggetto percepisce il processo costringe quindi a riconvocare l'unitarietà dei processi di cura.

Ma i resoconti segnalano che l'unitarietà è già presente e si manifesta in una forte influenza del processo clinico sullo sviluppo del processo di sostegno. Essa risponde, se pur implicitamente, all'intuizione che la salute della persona sia in gioco in modo complesso, molteplice. Essa si contrappone ad una tensione alla frammentazione della domanda di salute, frammentazione che è propria del sapere medico, divisionale, per organi, cui si somma il potenziale rischio di un ulteriore elemento fram-

mentante, quello rinviante al vissuto psichico. Il pericolo sembra essere quello di aggiungere un ulteriore organo, la mente, all'attenzione di un processo clinico frammentante. Ma è il paziente che fa irruzione e che costringe alla rivisitazione del rapporto tra sapere psicologico e processo clinico.

L'ancoraggio ad una visione che separa il processo clinico da quello di sostegno psicologico, alla luce delle analisi attuali, sembra essere rileggibile nei termini di un sintomo, aspetto visibile mal funzionante, della più profonda insituabilità delle istituzioni. Sotto tale ipotesi l'istituzione sapere medico e l'istituzione setting di trattamento si predispongono come entità portate a percepire prima di tutto la loro estraneità. Esse si costituiscono come entità tese a leggere elettricamente gli aspetti più vicini alle formulazioni teoriche che le informano. La contaminazione tra processo clinico e le prassi psicologica sembra costituirsi come un percorso già avviato, che agisce nella prassi, ma in assenza di fili teorici pienamente disponibili, dunque difficile da declinare e da tradurre in elementi di set. La ricerca evidenzia la necessità di rappresentare e comunicare tale cambiamento rinviante alla profonda disomogeneità tra il setting dello psicologo in ospedale e quello dello psicoterapeuta privato.

## **5. Linee guida per la costruzione di indicatori di efficacia**

A partire da una maggiore chiarezza del quadro concettuale di riferimento, è stato possibile sviluppare uno specifico lavoro di definizione di indicatori di efficacia del sostegno psicologico. L'appropriatezza dell'intervento psicologico sembra essere infatti correlato al grado di consapevolezza dello psicologo circa il proprio posizionamento entro il processo clinico e circa la necessità di concorrere a formulare una risposta di cura integrata e sinergica con l'intera istituzione sanitaria.

### **5.1 Costruzione di indicatori che si riferiscono all'integrazione del processo di sostegno col processo clinico**

Il primo piano su cui orientare la costruzione di indicatori appropriati dovrebbe essere rivolto alla va-

lutazione della "tenuta" della relazione integrata tra gli ambiti istituzionali sopra delineati. Secondo questo piano di indagine, l'appropriatezza del sostegno può essere riconosciuta nella misura in cui sono rintracciabili processi e dispositivi che rendano possibile:

#### In fase di avvio (contatto con l'Unità di Psicologia):

- Identificare i soggetti coinvolti e rilevanti per il buon esito del percorso di cura;
- Raccogliere le rappresentazioni della cura dei soggetti coinvolti nei percorsi diagnostico-terapeutico;
- Raccogliere le aspettative degli operatori sanitari e del soggetto nella formulazione della richiesta di consultazione psicologica;
- Rielaborare la richiesta di consultazione in relazione alla rilevazione di eventuali processi di delega nel percorso di cura;
- Potenziare la consapevolezza degli operatori rispetto alle ragioni della domanda di consultazione, esplicitando la rappresentazione del problema, le aspettative nei confronti dello psicologo, il proprio posizionamento e coinvolgimento nella richiesta.

#### In fase di consultazione:

- Verificare le condizioni per cui il soggetto in cura possa diventare il committente dell'intervento di sostegno;
- Verificare la possibilità di collocare il percorso psicologico con il soggetto in cura entro il più ampio processo clinico;
- Ricercare momenti di incontro con l'équipe curante come elemento di rientro del processo psicologico entro il processo clinico.

#### In fase di sostegno:

- Favorire la rappresentazione e la

mobilitazione di risorse di sviluppo spendibili entro il processo clinico.

### In fase di verifica

- Avviare riflessioni condivise con l'équipe curante sull'esito dell'intero percorso di cura.

Questi aspetti processuali sembrano essere rilevabili attraverso la documentabilità dei flussi di comunicazione entro la costellazione delle istituzioni presenti. Tali flussi potrebbero essere concretamente rilevati mediante registrazione delle riunioni di équipe e degli incontri informali con gli operatori sanitari, o attraverso supervisioni sui casi organizzate sulla base dell'analisi del posizionamento del lavoro psicologico entro il processo clinico.

### **5.2 Indicatori di flusso (Work Flow Analysis) nel processo di sostegno**

Un secondo piano di lavoro rimanda all'individuazioni di indicatori connessi con le aree di criticità individuate nel corso della Work Flow Analysis. Essi riguardano diverse aree problematiche che vanno dalla cultura organizzativa, alle relazioni tra soggetti coinvolti (reparti, psicologi, pazienti), alle politiche sanitarie locali.

