

IL CORE CURRICULUM DELLO PSICOLOGO IN CURE PALLIATIVE

IL CORE CURRICULUM IN CURE PALLIATIVE

LA SOCIETÀ ITALIANA DI CURE PALLIATIVE RINGRAZIA LE ASSOCIAZIONI
CHE HANNO CONTRIBUITO ALLA REALIZZAZIONE DEL
CORE CURRICULUM DELLO PSICOLOGO IN CURE PALLIATIVE:



A.V.D.
ASSOCIAZIONE VOLONTARI
ASSISTENZA DOMICILIARE



H Associazione Onlus
Amici dell'Hospice



FONDAZIONE FLORIANI
UNA RISPOSTA ALLA SOFFERENZA DEI MALATI INGUARIBILI



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI MILANO

Centro Universitario Cascina Brandezzata
"CURE PALLIATIVE NELLE MALATTIE AVANZATE INGUARIBILI E TERMINALI"

CENTRO
UNIVERSITARIO
CURE PALLIATIVE





IL CORE CURRICULUM IN CURE PALLIATIVE

**Il core curriculum
dello psicologo in cure palliative**

GRUPPO DI LAVORO MULTIDISCIPLINARE PER LO SVILUPPO DEL CORE CURRICULUM DELLO PSICOLOGO IN CURE PALLIATIVE

Coordinatrici:

Silvana Selmi, referente psicologi SICP, APSS Trento (silvana.selmi@apss.tn.it)

Danila Valenti, vice presidente SICP, AUSL Bologna (d.valenti@ausl.bologna.it)

Esperti – commissione psicologi SICP:

- ▶ Federica Azzetta, Hospice di Abbiategrasso, Abbiategrasso (MI)
- ▶ Francesca Bonarelli, Istituto di Tanatologia e Medicina Psicologica – Bologna
- ▶ Claudia Borreani, IRCCS Istituto Tumori di Milano - Milano
- ▶ Anna Scopa, Hospice Villa Speranza – Roma
- ▶ Daniela Tasinato, ASS3 "Alto Friuli" Tolmezzo (UD)

Esperti:

- ▶ Adriana Turriziani, presidente SICP, Hospice Villa Speranza – Roma
- ▶ Gianlorenzo Scaccabarozzi, segretario SICP, ASL Lecco
- ▶ Franca Benini, coordinatrice rete CP pediatriche, Dipartimento di Pediatria Università di Padova – Padova
- ▶ Pierangelo Lora Aprile, SIMG – Desenzano del Garda (BS)
- ▶ Maurizio Mannocci Galeotti, consigliere SICP, ASF - Firenze
- ▶ Annamaria Marzi, consigliere e referente infermieri SICP, Hospice Madonna dell'Ulivo – Montericco di Albinea (RE)
- ▶ Monica Minetto, AO S.Maria degli Angeli, Pordenone
- ▶ Luca Moroni, presidente FCP
- ▶ Chiara Pecorini, esperta in formazione - Pisa
- ▶ Anna Maria Russo, referente assistenti sociali SICP, ASL Lecco, Valmadra (LC)
- ▶ Luigi Treccani, referente fisioterapisti SICP, Hospice Domus Salutis – Brescia
- ▶ Giovanni Zaninetta, *past-president* SICP, Hospice Domus Salutis – Brescia

Hanno partecipato inoltre alla produzione del *core curriculum* dello psicologo in cure palliative:

I consiglieri del Direttivo nazionale SICP:

- ▶ Roberto Bortolussi
- ▶ Franco De Conno
- ▶ Carlo Peruselli
- ▶ Giorgio Trizzino

Il direttore della Rivista Italiana di Cure Palliative:

- ▶ Luciano Orsi

I coordinatori delle sezioni regionali SICP:

