

La Psicologia come risorsa

28-10-16

Zanhotel EUROPA Via Boldrini,11- Bologna

# La Psicologia in Ospedale: dalla consulenza al modello multidisciplinare

**Malvina Mazzotta**

Coord.ce Settore Psicologia Ospedaliera  
Direzione Medica di Presidio  
AUSL Imola

**Paola Dondi**

Resp.le U.O Psicologia Ospedaliera  
NOCSAE  
S.Psicologia, DSM, AUSL Modena

# La Psicologia in Ospedale

## Obiettivi

- migliorare la qualità globale del percorso di cura e di assistenza
- il focus dell'intervento è sul vissuto che i malati, i familiari ed il personale sanitario sviluppano di fronte alla malattia
- favorire non soltanto "l'umanizzazione" quanto percorsi d'integrazione mente-corpo che influenzano l'esito della prestazione sanitaria nella sua interezza

# Storia della Psicologia in Ospedale

## *Difficoltà di riconoscimento istituzionale*

- La riforma Gentile (Primo Governo Mussolini) abolisce la Psicologia come disciplina di insegnamento. Padre Agostino Gemelli e Mario Ponzio sono gli unici a conservare l'attività di Psicologia (1952).
- All'interno dell'istituzione ospedaliera si connota come un aiuto al letto del malato.
- Negli anni 70 viene istituito il primo corso di laurea universitario in Psicologia e Cesa Bianchi, Canestrari, Carli costituiscono corsi di Specializzazione in Psicologia Clinica

# Linee d'indirizzo per l'assistenza psicologica SIPSOT 2009

## 1. Pazienti/famiglie

- per rispondere alla domanda di salute nei suoi aspetti psicologici;
- per aiutarli a superare le **fasi critiche** della vita;
- per **alleviare la sofferenza psichica**, prevenire e gestire lo stress conseguente allo sviluppo di malattie acute o croniche, a condizioni di disabilità;
- per **promuovere l'adattamento** psicosociale e la qualità di vita, specie nella cronicità.

## 2. Operatori sanitari

- per promuovere **percorsi diagnostico e/o terapeutici** che considerino la persona nella sua totalità;
- per aiutarli nel **fornire risposte appropriate** ai pazienti affetti da patologie psicosomatiche e/o ad eziologia psicogena;
- per sviluppare **programmi di formazione** volti al miglioramento della qualità assistenziale;
- per fornire **conoscenze e strumenti psicologici** che consentano di gestire autonomamente il processo assistenziale in modo globale in tutte le sue fasi.

# Linee d'indirizzo per l'assistenza psicologica SIPSOT 2009

## **3. Istituzione Sanitaria**

- per l'**integrazione** dei processi assistenziali erogati in una visione unitaria;
- per sviluppare programmi riguardanti la qualità, la promozione della salute, l'umanizzazione dell'assistenza, il benessere organizzativo.

## **4. Associazioni di volontariato e di tutela**

- per sostenere l'integrazione socio-sanitaria;
- per la formazione finalizzata a favorire l'umanizzazione dell'assistenza e la promozione di stili di vita salutari;
- per coinvolgerli nei percorsi assistenziali specie se ad alta complessità.

# Linee d'indirizzo per l'assistenza psicologica SIPSOT 2009

## 5. Comunità

- per promuovere stili di vita salutari;
- per facilitare l'accesso ai servizi.

Per realizzare tali obiettivi, lo psicologo può contare sugli **strumenti** e i **metodi** propri

della psicologia nelle sue diverse aree scientifiche (Psicologia clinica, Psicologia dello sviluppo, Psicologia della Salute e di Comunità, Psicologia delle Organizzazioni).

Nello specifico i servizi offerti si articolano in diversi ambiti di intervento.

# Documento di Consenso Italiano sulla Psicologia Ospedaliera

## *Italian Statement on Hospital Psychology*

**Marzo 2013**

FISSP, AIPCP, SIPLES, SIPNEI, SIPSA, SIPSOT, PSISA,  
Gruppo Psicologia Ospedaliera AUIPI

- a) La necessità di definire degli **standard** adeguati a livello nazionale e regionale, una governance a livello regionale (progetti, tavoli tecnici e di coordinamento, sistemi informativi), la definizione e condivisione di modelli operativi e percorsi diagnostico-terapeutici.
- b) La necessità di “**tenere insieme**” nelle forme possibili le professionalità psicologiche che operano in ambito ospedaliero, al fine di assicurare ad ogni livello una adeguata gestione delle risorse professionali in relazione alla programmazione ed alle priorità regionali e aziendali ed il loro raccordo con i servizi territoriali.

E' fondamentale disporre di “**cabine di regia**” regionali e locali in grado di ottimizzare l'uso delle risorse in relazione alle necessità del Sistema.