La ricerca ha messo all'ordine del giorno diversi punti che potrebbero configurarsi come aree di miglioramento incrementando l'efficacia stessa degli interventi di sostegno. Tra questi si cita:

- adeguata informazione nell'ospedale sui servizi forniti dall'Unità di Psicologia e in particolare sulla tipologia, il significato clinico e le modalità di accesso proprie al servizio di sostegno psicologico;
- adeguata capacità di promuovere l'espressione dei bisogni psicologici dei soggetti in cura nei reparti;
- piena e sostanziale tutela della riservatezza del soggetto in cura;

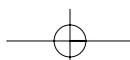
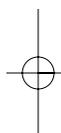
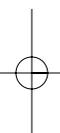
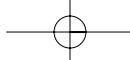
- individuazione di un referente nel reparto con cui interloquire e mantenere il contatto sul caso nei modi appropriati alla natura del processo;

- individuazione di spazi e tempi specifici per il confronto tra psicologi ed equipe medico-infermieristiche in cui attivare un confronto sistematico sui codici di lettura della sofferenza e dei bisogni del soggetto in cura, sulle caratteristiche e sui requisiti di un set psicologico appropriato nei reparti, sulle modalità di invio, sulla condivisione della "presa in carico" nel sostegno psicologico come parte integrante del processo clinico, sulle modalità di coinvolgimento dei familiari e della rete sociale prossimale del soggetto come interlocutori del processo clinico e sui tempi e significati connessi alla chiusura dei percorsi terapeutici.

La ricerca propone dunque un percorso di pensiero che esista il linee guida che dovranno essere ulteriormente operazionalizzate in indicatori, sotto la responsabilità diretta degli psicologi ospedalieri che hanno partecipato al percorso.

## Bibliografia

- ANDOLFI M., ANGELO C., D'ATENA P. (2001).  
*La terapia narrata dalle famiglie. Una prospettiva di ricerca intergenerazionale.*  
Raffaello Cortina.
- BUCCI W., ZOPPI L., SOLANO L. (2001).  
"Teoria del codice multiplo e attività referenziale", in L. Solano, *Tra mente e corpo.*  
Milano, Cortina.
- DI NUOVO S., LO VERSO G., DI BLASI M., GIANNONE F. (1998) (A CURA DI).  
*La valutazione delle psicoterapie.*  
Milano, Franco Angeli.
- EYSENCK, H.J. (1952).  
*The Effects of Psychotherapy: An Evaluation.*  
J. Consulting. Psychology, 16, 319.
- GUTHRIE E. (2000).  
*Enhancing the clinical relevance of psychotherapy outcome research.*  
Journal of Mental Health, 9 (3), 267-271.
- JONES E.E.(1985).  
*Manual for the psychotherapy process Q-sort.*  
Unpublished manuscript, University of California, Berkeley.
- M. BALINT ET AL. (1974).  
*Psicoterapia focale.*  
Roma, Astrolabio.
- MEDINA-MORA R., WINOGRAD T., FLORES R., FLORES F. (1992).  
*The Action Workflow Approach to Workflow Management Technology.*  
The Information Society, 9. 391-404.
- PROFITTA G., G. RUVOLO (1997).  
*Variazione sul setting.*  
Milano Raffaello, Cortina.
- SELIGMAN M.E.P. (1995).  
*The effectiveness of psychotherapy: The Consumer Reports study,*  
American Psychologist, 50 (12), 965-974.
- SHAPIRO D. & SHAPIRO D. (1982).  
*Meta-analysis of comparative therapy outcome studies: A replication and refinement.*  
Psychol. Bull, 92, 581.
- SIRIGATTI S. (2004).  
*Applicazioni del Psychotherapy Process Q-Sort di Jones.*  
Rivista Europea di Terapia Breve Strategica e Sistemica,1. 201-214.
- SMITH M. L., GLASS G. V. & MILLER T. J. (1980).  
*The benefits of psychotherapy.*  
Baltimore, J. Hopkins Univ. Press.
- SPADA M.S., BRAIBANTI P. (2007).  
"Storie di vita e culture locali in terapia intensiva" , in G. Bertolini (a cura di), *Scelte sulla vita.*  
Milano, Edizioni Angelo Guerini.
- YIN R. (2005).  
*Lo studio di caso nella ricerca scientifica*  
Roma, Armando Editore.



## *Indicatori di successo nelle terapie monotematiche e monosintomatiche.*

*Mariarosaria Monaco  
Psicologa Psicoterapeuta,  
Direttore U.S.C. Psicologia Clinica  
A.O. G. Salvini di Garbagnate Milanese (MI)*

Col termine gruppo omogeneo cioè monotematico o monosintomatico solitamente ci si riferisce a gruppi psicoterapeutici con pazienti che presentano una sintomatologia omogenea. Parliamo quindi di “affinità elettive” che i terapeuti proponenti intravedono nei singoli partecipanti. Il gruppo può organizzarsi sulla base di alcuni aspetti:

- esigenze pragmatiche dell’istituzione sanitaria cioè rispondere alle richieste di un elevato numero di pazienti, contenere nel tempo una risposta terapeutica...;
- motivazioni sociali significative, come ad esempio i gruppi con familiari di tossicodipendenti, o di portatori di handicap, o con coppie desiderose di fare adozioni, o con individui di una data fascia generazionale...;
- sulla base di scelte applicative per esempio la preferenza per il gruppo come luogo di cura adatto ad una data patologia a carattere sociale...