- ▶ Abruzzo: Valeria Ballarini
- ▶ Basilicata: Giovanni Vito Corona
- ▶ Calabria: Francesco Polimeni
- ▶ Campania: Luigi Leopaldi
- ▶ (corrispondente regionale)
- ▶ Emilia Romagna: Cristina Pittureri
- ▶ Friuli Venezia Giulia: Rita Marson
- ▶ Lazio: Italo Penco
- ▶ Liguria: Luca Manfredini
- ▶ Lombardia: Furio M. Zucco
- ▶ Marche: Giampiero Silenzi
- ▶ Molise: Mariano Flocco
- ▶ (corrispondente regionale)
- ▶ Piemonte: Eugenia Malinverni
- ▶ Puglia: Antonio Conversano
- ▶ Sardegna: Francesco Salis
- ▶ Sicilia: Veruska B. Costanzo
- ▶ Toscana: Bruno Mazzocchi
- ▶ Trentino Alto Adige: Massimo Bernardo
- ▶ Umbria: Manlio Lucentini
- ▶ Veneto: Giuseppe Fornasier
- ▶ Valle D'Aosta: Marco Musi
- ▶ (corrispondente regionale)

e gli psicologi della sezione regionale individuati dal coordinatore per la valutazione del *core curriculum*.

Redazione del documento:

- ▶ Chiara Pecorini, esperta in formazione
- ▶ Silvana Selmi, referente psicologi SICP
- ▶ Danila Valenti, vice presidente SICP
- ▶ Federica Azzetta, psicologa
- ▶ Francesca Bonarelli, psicologa
- ▶ Claudia Borreani, psicologa
- ▶ Anna Scopa, psicologa
- ▶ Daniela Tasinato, psicologa
- ▶ si ringrazia Gisella Serù per il contributo nella correzione delle bozze del documento

Introduzioni:

per la Società Italiana di Cure Palliative:

Adriana Turriziani, presidente SICP

per l'Ordine degli Psicologi:

Giuseppe Luigi Palma, presidente dell'Ordine Nazionale psicologi - CNOP

Introduzione	4
Premessa	6
1. LE CURE PALLIATIVE E I NUOVI PARADIGMI DEI SERVIZI SANITARI E DI CURA	8
Le definizioni di cure palliative	8
Cure palliative e medicina palliativa	9
<i>Simultaneous palliative care</i>	10
<i>Background</i>	11
2. CURRICULA MULTIPROFESSIONALI (E INTERDISCIPLINARI)	13
Principi generali di <i>training</i>	13
3. RACCOMANDAZIONI E PRINCIPI DI ARCHITETTURA	14
Strategie educative	14
Metodologie didattiche	14
Il valore della formazione: formazione continua e ricerca	15
4. COMPETENZE E SAPERI	16
Il sistema dei saperi	16
Il <i>curriculum</i> formale, informale, nascosto	16
La pratica visibile - la competenza	16
Competenza clinica	17
5. LA “MAPPA” DELLE COMPETENZE	17
Competenza	17
Sapere o conoscenza	17
Skill	18
Riflessioni e consapevolezza	18
Legenda	18
1. <i>Fondamenti delle cure palliative (CP)</i>	19
2. <i>Ruolo professionale dello psicologo in cure palliative (CP)</i>	20
3. <i>Valutazione psicologica</i>	21
4. <i>Supporto psicologico e interventi terapeutici</i>	23
5. <i>Analisi del clima lavorativo, discussione casi, supporto all'équipe, supervisione psicologica</i>	25
6. <i>Strategie organizzative e lavoro di rete</i>	27
7. <i>Etica, deontologia e raccolta/trattamento dati</i>	28
8. <i>Transculturalità</i>	30
9. <i>Formazione</i>	31
10. <i>Ricerca</i>	32
6. METODOLOGIE PER L'APPRENDIMENTO	34
I luoghi di cura come contesti di apprendimento	34
7. STANDARD PER I TIROCINI	35
Il tirocinio nelle cure palliative	35
Il modello di tirocinio	35
Profilo del tutor	36
La formazione dei tutor	37
8. GLOSSARIO	38
9. BIBLIOGRAFIA	39
Definizione di cure palliative	39
Competenze e formazione	39
Scenari e tendenze dei sistemi sanitari	40
Approfondimenti su interprofessionalità, servizi integrati, modelli organizzativi e formativi	40
Link	41

INTRODUZIONE

IL CORE CURRICULUM DELLO PSICOLOGO

IN CURE PALLIATIVE

di **Adriana Turriziani**
Presidente SICP

Le cure palliative si propongono come un processo terapeutico finalizzato non solo al controllo dei sintomi, ma, soprattutto, alla difesa e al recupero della migliore qualità di vita possibile, attuando interventi terapeutici mirati a coinvolgere anche la sfera psicologica, sociale e spirituale.