**Documento di Consenso Italiano sulla Psicologia Ospedaliera**  
***Italian Statement on Hospital Psychology***  
***Marzo 2013***

FISSP, AIPCP, SIPLES, SIPNEI, SIPSA, SIPSOT, PSISA,  
Gruppo Psicologia Ospedaliera AUPI

Nel declinare le modalità organizzative è necessario tener conto contestualmente e di integrare almeno i seguenti criteri:

- **Istituzionale:** la necessità di prevedere **strutture complesse autonome** di psicologia ospedaliera negli ospedali con autonomia istituzionale e/o di II livello (azienda, azienda universitaria, IRCSS, ospedali di II livello). Di prevedere attività di psicologia nei contesti ospedalieri di ASL (di I livello e di comunità) con definite modalità organizzative e di **coordinamento (strutture semplici dipartimentali o SS)** anche mediante forme a rete con altri servizi psicologici ospedalieri e/o territoriali
- **Di ambito:** riconoscere la **peculiarità** delle attività psicologiche svolte in ambito ospedaliero in relazione agli specifici bisogni e realtà assistenziali di questo contesto.
- **Di competenza professionale:** la necessità di riconoscere le peculiari **competenze specialistiche** degli psicologi ospedalieri e, nel contempo, di mettere al servizio del Sistema le competenze nel campo degli aspetti psico-comportamentali della malattia fisica, mediante forme di consulenza ai servizi territoriali e alle cure primarie

# Documento tecnico Psicologia Clinica e di Comunità in ER

## Linee di indirizzo alla aziende sanitarie

### 2013

#### ASSISTENZA OSPEDALIERA

BISOGNI SANITARI E SOCIO-SANITARI (L.E.A., P.S.N., P.S.S.R., P.O. ...)	
<input type="checkbox"/> Pazienti oncologici adulti	<input type="checkbox"/> Pazienti con AIDS
<input type="checkbox"/> Pazienti terminali	<input type="checkbox"/> Patologie rare
<input type="checkbox"/> Pazienti con disabilità fisica e/o sensoriale	<input type="checkbox"/> Minori con patologia onco-ematologica
<input type="checkbox"/> Pazienti con insufficienza renale cronica	<input type="checkbox"/> Minori nati prematuri in follow up
<input type="checkbox"/> Pazienti trapiantati o in attesa di trapianto	<input type="checkbox"/> Genitori di neonati prematuri
<input type="checkbox"/> Donatori di trapianto	<input type="checkbox"/> Genitori di neonati con malformazioni
<input type="checkbox"/> Pazienti con sclerosi multipla/ SLA	<input type="checkbox"/> Genitori di neonati asfittici
<input type="checkbox"/> Pazienti con disabilità complesse	<input type="checkbox"/> Morti intrauterine nel 2° semestre di gravidanza
<input type="checkbox"/> Pazienti con demenza	<input type="checkbox"/> Donne con depressione perinatale
<input type="checkbox"/> Pazienti cardiologici	<input type="checkbox"/> Familiari di pazienti ricoverati (Oncologia, Hospice, Pediatria, Neonatologia, ...)
<input type="checkbox"/> Pazienti traumatizzati	
<input type="checkbox"/> Pazienti chirurgici dove è prevista la valutazione psicologica ( es. obesità grave).	

# Documento tecnico Psicologia Clinica e di Comunità in ER

## Linee di indirizzo alla aziende sanitarie

### 2013

RISPOSTE DELLA PSICOLOGIA (PRODOTTI)	
<input type="checkbox"/> Accesso e Accoglienza	Trattamenti:
<input type="checkbox"/> Valutazione psicodiagnostica	<input type="checkbox"/> Sostegno Psicologico*
<input type="checkbox"/> Valutazione neuropsicologica	<input type="checkbox"/> Consulenza Psicologica*
<input type="checkbox"/> Refertazione clinica	<input type="checkbox"/> Intervento Psicologico di gruppo
<input type="checkbox"/> Lavoro di équipe	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Supporto agli operatori sanitari (individuale)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Formazione agli operatori sanitari (di gruppo)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Supporto alle Associazioni di Volontariato e alle Associazioni di Cittadini	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Interventi di Rete	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Trattamenti Integrati	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Consulenza ad altre professionalità/servizi	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Ricerca	
RISPOSTE DELLA PSICOLOGIA (PRODOTTI INDIRETTI )	
<input type="checkbox"/> Salute organizzativa	

\*individuale/di coppia/della diade/familiare/di gruppo

# Documento tecnico Psicologia Clinica e di Comunità in ER

## Linee di indirizzo alla aziende sanitarie

### 2013

A livello regionale, le aree che vedono principalmente impegnata la figura dello psicologo sono, in ordine decrescente rispetto alla dotazione globale e confrontata con dotazione di "dipendenti + Pap":