Perché noi come risposta ad alcuni problemi che, soprattutto gli ambulatori ospedalieri ci pongono, abbiamo utilizzato il gruppo? Spesso lavoriamo con pazienti che non formulano una domanda di terapia vera e propria ma pongono ai medici fondamentalmente una domanda di collocazione di un determinato comportamento rispetto alla propria esistenza. Ci

troviamo quindi di fronte ad un comportamento agito rispetto ad un comportamento pensato. Questa scelta deriva dall’aver osservato come durante il colloquio preliminare che solitamente precede l’ingresso nel gruppo ci si trova spesso di fronte ad un “deserto relazionale” e ad una difficoltà ad entrare in contatto con il proprio mondo interno. Una sorta di impedimento di accesso al simbolico. La parola spesso non rappresenta qualcosa di elaborato nella mente ma ha la concretezza delle cose. Il gruppo allora diventa il luogo dove è possibile trovare un pensiero, dare parola al pensiero e non passare subito all’azione. Il gruppo accelera la possibilità di mentalizzare proprio perché si attua il rispecchiamento. Molte persone credono di essere gli unici a soffrire di un particolare problema, che spesso assume caratteristiche spaventose o inaccettabili e che perciò viene tenuto accuratamente nascosto agli altri.

Coloro che partecipano ad un gruppo terapeutico, hanno finalmente l’occasione di ascoltare altre persone con problemi e preoccupazioni simili, ricavandone grande sollievo e fiducia nella possibilità di aprirsi ed esplorare sé stessi. Vedere che rispetto ad uno stesso tema qualcuno è qualche passo avanti o indietro aiuta a vedere la situazione non sempre in stallo, immobile ma possibile di movimenti.

Il gruppo tende quindi a non identificare ciascun componente più solo come “portatore di problemi (obeso)” ma permette che ciascuno inizi a declinarsi come soggetto che prende la parola, inizia pertanto ad emergere una soggettività e la persona inizia a pensarsi.

### ***Non problema economico:***

### ***Numero definito di sedute***

### ***Numero di soggetti seguiti***

Ci si è trovati però di fronte al problema di come valutare i risultati rispetto a questo tipo di proposta terapeutica.

È necessario prima di parlare di una nuova proposta di valutazione condividere alcune riflessioni: perché ci troviamo di fronte ad una difficoltà o addirittura di fronte all'inesistenza di procedure di valutazioni che comprendano alcuni tipi di terapia e che quindi vadano al di là del singolo metodi di intervento. Ci troviamo di fatto di fronte al problema del tempo: questo gruppo a differenza di altri gruppi terapeutici, ha un tempo definito, un numero di incontri prefissati, una durata precisa delle sedute e una frequenza settimanale. Pertanto i risultati ottenuti nel corso di tre mesi (12 infatti sono gli incontri previsti) non possono essere comparabili ai risultati di un gruppo che dura ad esempio 5 anni. Le variabili che intervengono nei "cambiamenti dell'io" in un tempo di due mesi, sono minori e magari anche meno complesse di quelle che intervengono nell'arco di cinque anni.

Un secondo problema sono le scale di valutazione: ci poniamo infatti il problema se le variazioni statisticamente significative possono essere anche clinicamente significative. Pensiamo alla scala BECK per la depressione, un questionario con domande con un'estensione di 60 punti, una variazione di 4 punti può essere significativa da un punto di vista statistico, ma non è detto che sia clinicamente significativa. Non ci aiuta a comprendere e cogliere il processo che il paziente ha percorso.

Un'osservazione rispetto alla pratica clinica riguarda il problema della coerenza: è difficile valutare quanto l'intervento proposto sia ortodosso rispetto alla scuola a cui si fa riferimento e quanto invece la sommatoria di esperienza, la capacità di essere flessibili, permeabili a nuove riflessioni influenzi la pratica. Un'altra "complicazione" è data dal fatto che nella nostra esperienza i gruppi sono co-condotti: è favorito anche un duplice orientamento che permette confronto di prospettive.

Inoltre tutte le valutazioni parametriche presuppongono l'uso di osservazioni o interventi del terapeuta. Sorge spontanea la domanda su

come sia collocabile quello che noi definiamo "evento sorpresa", assimiliamo questo a una sorta di insight per cui il paziente ad un certo punto coglie come significativa la propria posizione, riesce a mentalizzare quindi il suo problema la sua fatica, la sua difficoltà.

L'euristica (dal greco eurisco scopro, trovo) è quella parte della ricerca il cui compito è quello di favorire l'accesso a nuovi sviluppi teorici. L'approccio euristico alla soluzione dei problemi non segue un chiaro percorso ma si affida all'intuito e allo stato temporaneo delle circostanze per generare una nuova conoscenza. Rispetto quindi al metodo che noi stiamo sperimentando non esistono parametri di riferimento o almeno noi non ne conosciamo e quindi non li abbiamo utilizzati. ?????

La sperimentazione che stiamo conducendo parte dal valutare come cambiano i contenuti e le frasi del discorso dei pazienti confrontando questi dopo la terapia e a distanza di 3 e 6 mesi. Questo entra nel merito quindi della capacità di mentalizzare un problema, di riconoscere se stesso nei cambiamenti e nella progettualità, di riuscire a "verbalizzare" un insight sperimentato.

A titolo di esempio riportiamo il lavoro che stiamo conducendo con i gruppi di pz con disturbo alimentare.

Prima dell'ingresso nel gruppo ai paz viene somministrata una batteria di test (Millon ASQ, Beck e Bes

Il Millon è ' un Inventario prodotto dallo psichiatra Theodore Millon,

L'Inventario Millon utilizza 175 item a risposta bipolare: vero o falso. Permette una classificazione secondo la classificazione del DSM( è uno più snello MMPI)

Il questionario BES è fra gli strumenti più utili e diffusi nello studio psicometrico dei soggetti obesi. E' un test diretto alla valutazione del comportamento alimentare e, in particolare del sintomo

“abbuffate compulsive” (binge eating scale).

La compilazione del questionario deve essere effettuata selezionando l'affermazione che sembra più adatta a descrivere la propria condizione emotiva. Per ciascuno dei 16 gruppi di affermazioni è necessario selezionare una sola delle quattro possibilità.

### Beck Depression Inventory

E' questo uno strumento volto a misurare l'intensità della depressione. Gli aspetti indagati dal test sono: tristezza, pessimismo, senso di fallimento,

insoddisfazione, senso di colpa, aspettativa di punizione, delusione verso sé stessi, autoaccusa, idee suicide, pianto, irritabilità, indecisione, dubbio, ritiro sociale, svalutazione della propria immagine corporea, calo dell'efficienza lavorativa, disturbo del sonno, faticabilità, calo dell'appetito, calo ponderale, preoccupazioni somatiche, calo della libido.

Il gruppo procede per 12 sedute . Al termine vengono riproposti i test ma vengono effettuati anche dei focus group a distanza di 3, 6, 12 mesi . I contenuti del focus vengono analizzati attraverso il Tlab che è un software che consente l'analisi dei testi ed in particolare di realizzare tre tipi di analisi:

**1.** analisi delle co occorrenze di parole chiavi: indici di associazione, confronti tra coppie, mappe concettuali, analisi delle sequenze, concordanze;

**2.** analisi tematiche delle unità di contesto: analisi dei contesti elementari, sequenze di temi, contesti chiave di parole tematiche;

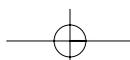
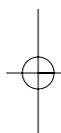
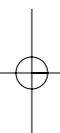
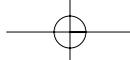
**3.** analisi comparative dei sottoinsiemi del corpus: analisi delle corrispondenze multiple...

Quello che ci preme sottolineare qui è la selezione delle parole chiave che consiste nella predisposizione di una o più liste di unità lessicali (parole, lemmi o categorie) da utilizzare per costruire le tabelle dati da analizzare.

...esempi... e parole gruppo donne mastectomizzate (fatica, cura di sé, preoccupazioni, abitudini, futuro, malattia, affetti)

Certamente non parliamo di dati certi ma di linee di tendenza, non dati statistici parametrici raffinati ma dati che evidenziano e descrivono linee di tendenze che tengano conto di quello che è accaduto.

Riteniamo infatti che un conto è fissare un soggetto e valutarne i cambiamenti un conto invece è favorire e studiare un percorso di soggettivazione rispetto ad un disturbo.



## *Psicologia e continuità assistenziale, ospedale e territorio.*

*Daniele Saglietti  
Psicologo Psicoterapeuta,  
Direttore S.O.C. Psicologia ASL 18  
Alba Bra (CN)*

La valutazione della qualità e significatività degli interventi psicologici viene proposta in raccordo ai processi atti a sviluppare e favorire la continuità assistenziale, pertanto rapportata direttamente alla capacità di integrazione ai processi: clinici - organizzativi - formativi delle Strutture delle Aziende Sanitarie e Ospedaliere. Vengono riaffermate come valori fondanti degli interventi psicologici nel Ssn: "la cultura e la pratica dell'integrazione" attraverso modelli organizzativi e processi di cura integrati e finalizzati ad aumentare la qualità dell'assistenza per una migliore qualità della vita, in un continuum di prestazioni e servizi tra ospedale e territorio. I Servizi di Psicologia e le attività svolte dagli psicologi si sviluppano trasversalmente alle Aziende Sanitarie coinvolgendo, nell'ambito ospedaliero e territoriale, settori strategici afferenti la clinica, la formazione e l'organizzazione, favorendo i processi di continuità assistenziale.

Obiettivo prioritario enunciato dai Piani Socio Sanitari nazionali e regionali è il miglioramento dello stato di salute della comunità, attraverso la realizzazione di programmi di intervento efficaci, basati su una migliore analisi dei bisogni e utilizzo delle risorse. Ogni Azienda Sanitaria è orientata ad ottimizzare l'impiego delle risorse disponibili, umane, tecniche, strutturali ed economiche per incrementare ed aggiornare la tipologia delle prestazioni, adeguandole tempestivamente ai bisogni di salute emergenti; promuovendo la collaborazione inter ed intra aziendale.

Il processo di aziendalizzazione ha proposto e propone tre priorità alle Aziende Sanitarie: la questione organizzativa, come riorganizzare il sistema; la questione strategica, come coinvolgere e condividere per governare; la questione tecnico- professionale, come promuovere l'integrazione tra le professioni e tra i servizi. Su questi tre fronti la psicologia sta dimostrando di poter offrire un contributo significativo al miglioramento della governance e di conseguenza delle risposte sanitarie ai cittadini e alle Comunità.

Proprio la sfida proposta dall'aziendalizzazione ha permesso alla psicologia di definire, in maniera più precisa ed appropriata, il proprio ruolo all'interno del Ssn rapportandosi al contesto multidimensionale e multiprofessionale in cui le Strutture sanitarie si trovano ad agire.