N. UE / Area	media RER tot.	% tot.	Media RER (Dip. + Pap)	% tot.	Dipartimento
NPIA	132.9	28.0	112.2	32.6	DSM-DP
Dipendenze patologiche	61.4	13.0	47.9	13.9	DSM-SP
Psichiatria adulti	61.2	12.9	49.8	14.5	DSM-DP
Consultorio familiare	55.4	11.7	50.7	14.7	DCP
Tutela minori	45.7	9.6	35.0	10.2	
Ospedale	30.6	6.5	18.2	5.3	
Consultorio giovani	14.3	3.0	8.8	2.5	DCP
Carceri	10.4	2.2	6.3	1.8	DSM-DP
Handicap fisico adulti	7.2	1.5	5.2	1.5	
DCA	5.9	1.2	4.8	1.4	DSM-DP
Anziani	6.2	1.3	1.9	0.5	DCP
Sanità pubblica	4.9	1.0	1.0	0.3	DSP
Handicap mentale adulti	2.6	0.5	2.6	0.7	
TOTALE RER	474.1	100	344	100	

La prima ovvia considerazione che emerge da questi dati è anche la prevalente attività degli psicologi clinici e di comunità nel DSM-DP (dal 57 al 64%), seguiti dal 16-18% nel Dipartimento Cure Primarie (consultorio familiare, giovani, anziani).

## Seminari di area Regione Emilia - Romagna

# “La Psicologia nell'assistenza Ospedaliera” 2014

### La Psicologia clinica e di comunità nel Servizio Sanitario Regionale: presentazione delle linee di indirizzo e loro applicazione



**Bologna:** 29/05/14 Regione Emilia – Romagna Auditorium, Viale A. Moro, 18  
**Cesena:** 11/06/14 Sala Convegni, Ospedale Bufalini, Viale Ghirotti, 286  
**Piacenza:** 22/09/14 Sala Colonne, Ospedale G. Da Saliceto, Via G. Taverna, 49

**Ore 9:00** Registrazione dei partecipanti

**Ore 9:30** “Apertura dei lavori e presentazione delle linee di indirizzo regionali” **Mila Ferri**  
Responsabile Servizio Salute Mentale Dipendenze Patologiche, Salute nelle Carceri, Regione E-R

**Ore 10:00** La Psicologia clinica e di comunità:  
“Trasversalità e salute di comunità: reti di protezione, prevenzione e cura”  
**Maria Maffia Russo**  
Direttore Programma di Psicologia, Ausl della Romagna – Rimini

**Ore 10:20** “Governare clinico, informatizzazione e valutazione di esito dei trattamenti psicologici”  
**Daniela Rebecchi**  
Direttore Settore Psicologia, Dipartimento Salute Mentale Dipendenze Patologiche, Ausl di Modena

**Ore 10:40** “La Psicologia nell'assistenza Ospedaliera”  
**Paola Vandelli \* e Gioacchino Pagliaro\*\***  
\*Direttore Servizio Formazione e Aggiornamento, Azienda Ospedaliero - Universitaria, Policlinico di Modena  
\*\*Direttore UOC di Psicologia Clinica Ospedaliera, Dipartimento Oncologico, Ausl di Bologna

**Ore 11:20** Discussione - Coffee break

**Ore 11:40** “La formazione e la ricerca in continuità tra Aziende sanitarie e Università” **Bruna Zani**  
Presidente della Scuola di Psicologia e Scienze della Formazione, Università di Bologna

**Ore 12:00** “Le case della salute: il contributo della psicologia clinica” **Antonio Brambilla**  
Responsabile Servizio Assistenza Distrettuale, Medicina Generale, Pianificazione Sviluppo dei Servizi Sanitari, Regione E-R

**Ore 12:20** Tavola rotonda  
“Il Servizio di Psicologia: connessioni e trasversalità”

Moderatore: **Marilena Durante**  
Servizio Salute Mentale Dipendenze Patologiche Salute nelle Carceri, Regione E-R

Interverranno: Direttori Sanitari Aziende USL ed Ospedaliere, Direttori Attività Socio Sanitarie, Direttori di Dipartimento, Coordinatori Servizi sociali dell'Ente Locale e Direttori di Distretto

**Ore 14:00**  
Compilazione del questionario di gradimento e conclusione dell'evento

**Formazione 2013-14**

**DIPARTIMENTO DI PSICOLOGIA ALMA MATER STUDIORUM UNIVERSITA' DI BOLOGNA**

**LA PSICOLOGIA CLINICA OSPEDALIERA NELLA REGIONE EMILIA**

**ROMAGNA: L'APPROCCIO BIO-PSICO-SOCIALE**

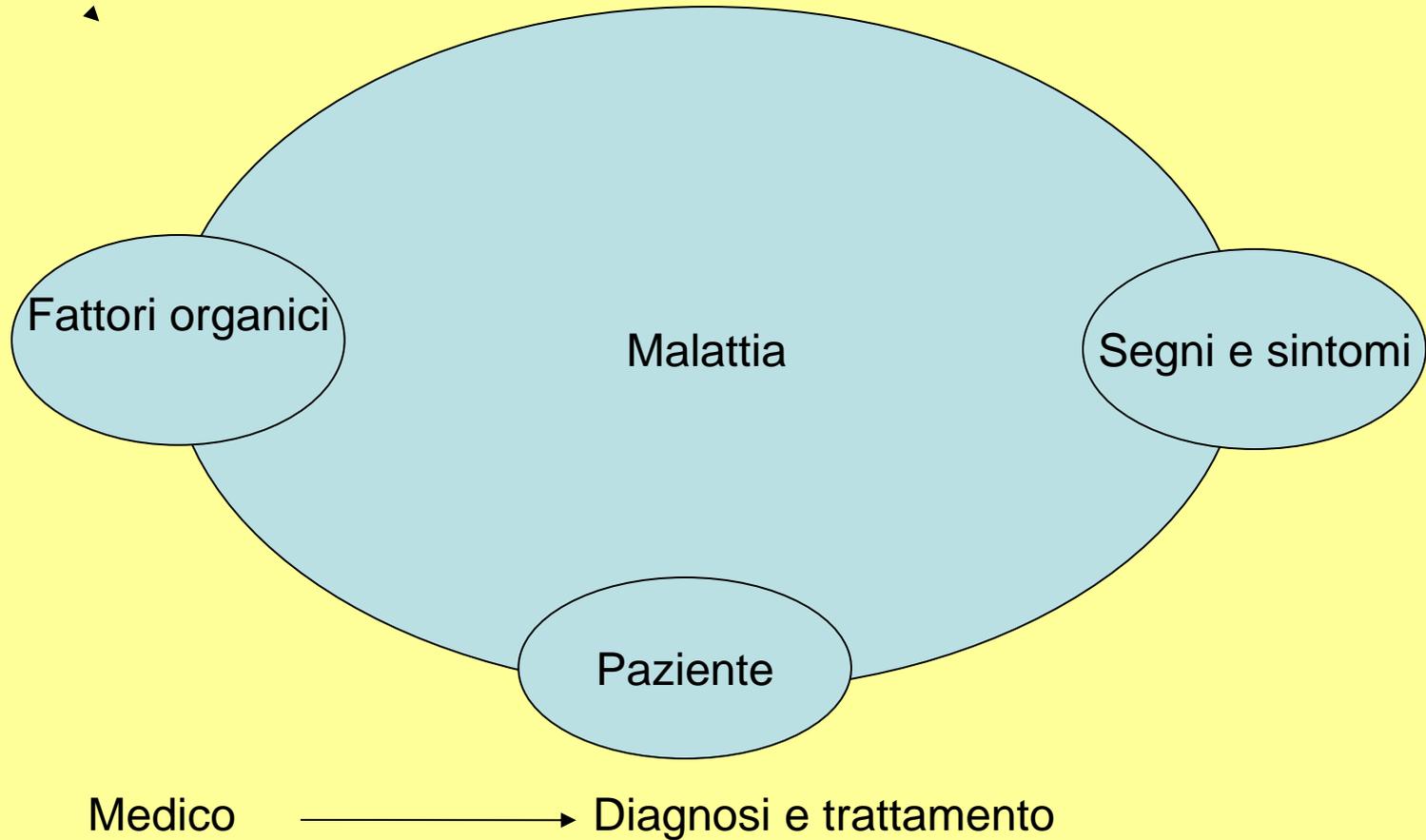
**Responsabili scientifici dell'evento formativo:** M. Ercolani, S. Grandi,  
M. Farinelli, P. Dondi

**Docenti dell'evento formativo:** M. Farinelli, P. Dondi

**Gruppo di Lavoro degli Psicologi:** G. Barbieri, O. Bettinardi, M. Bianconcini, S. Cavedoni, C. Conti,  
G. Dordoni, L. Gestieri, L. Golfieri, L. Leonardi, M. Mazzotta, B. Novelli, L. Randis, C. Romaniello,  
C. Sgarbi, L. Staccini, F. Tanzi, L. Valentini, A. Venturoli