I bisogni di salute e di assistenza sono profondamente mutati e la sanità pubblica si misura, oggi, con scenari e soluzioni assai diverse rispetto al passato. La strada obbligata per assicurare risposte a questo nuovo e complesso bisogno di salute deve garantire integrazione, personalizzazione dei percorsi e attenzione per la qualità della vita in tutte le sue fasi.

L'ampliamento e la valorizzazione delle competenze, l'integrazione tra le discipline e le professioni diventano garanzia di continuità e coerenza nelle risposte ai bisogni della persona. Nessun profilo professionale è in grado, da solo, di dare risposte efficaci ed adeguate a bisogni così complessi.

I nuovi bisogni di salute emergono direttamente dalla necessità del *cittadino - soggetto a rischio - malato* di ricevere le cure più efficaci ed economiche possibili. A fianco degli interventi sanitari consolidati si rendono necessarie modalità di risposta che agiscono nella quotidianità di chi ne è esposto, non come un farmaco o una applicazione tecnologica, ma sollecitando comportamenti e cambiamenti direttamente connessi a stili di vita e relazioni.

A fianco dei rilievi epidemiologici che evidenziano l'aumento delle patologie croniche e degenerative, l'incidenza dell'invecchiamento e delle condizioni di fragilità dell'infanzia, dei giovani e delle famiglie immigrate; la quotidianità mette in evidenza un netto incremento di tipologie a criticità socio-sanitaria o assistenziale, anche a complessità sanitaria con problemi di gestione nel contesto abitativo per la situazione di fragilità o mancanza di protezione sociale. L'organizzazione di modelli adeguati di risposte ai bisogni di salute complessi comporta la necessità, da parte degli erogatori, di sviluppare interventi innovativi e nuove competenze, con attenzione alla globalità della persona e dei suoi bisogni nei diversi contesti, finalizzati sia alla promozione e mantenimento della salute, sia al contrasto e alla cura della malattia, avviando processi di continuità assistenziale, dalle fasi di degenza agli interventi ambulatoriali e domiciliari.

L'esigenza delle Aziende di fornire risposte sempre più adeguate ai bisogni di salute ha permesso alla Psicologia di ridefinire, in maniera più precisa ed appropriata, il proprio ruolo all'interno del Servizio sanitario, superando, anche se in modo disomogeneo, il tradizionale modello del lavoro prevalentemente psicoterapeutico orientato al singolo. Lo sviluppo di nuove modalità organizzative dell'assistenza psicologica nelle Aziende, avviatosi con l'istituzione delle Strutture Complesse di Psicologia, è raccordato ai cambiamenti occorsi ed alle trasformazioni in atto, e si caratterizza per la trasversalità di interventi e di risposte ai bisogni sollecitati dall'organizzazione sanitaria.

Il riscontro oggettivamente è un bisogno diffuso di interventi psicologici richiesti dai Servizi Sanitari, sia sul versante clinico che organizzativo. Le esperienze maturate propongono un primo quadro di riferimento tra le richieste avanzate e le risposte avviate, che possono essere sintetizzate come interventi esigibili:

> *sul versante organizzativo*  
verso attività di supporto:

- sia nella formazione psicologica e di sostegno al personale sanitario per favorire il processo terapeutico e contenere il disagio psichico del personale coinvolto nell'assistenza;

- sia di studio e analisi dei processi orientati allo sviluppo del clima e della salute organizzativa;

la promozione dei fattori protettivi nelle organizzazioni sanitarie risponde all'obiettivo di:

. diminuzione dei rischi psicologici trasversali (stress, burn-out, mobbing),

. valorizzazione delle risorse umane e delle buone pratiche,

. umanizzazione dell'assistenza e miglioramento della relazione di cura tra l'équipe curante, il malato ed i familiari,

. sviluppo dei processi di integrazione tra le professioni e del benessere organizzativo;

> *sul versante clinico*

con interventi:

- ospedalieri e territoriali, caratterizzati dal favorire la continuità assistenziale, dalle fasi acute a quelle croniche della malattia;

- di promozione della salute e di contrasto alla malattia, spostando l'asse dalla

psicopatologia al supporto agli stili di vita, in linea con la domanda di salute oggi

prevalente e in integrazione alle professioni socio-sanitarie.

L'elemento fondante che ha accomunato le esperienze dei servizi di psicologia è "la cultura e la pratica dell'integrazione", modalità operativa che si è declinata attraverso modelli organizzativi e processi di cura integrati alle professioni e ai servizi delle Aziende Sanitarie e Ospedaliere.

L'obiettivo di fondo è il miglioramento tangibile della qualità dell'assistenza per una migliore qualità della vita e l'adozione di modalità operative atte a favorire lo sviluppo dell'auto-efficacia, il sentimento di fiducia che gli individui hanno della propria capacità di agire in modo da influenzare la propria vita.

Lo sfondo richiamato dai bisogni di salute emergenti e dall'orientamento internazionale

delle strategie di sviluppo e di sistema nel settore socio-sanitario, è costituito dal cambiamento di paradigma che impone di spostare l'attenzione dal "modello malattia" al "modello salute".