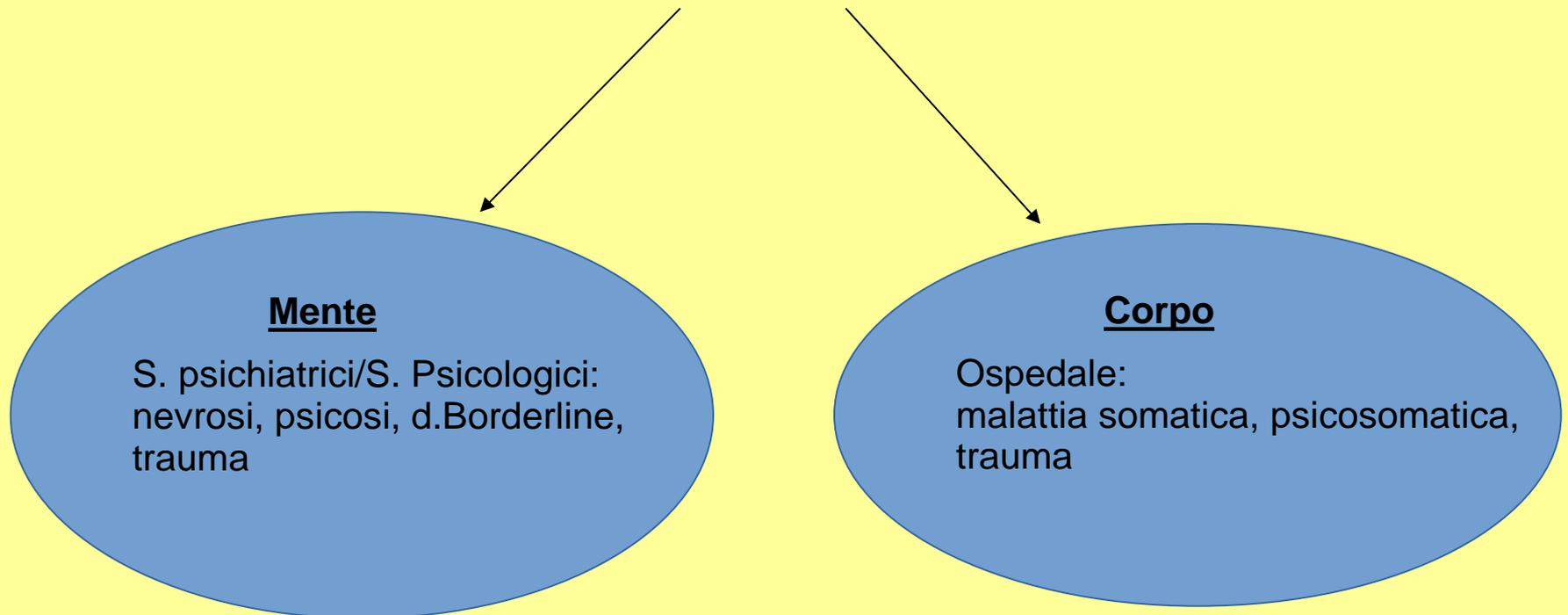
**Tirocinanti:** C. Bortolotti, M. Manno, C. Palazzi, I. Sala

# Approccio bio-medico



# Passaggio dal setting psicologico/psicoterapeutico al setting ospedaliero

- Prospettiva osservazionale modificata sulla base del diverso accesso e della diversa richiesta di cura:



# Trattamento psicologico in ambito multidisciplinare



# LA PSICOLOGIA CLINICA OSPEDALIERA NELLA REGIONE EMILIA ROMAGNA: L'APPROCCIO BIO-PSICO-SOCIALE

## SOTTOGRUPPI DI LAVORO

- **GRUPPO DIABETE:** Paola Dondi (referente), Sonia Cavedoni, Laura Leonardi, Malvina Mazzotta, Ilaria Sala, Cinzia Sgarbi.
- **GRUPPO NEFROLOGIA:** Giordana Dordoni (referente), Barbara Novelli, Luana Randis.
- **GRUPPO NEUROLOGIA E RIABILITAZIONE:** Marina Farinelli (referente), Giorgia Barbieri, Mariangela Bianconcini, Laura Gestieri, Simona Li Calzi, Diana Maccolini, Melissa Mercuriali, Chiara Palazzi, Caterina Romaniello, Laura Staccini, Francesca Tanzi, Laura Valentini.
- **GRUPPO TRAPIANTI D'ORGANO:** Ornella Bettinardi (referente), Carolina Conti, Lucia Golfieri, Manuela Manno, Andrea Venturoli.

# LA PSICOLOGIA CLINICA OSPEDALIERA NELLA REGIONE EMILIA ROMAGNA: L'APPROCCIO BIO-PSICO-SOCIALE

## OBIETTIVI DEI GRUPPI DI LAVORO

Nel presente contributo gli interventi proposti faranno, parimenti al modello **IAPT** (Improving Access to Psychological Therapies) e alla costituzione dei **PDTA** (Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali), riferimento alla definizione di fasi all'interno dei percorsi di cura che terranno conto della:

- (a) valutazione psicologica corrispondente all'intervento di **1° livello** cui accedono tutti i pazienti segnalati per problematiche psicologiche;
- (b) interventi psicosociali di bassa intensità corrispondenti al **2° livello** cui accedono pazienti, risultati dalla precedente valutazione, di bassa complessità psicologica;
- (c) interventi psicologici di **3° livello** a cui accedono i pazienti più problematici per i quali si ritiene necessaria ed indicata la psicoterapia.

# LA PSICOLOGIA CLINICA OSPEDALIERA NELLA REGIONE EMILIA ROMAGNA: L'APPROCCIO BIO-PSICO-SOCIALE

## 2.1.DESCRIZIONE DEI PERCORSI DEGLI INTERVENTI PSICOLOGICO-CLINICI DEL PAZIENTE CON DIABETE

### 2.1.1. INTRODUZIONE

Il diabete mellito, comunemente definito diabete, è un gruppo di malattie metaboliche in cui la persona ha come difetto principale un aumento delle concentrazioni ematiche di glucosio (iperglicemia). Le forme più comuni di diabete, che comprendono la quasi totalità dei casi, ricadono in tre principali categorie:

- il diabete di tipo 1 (DT1),
- il diabete di tipo 2 (DT2);
- il diabete gestazionale, con evoluzione generalmente benigna al termine della gravidanza.