La letteratura scientifica evidenzia che l'omogeneità dei percorsi diagnostico - terapeutici di tipo psicologico, secondo criteri di equità e di costi-efficacia-benefici (B.C. Psychological Association, 2002) è direttamente raccordata a contesti organizzativi in cui la domanda di assistenza psicologica possa trovare una risposta diretta ed essere soddisfatta in un contenitore appropriato e rispettoso della richiesta dell'utenza (Department of Health, 2004), specifico delle Strutture Organizzative di Psicologia. Si evidenzia la necessità, sempre dalla revisione della letteratura scientifica internazionale, che i progetti di implementazione utilizzino strategie di intervento "multidimensionali" rivolte sia al versante clinico che organizzativo, poiché strettamente correlati (Grilli, 2000; Antonioli et Al, 2001), competenza trasversale alle Aziende che le Strutture Complesse di Psicologia hanno e stanno sviluppando con *La cura dell'organizzazione e l'organizzazione della cura*.

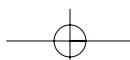
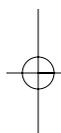
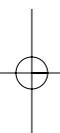
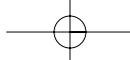
Lo sviluppo delle Strutture Complesse di Psicologia nel Ssn e regionale, si pone, all'interno della logica aziendale, sull'asse *risorse-risultati*. La struttura organizzativa, che ricomprende le diverse attività psicologiche, consente una combinazione efficiente ed efficace delle risorse rispetto ai fabbisogni organizzativi e alle funzioni e ai compiti che la Psicologia, all'interno del Servizio Sanitario, è chiamata a espletare, sviluppando le sinergie funzionali-organizzative con le altre strutture sanitarie, facilitando, nella pratica quotidiana, la continuità tra interventi ospedalieri e territoriali, non solo attraverso l'attività ambulatoriale. La reportistica sulle attività svolte dai Servizi di Psicologia, sul contesto nazionale e con rilievo significativo per il Piemonte, evidenzia un trend

di interventi diffusi all'intero ciclo di vita dell'individuo e delle famiglie. La cultura della psicologia della salute con interventi sanitari estesi ai contesti ospedalieri e territoriali risulta concreta risorsa per la continuità assistenziale. L'obiettivo di un miglioramento generalizzato dell'efficacia dei trattamenti non può prescindere dal coinvolgimento del paziente e delle sue risorse personali e ambientali nella definizione degli obiettivi terapeutici e dall'adozione di misure di outcome che riguardino il miglioramento clinico-sintomatologico, oltre la qualità delle cure.

Il rapporto tra outcome-management e outcome-measurement ci orienta maggiormente verso l'interrelazione tra processi organizzativi e processi di cura.

I modelli di intervento clinico-organizzativi, in accordo con le Linee Guida e i protocolli di provata efficacia, sono orientati prioritariamente allo sviluppo della prevenzione e alla loro integrazione nei processi di cura e riabilitazione delle malattie acute e cronico-degenerative, con attenzione particolare alle variabili che determinano l'efficacia della continuità assistenziale.

Richiamando una tecnica di gestione relativamente recente nell'organizzazione sanitaria, il *bench-marking*, l'obiettivo di migliorare le prestazioni è guidato da un processo di identificazione, comprensione e adattamento delle migliori prassi, proprie e di altre organizzazioni, e questo necessita del confronto con diverse istituzioni e con l'ambiente; non da ultimo invita a una apertura culturale che porta a condividere conoscenze, modalità operative e risultati con il gruppo intra e interprofessionale.



## Conclusioni

*di Ivana Cacciatori*

*Psicologa Psicoterapeuta, U.S.C. Psicologia Aziendale  
A.O. Provincia di Lodi*

Le psicologia in ospedale rappresenta una risposta specialistica ed integrata ai bisogni molteplici e complessi del malato, dei familiari, dei servizi.

La qualità e significatività degli interventi è direttamente rapportata alla capacità di integrazione ai processi clinici - organizzativi - formativi delle Strutture delle Aziende Sanitarie e Ospedaliere. Attraverso interventi psicologici adeguati è possibile migliorare la qualità globale del processo di cura e di assistenza dei malati, dei familiari e degli operatori, i quali, diversamente di fronte alla malattia o al trauma sviluppano meccanismi di difesa che non facilitano la compliance terapeutica da un lato ed il benessere organizzativo dall'altro.

La ricerca psicologica evidence based psychology conferma che "pazienti" psicologicamente 'sostenuti' nell'impatto con la malattia o con l'intervento clinico sviluppano comportamenti che migliorano la compliance e quindi l'efficacia delle cure; familiari più adeguatamente informati e più supportati dal punto di vista psicologico partecipano con più adeguatezza al processo di assistenza; operatori sanitari più formati e protetti di fronte ai rischi di stress o di burn out si assentano meno e lavorano meglio.

Tutto ciò produce nel tempo un miglioramento del clima organizzativo e un miglioramento dell'efficacia complessiva della cura e dell'assistenza, che (nel breve e medio periodo) può anche portare ad una riduzione complessiva dei costi.

Se queste sono le prospettive e gli obiettivi verso cui si muovono le esperienze di psicologia ospedaliera, non è altrettanto facile attuarle.

Le difficoltà sono riconducibili a molteplici fattori, strutturali, funzionali, politici ed economici, di carenza di personale, ma anche ed in primis, culturali.

L'obiettivo di questo convegno, come di questa conseguente pubblicazione è proprio rivolto a promuovere una consapevolezza ed una cultura dell'agire psicologico in ambito ospedaliero condivisa e trasmissibile agli operatori della sanità e non solo tra gli psicologi.