Si sta assistendo ad un'epidemia mondiale di diabete, con una prevalenza che arriverà fino al 6,3% nel 2025, coinvolgendo 333 milioni di persone in tutto il mondo. L'OMS ha quindi inserito il diabete fra le patologie croniche su cui maggiormente investire per la prevenzione, dato il crescente peso assunto da questa patologia anche nei Paesi in via di sviluppo e vista la possibilità di attuare misure preventive efficaci e di basso costo. Il rischio di insorgenza del DT2 è in larga parte determinato da età, obesità, familiarità ed etnia. In Italia, l'allungamento della vita media e il cambiamento dello stile di vita (sedentarietà, obesità) sono in larga parte responsabili dell'aumento atteso nella prevalenza del DT2.

# LA PSICOLOGIA CLINICA OSPEDALIERA NELLA REGIONE EMILIA ROMAGNA: L'APPROCCIO BIO-PSICO-SOCIALE

## 2.1.2. CRITERI DI INVIO E DI ACCESSO AI SERVIZI OSPEDALIERI

I criteri di invio si modificano a seconda del regime in cui si trova il paziente nel momento in cui viene richiesto l'intervento psicologico. Sono previste tre modalità di invio, a seconda che si tratti di:

**- Paziente degente in ospedale:**

richiesta tramite SIO (Sistema Informativo Aziendale) o attraverso una richiesta di consulenza del medico di reparto;

**- Paziente in Day-Service:**

interventi da concordare dove sia presente il Day-Service;

**- Paziente in ambulatorio:**

l'invio del paziente all'Unità Operativa di Psicologia Ospedaliera avviene o tramite SIO od attraverso una richiesta del diabetologo.

# LA PSICOLOGIA CLINICA OSPEDALIERA NELLA REGIONE EMILIA ROMAGNA: L'APPROCCIO BIO-PSICO-SOCIALE

## 2.2.LA VALUTAZIONE PSICOLOGICA

### 2.2.1. Fase di prima valutazione psicologica con il paziente

**(Strumenti clinici e psicometrici: vedi Tabelle 1 e 2) 8**

Vengono programmati **2/3 incontri di consulenza** che danno luogo ad una restituzione al paziente circa i nuclei disfunzionali da approfondire ed una relazione clinica al diabetologo nell'ambito della quale viene evidenziata l'eventuale proposta di trattamento multidisciplinare.

Nella fase di consultazione con il paziente diabetico, è opportuno che lo psicologo:

- indaghi **l'atteggiamento del paziente nei confronti della malattia**, con particolare riferimento alla percezione che la gestione della malattia sia internalizzata o esternalizzata; le prevalenti rappresentazioni mentali che il paziente ha costruito sul disagio legato alla percezione e alla gestione della malattia diabetica (teorie sulla malattia);
- identifichi la presenza della **motivazione del paziente**;
- rediga un profilo di personalità orientato a valutarne gli **stili di attaccamento**, i **fattori di rischio** e i **fattori di protezione** di cui egli dispone, la **capacità di adesione** al trattamento multidisciplinare

# LA PSICOLOGIA CLINICA OSPEDALIERA NELLA REGIONE EMILIA ROMAGNA: L'APPROCCIO BIO-PSICO-SOCIALE

## 2.2.2. Valutazione psicologica condivisa con il team multidisciplinare

Dopo la restituzione e condivisione con il paziente, e/o dove necessario con il *caregiver*, della valutazione psicologica e dell'eventuale trattamento è necessario avviare lo stesso processo comunicativo con i professionisti invianti.

Nei contesti ospedalieri in cui è possibile, è opportuno utilizzare la metodologia di Gruppo tipo *Balint* per la restituzione al Team Multidisciplinare Integrato delle conclusioni della valutazione psicologica, tenendo conto degli elementi portati dagli altri specialisti (Medico diabetologo, Dietista, Infermiere, ecc).

La restituzione e condivisione della valutazione psicologica può, inoltre, essere fatta all'interno di riunioni prestabilite periodiche per la discussione dei casi clinici alla presenza delle diverse figure professionali coinvolte

# LA PSICOLOGIA CLINICA OSPEDALIERA NELLA REGIONE EMILIA ROMAGNA: L'APPROCCIO BIO-PSICO-SOCIALE

## 2.3.REFERTAZIONE CLINICO-PSICOLOGICA

Il **referto psicologico va inserito nel sistema informativo ospedaliero** laddove sia presente e dovrebbe contenere indicazioni sia diagnostiche sia relative ad un eventuale trattamento. Rappresenta, inoltre, un documento che favorisce le comunicazioni tra i professionisti operanti nel team multidisciplinare.

## 2.4.EVENTUALE ELABORAZIONE DI UN PROGETTO TERAPEUTICO

### 2.4.1. Tipologie di Trattamento

Sono stati identificati due quadri differenti di funzionamento psicologico corrispondenti alla malattia diabetica di tipo I e di tipo II che richiedono moduli di trattamento diversi.