La diffusione della "cultura" psicologica all'interno delle strutture ospedaliere infatti, in Italia è ancora purtroppo insufficiente, nel senso che gli stessi operatori psicologi faticano a sostenere, diffondere, sensibilizzare, far conoscere i propri riferimenti scientifici, le proprie "evidence based psychology" al resto della comunità di operatori ospedalieri, molti dei quali spesso ancora oscillano tra due diversi atteggiamenti: quello di aspettativa mistica che lo psicologo possa "salvare" i casi "strani" e "impossibili", nel senso non altrimenti trattabili con gli strumenti della medicina (interventi o farmaci, seppur "psico"-farmaci), o messaggeri di diagnosi particolarmente infauste da un lato; e l'atteggiamento svalutativo che vede lo psicologo come una sorta di ridondanza più saccientemente fastidiosa e ancorché inutile dell'assistente sociale o uno "psichiatra mancato" senza poteri "hard", che non può prescrivere farmaci ed assumersi la responsabilità medica della diagnosi.

Certo esistono anche molte realtà e professionisti sanitari che invece comprendono la specificità dell'intervento psicologico e ne fruiscono con ottimi esempi di integrazione multiprofessionale, per rispondere meglio alla complessità dei bisogni di cura sia dei pazienti, sia dell'or-

ganizzazione sia dei lavoratori.

In altri casi è però dominante un “utilizzo” sporadico e individuale della figura psicologica, alla quale si delegano/demandano funzioni “confine” tra la professionalità medica e quella assistenziale, svilendone così le potenzialità e l’efficacia.

Sarebbe auspicabile un approccio al paziente e all’organizzazione che integri le professionalità coinvolte per migliorare i processi di cura del paziente.

Eventi come questo convegno, aperto a tutte le figure professionali, psicologiche e mediche, per le quali non casualmente è stato accreditato, ha visto una massiccia partecipazione di psicologi, fenomeno prevedibilmente autoreferenziale.

E’ ovvio che un convegno specialistico sia prevalentemente rivolto agli specialisti della disciplina oggetto di approfondimento, ma in questo caso lo sforzo è stato diretto proprio verso quel tentativo di sensibilizzare e fornire “prove” dell’esistenza e dell’efficacia di modelli di intervento psicologici in ospedale, ad altri operatori che lavorano in ambiti sanitari non espressamente psicologici.

L’Unità Operativa di Psicologia dell’Azienda Ospedaliera di Lodi ha tra i suoi obiettivi sin dalla propria istituzione, quello di promuovere e contribuire a diffondere la conoscenza e la cultura degli interventi psicologici in ospedale, anche attraverso questa quarta edizione del convegno “Psicologia in ospedale 2009”: gli interventi di questo momento di riflessione, tenuti da relatori provenienti da realtà professionali di diverse regioni, hanno spaziato da argomenti più teorici, come la scientificità degli interventi e la valutazione degli esiti, ad altri più tecnico operativi, come, per citarne alcuni, la valutazione dell’impatto del processo e dell’esito dei colloqui psicologici di sostegno nel contesto ospedaliero, e la valutazione dell’intervento sup-

portivo al paziente oncologico e al suo caregiver.

Riteniamo importante e significativo lo sforzo compiuto da coloro che hanno partecipato alle iniziative formative proposte in questi anni al fine di contribuire ad estendere e condividere tra professionisti psicologi e non il know that (conoscenza dichiarativa) e il know how (conoscenza procedurale) psicologici.

Ringraziamo in particolare tutti i colleghi del territorio oltre che i gentili Ospiti che hanno permesso lo svolgersi di questo stimolante momento di confronto mettendo a disposizione la propria esperienza professionale e la volontà di condividerla.