# LA PSICOLOGIA CLINICA OSPEDALIERA NELLA REGIONE EMILIA ROMAGNA: L'APPROCCIO BIO-PSICO-SOCIALE

## a. Profilo di funzionamento psicologico del paziente affetto da Diabete tipo I.

Le persone con diabete tipo I, in periodi precoci della loro vita, quando la vulnerabilità psicologica è maggiore, si sono trovate a compiere un forzato lavoro di elaborazione della perdita dello stato d'integrità primario. Sappiamo che, dal punto di vista emozionale, la presenza della malattia può equivalere ad una ferita narcisistica ed essere sentita come una diminuzione del proprio valore, della propria integrità, delle proprie capacità in senso generale ed interferire con l'autostima. La personalità di fronte all'impatto traumatico della malattia mette in atto meccanismi difensivi, volti a ripristinare un nuovo equilibrio adattativo che non può più coincidere con quello precedente.

Quanto è più precoce l'esordio della malattia, tanto più funzionale risulta l'adattamento del paziente ad essa, poiché la malattia diventa una parte di sé. Alcuni tratti di personalità, quali i tratti ossessivi, 9

ipocondriaci (preoccupazioni tematicamente fissate sul funzionamento del corpo in base a teorie individuali) e i tratti ipomaniacali, risultano favorire l'adattamento; tuttavia, se utilizzati in modo rigido ed imm modificabile nel tempo, lo possono ostacolare.

È comunque importante dal punto di vista psicologico considerare che la terapia iniettoria con insulina che richiede pluri-somministrazioni quotidiane ed autocontrolli è invasiva e rappresenta un'area traumatica per l'lo che non deve essere sottovalutata.

La gestione della malattia risulta essere molto faticosa in quanto l'lo del paziente deve vicariare la funzione biologica deficitaria in modo permanente e continuativo. Quando il paziente non riesce ad automatizzare tali comportamenti o perde la capacità già acquisita di automatizzarli può svilupparsi una sofferenza psicologica.

La consapevolezza della malattia ha, inoltre, implicazioni in ambito relazionale e familiare, soprattutto per quanto concerne i temi dei processi evolutivi e della generatività e della genitorialità.

# LA PSICOLOGIA CLINICA OSPEDALIERA NELLA REGIONE EMILIA ROMAGNA: L'APPROCCIO BIO-PSICO-SOCIALE

- **Trattamento del Diabete tipo I.**

Gli obiettivi del trattamento psicologico del diabete tipo I riguardano il favorire la strutturazione dell'adattamento e/o la modificazione di atteggiamenti disfunzionali intrapsichici che possono incidere sulla gestione della malattia.

Le tipologie di intervento sono:

1. **Team di transizione:** intervento di presa in carico psicologica del paziente che ha compiuto il 18° anno di età nel passaggio dal Servizio Pediatrico al Servizio degli adulti;
2. Intervento di supporto a seguito della **comunicazione di diagnosi** di Diabete tipo I;
3. Intervento di supporto in **momenti epicritici** di disregolazione metabolica;
4. Intervento psicologico per la selezione dei pazienti candidati **all'inserimento di CSII (Microinfusore)** e trattamento post-inserimento della durata di 6 mesi.

Il progetto terapeutico prevede un **trattamento di 10-12 incontri** con il paziente a cadenza da prefissare, a seconda dell'intensità sintomatologica presentata. Il terapeuta utilizza nel trattamento psicologico gli strumenti specifici del proprio orientamento terapeutico.

Poiché il Diabete è soggetto a cambiamenti che fanno riferimento non soltanto ai parametri biologici ma anche ai cicli della vita, è da **prevedersi la necessità di tranches di trattamento focale** nel caso di nuovi episodi di disregolazione

# LA PSICOLOGIA CLINICA OSPEDALIERA NELLA REGIONE EMILIA ROMAGNA: L'APPROCCIO BIO-PSICO-SOCIALE

## **b. Profilo di funzionamento psicologico del paziente affetto da Diabete tipo II.**

La gestione dell'oralità è centrale nel trattamento psicologico a seguito dell'insorgenza del diabete tipo II. La malattia suscita un conflitto primitivo correlato all'assunzione del cibo che si riflette in tendenze eccessivamente aggressive di tipo orale – incorporativo non altrimenti estrinsecate. Le persone con diabete Tipo II presentano problematiche emozionali spesso correlate alla presenza di sovrappeso e obesità grave: si riscontra un'elevata comorbidità con un quadro di Disturbo del comportamento alimentare, come il *Binge Eating Disorder*. I pazienti con obesità grave (BMI  $\geq 35$ ) dovrebbero essere avviati a percorsi dedicati a prevalente indirizzo chirurgico bariatrico in quanto l'associazione delle due malattie rende particolarmente complessa l'aderenza a progetti terapeutici *long-life*. La maggior parte dei pazienti che accedono al trattamento psicologico appartiene alla popolazione femminile e presenta un quadro anamnestico caratterizzato da storie poli-traumatiche costellate da deprivazioni, perdite, lutti e separazioni, disadattamento personale di entità variabile che si estrinseca in storie di protocolli dietetici ripetuti e fallimentari.