**AZIENDA  
OSPEDALIERA  
DELLA  
PROVINCIA  
DI LODI**

**DIPARTIMENTO DI PSICHIATRIA E DI SALUTE  
MENTALE**

**Direttore di Dipartimento**

**Dr. Eligio Gatti**

**DIPARTIMENTO DI**

**PSICOLOGIA**

**SALUTE MENTALE**

**AZIENDALE**

**U.S.C.**

**LA PSICOLOGIA IN OSPEDALE:  
Esperienze e risultati  
IV Edizione**

**19 Giugno 2009 (Ore 9.00-17.30)**



**RESPONSABILE SCIENTIFICO**

**Dr.ssa Ivana Cacciatori**

**SEGRETERIA ORGANIZZATIVA**

**Dr.ssa Chiara Grossi**

**Dr.ssa Emanuela Voltarel**

**MODALITA' DI ISCRIZIONE**

**Telefonare alla Segreteria U.S.C. Psicologia Aziendale**

**(Tel.0371/372748) dalle 10.00 alle 16.00**

**entro il 12 Giugno 2009**

**C/O Sala Antonella Granata - ex San Paolo**

**Via Fanfulla, 3 ( Lodi )**

**Con il Patrocinio di:**



**RELATORI**

- Dr.ssa C. Bignamini**  
Psicologa Psicoterapeuta, USSD Psicologia A.O. Bergamo
- Dr. P. Braibanti**  
Psicologo Psicoterapeuta, USSD Psicologia A.O. Bergamo
- Dr.ssa I. Cacciatori**  
Psicologa Psicoterapeuta, U.S.C. Psicologia Aziendale A.O. Lodi
- Dr. G. De Isabella**  
Psicologo Psicoterapeuta, Direttore U.S.C. Psicologia Clinica A.O. San Carlo di Milano
- Dr. F. Pavesi**  
Medico, Direttore Sanitario Az. Osped. di Lodi
- Dr. F. De Angelis**  
Psicologo, Specializzando, U.S.C. Psicologia Clinica A.O. San Carlo di Milano
- Dr. E. Gatti**  
Psichiatria, Direttore DSM Az. Osped. di Lodi
- B. Gritta**  
Direzione Sanitaria, Ufficio infermieristico Lodi
- Dr. U. Mazza**  
Psicologo Psicoterapeuta, Direttore U.O. Psicologia Adulti A.O. San Gerardo di Monza
- Dr.ssa R. Monaco**  
Psicologa Psicoterapeuta, Direttore U.S.C. Psicologia Clinica A.O. G. Salvini di Garbagnate Milanese (MI)
- Dr. M. Orlandi**  
Cardiologo, Direttore del Dipartimento Area Medica e Riabilitazione presso A.O. Lodi
- Dr.ssa M. G. Pompei**  
Psicologa Psicoterapeuta, Direttore U.O n.1 di Psicologia, Coordinatore DSM AFSS - Trento, Docente Università Cattolica di Milano
- Dr.ssa R.C. Quartieri**  
Neuropsichiatra infantile, Resp. U.O. Neuropsichiatria A.O. Lodi
- Dr. M. Riva**  
Neurologo, Direttore U.O. Neurologia presso A.O Lodi
- Dr. D. Saglietti**  
Psicologo Psicoterapeuta, Direttore S.O.C. Psicologia ASI, 18 Alba-Bra (CN)
- Dr.ssa E. Saita**  
Psicologa,Psicoterapeuta, Docente Università Cattolica di Milano
- Dr.ssa M. Strepparava**  
Associato Psicologia Clinica, Facoltà di Medicina e chirurgia, Univ. Milano - Bicocca, Psicoterapeuta, didatta SITCC
- Dr. R. Telleschi**  
Psicologo Psicoterapeuta, Direttore U.S.C. Psicologia Aziendale

### **OBIETTIVI DEL CONVEGNO**

Questo quarto incontro formativo vuole essere un momento di riflessione e confronto tra psicologi impegnati, in diverse realtà ospedaliere, a rispondere alla domanda di assistenza dei cittadini e a lavorare per trasformare la struttura ospedaliera a misura dei bisogni del paziente.

In particolare, in questa edizione verranno approfonditi i temi relativi agli esiti e i risultati dell'intervento psicologico alla luce di una metodologia di collaborazione ed integrazione all'interno della realtà ospedaliera.

L'incontro si concluderà con una discussione sui contenuti proposti e con l'ascolto dei punti di vista sugli interventi psicologici in ospedale da parte di specialisti di altre discipline.

### **METODOLOGIA**

Lezioni frontali  
Discussione

### **ARTICOLAZIONE DEL CORSO**

Il corso avrà la durata di **8 ore**, si svolgerà dalle ore 9,00 alle ore 17,30 il **19 Giugno 2009**

### **SEDE**

C/O Sala Antonella Granata-ex San Paolo, via Panfolla, 3, Lodi

### **QUESTIONARI DI FINE CORSO**

Alla fine del corso saranno somministrati questionari per la valutazione del gradimento e per la verifica dell'apprendimento in ottemperanza alle indicazioni della commissione ECM al fine di acquisire crediti formativi

### **ATTESTATI DI PARTECIPAZIONE**

Il rilascio degli attestati correlati di crediti formativi ECM è subordinato alla partecipazione dell'intero programma, ed alla compilazione del questionario di apprendimento e di gradimento. Si precisa altresì, che il numero di crediti non è soggetto a riduzioni, aumenti o frazionamenti.

### **Programma della giornata**

Ore 9.00 Registrazione partecipanti

Ore 9.15 Apertura lavori (**F. Pavesi**)

Ore 9.30 Presentazione della giornata (**R. Telleschi**)

Ore 9.45 Psicologia e scientificità degli interventi

**[M. Strepparava]**

Ore 10.30 La valutazione degli esiti : modalità e

strumenti **[G. De Isabella; F. De Angelis]**

Ore 11.00 Coffee break

Ore 11.15 La continuità assistenziale fra ospedale e

territorio : i risultati dell'integrazione **[D. Saggietti]**

Ore 11.45 La promozione del benessere organizzativo e

assistenziale come indicatore di successo nei percorsi di

cura **[M. G. Pompei]**

Ore 12.15 La valutazione dell'intervento supportivo al

paziente oncologico e al suo caregiver **[E. Saita]**

Ore 12.45 Pausa pranzo

Ore 14.30 La valutazione sperimentale dei pazienti

cardiopatici in riabilitazione **[U. Mazza]**

Ore 15.00 Indicatori di successo nelle terapie di gruppo

monotematiche/monosintomatiche **[R. Monaco]**

Ore 15.30 Valutazione dell'impatto del processo e dell'esito dei colloqui psicologici di sostegno nel contesto ospedaliero **[C. Bignamini, P. Braibanti]**

Ore 16.00 Coffee break

Ore 16.15 **Tavola Rotonda**

Quale integrazione interdisciplinare per quali risultati?

Coordina : **R. Telleschi**

Introduce : **M. Riva**

Partecipano : **I. Cacciatori, E. Gatti, B. Gritta,**

**G. De Isabella, M. Orlandi, R.C. Quartieri**

Ore 17.00 Discussione e correzione ECM