A differenza del Diabete tipo I, si osserva una scarsa consapevolezza di malattia, favorita dall'assenza di sintomatologia dolorosa percepita e dal tipo di terapia utilizzata (Ipoglicemizzanti orali).

# LA PSICOLOGIA CLINICA OSPEDALIERA NELLA REGIONE EMILIA ROMAGNA: L'APPROCCIO BIO-PSICO-SOCIALE

## Trattamento del Diabete tipo II.

- Gli obiettivi del trattamento psicologico del diabete tipo II riguardano il favorire la modificazione di 10
- quegli atteggiamenti disfunzionali intrapsichici che possono agire, a livello comportamentale, sulla gestione della malattia stessa.
- Le tipologie di intervento sono:
  - 1. Intervento di supporto a seguito della comunicazione di diagnosi di Diabete tipo II;
  - 2. Intervento di supporto in momenti epicritici di disregolazione metabolica e di prevenzione delle complicanze.
- Il progetto terapeutico prevede un **trattamento di 10-12 incontri** con il paziente a cadenza da prefissare, a seconda dell'intensità sintomatologica presentata. Il terapeuta utilizza nel trattamento psicologico gli strumenti specifici del proprio orientamento terapeutico.
- Poiché il Diabete è soggetto a cambiamenti che fanno riferimento non soltanto ai parametri biologici ma anche ai cicli della vita, è da prevedersi la **necessità di tranches di trattamento focale** nel caso di nuovi episodi di disregolazione. Ad es. pazienti che stanno andando incontro al fallimento della terapia per OS (Ipoglicemizzanti orali) e ai quali viene prospettata la terapia insulinica possono distonizzarsi esprimendo una richiesta di aiuto ad operare un cambiamento

# LA PSICOLOGIA CLINICA OSPEDALIERA NELLA REGIONE EMILIA ROMAGNA: L'APPROCCIO BIO-PSICO-SOCIALE

- **2.4.2. Consulenze occasionali**

Si tratta di effettuare una consulenza specialistica, laddove il paziente venga ricoverato per episodi disregolativi acuti.

- **2.4.3. Interventi psicologici raccomandati**

L'U.O. di Psicologia Ospedaliera ove presente, o lo psicologo referente, collabora con l'U.O. di Diabetologia, attraverso la costituzione di protocolli o procedure in ambito multidisciplinare integrato e secondo le seguenti priorità:

1. **esordio** del Diabete tipo I (*team* di transizione e protocollo CSII);
2. **gestione** del Diabete tipo II in rapporto sia alle **fasi critiche** dell'evoluzione di vita sia in rapporto alla comorbidità con Obesità e DCA (*Binge Eating Disorders*);
3. **prevenzione delle complicanze** attraverso il lavoro psicologico per favorire l'autogestione nel Diabete tipo I e II;
4. Consulenza e collaborazione (stesura di referto) con l'equipe del Centro trapianti per **Paziente Candidati al trapianto**;
5. **Consulenze in reparto**, qualora il Paziente venga ricoverato per scompenso metabolico

# LA PSICOLOGIA CLINICA OSPEDALIERA NELLA REGIONE EMILIA ROMAGNA: L'APPROCCIO BIO-PSICO-SOCIALE

- **2.4.4. Interventi di Gruppo**

A seconda del contesto operativo e tenuto conto della prevalente tipologia dell'utenza, è possibile prevedere interventi gruppali di natura supportiva.

- **2.4.5. Supervisione agli interventi di natura educativa-terapeutica alle figure specialistiche tecnico-infermieristiche**

Vengono progettati Gruppi di tipo *Balint* periodici in team multidisciplinare.

# Conclusioni

Dalle evidenze di letteratura confermate da studi italiani ed europei (Lazzari, *Psicologia Sanitaria e malattia cronica: interventi evidence based*. Pacini Editore, Pisa, 2011; *Psicoterapia: effetti integrati. Efficacia e costi-benefici*. Tecniche Nuove Editore, Milano, 2013.- Naylor et al. *Long term conditions and Mental Health. The cost of co-morbidities*. The King's Fun and Centre for Mental Health, 2012) si evince che l'integrazione degli interventi psicologici in ambito multidisciplinare ospedaliero (predisposti come servizio integrato nel sistema di cura) mostrano **efficacia nel ridurre la presenza di problematiche psicologiche che se non riconosciute e trattate aumentano i costi sanitari.**

# Proposte

- Costituzione di un tavolo regionale di regia/osservatorio dedicato alla psicologia ospedaliera
- Definizione di linee guida regionali in collaborazione con l'Ordine degli Psicologi e le Società Scientifiche di area psicologica
- Percorsi formativi in Psicologia Ospedaliera
- Rapporto con l'Università per le convenzioni dei tirocini professionalizzanti in ambito ospedaliero

Grazie per l'  
attenzione