Oggi in buona parte del nostro Paese, sono presenti numerose unità di cure palliative sia come *hospice* sia come cure domiciliari, ma è ancora lontana una vera e capillare rete per le cure a domicilio.

La sfida dei prossimi anni sarà quella di fare dialogare in modo ottimale i nodi della rete, garantendo la continuità di cura, di relazione e di informazione, affinché la dignità della persona malata possa essere tutelata e custodita nell'intero percorso di cura e assistenza.

Nell'ambito della rete di cure palliative la modalità operativa per rispondere in modo unitario al bisogno della persona malata e della sua famiglia è il lavoro di équipe, che richiede una costante integrazione professionale tutti gli operatori coinvolti.

Il "Core curriculum dello psicologo in Cure Palliative" è scaturito dal lavoro di un gruppo di esperti e ha come finalità quello di migliorare la formazione teorico pratica degli psicologi, assicurando uno standard di pratica clinica uniforme e basato sull'evidenza, di migliorare le competenze e conoscenze degli psicologi e la loro capacità di soddisfare le aspettative del loro ruolo e di migliorare la qualità del loro intervento professionale nell'area dell'assistenza psicologica.

Il documento delinea con rigore metodologico la mappa delle competenze dello psicologo e definisce le competenze da acquisire nel campo delle cure palliative, riuscendo a valorizzarne la specificità e il ruolo che talvolta non è ancora chiaramente definito o sufficientemente riconosciuto.

Lo psicologo che lavora in cure palliative deve:

- essere in grado di effettuare la valutazione psicologica delle persone malate e del contesto affettivo relazionale di riferimento sapendo raccogliere, utilizzare, interpretare, documentare, integrare e restituire correttamente i dati raccolti nell'ambito della valutazione multidisciplinare e multi professionale dell'équipe;
- riconoscere l'opportunità di un intervento psicologico di supporto e/o di psicoterapia rivolto alla persona malata e/o alla famiglia e condividere la proposta nell'ambito dell'équipe di cure palliative;
- attuare un costante monitoraggio del clima lavorativo nell'équipe attraverso strumenti e tecniche idonee ai vari setting assistenziali;
- conoscere gli elementi cardine del lavoro di rete e le strutture che la compongono nella realtà nazionale ed applicata alla realtà locale dove svolgono la propria attività;
- sapersi confrontare sulle questioni etiche, giuridiche, di biodiritto e deontologiche con l'équipe e raccogliere la documentazione clinica;
- intervenire nei percorsi formativi di professionisti e volontari attivi a vari livelli e nei diversi setting assistenziali delle cure palliative;
- comprendere l'importanza e la necessità di impostare e sviluppare progetti di ricerca e studi clinici.

In cure palliative tutte le figure professionali attivano abilità relazionali nel lavoro quotidiano, d'altra par-

te lo psicologo ha competenze specifiche e dà un contributo tecnico all'équipe. Il documento individua e descrive pertanto le competenze esclusive e specifiche dello psicologo che sostengono e integrano le competenze ed abilità relazionali dell'équipe multi professionale.

Le metodologie didattiche indicate nel documento sono coerenti con quanto previsto dalla letteratura scientifica. Il *core curriculum* proposto si integrerà con i *core curricula* di tutte le altre figure professionali coinvolte, quali i medici palliativisti, gli infermieri, i fisioterapisti, gli assistenti sociali, i volontari, che la SICP ha realizzato.

IL CORE CURRICULUM DELLO PSICOLOGO IN CURE PALLIATIVE

di Giuseppe Luigi Palma
Presidente Ordine Nazionale Psicologi

Nel corso degli ultimi decenni una delle sfide più impegnative che hanno affrontato gli Psicologi è stata quella di riuscire a dare delle risposte competenti e scientificamente valide alle innumerevoli richieste che giungono loro dal mondo della medicina.

La Psicologia della Salute ed Ospedaliera si è quindi via via sempre più consolidata all'interno della disciplina richiedendo specifici expertise per gli ambiti di intervento tanto diversificati e complessi.

Allo psicologo della salute compete non solo la clinica rivolta alla “persona malata” di tutte le età e cicli vitali, ma anche il supporto ai famigliari e caregiver; è richiesto il sapersi integrare con le équipe e con esse collaborare nella valutazione, presa e passaggio in carico e accompagnamento dei pazienti. L'attività è svolta nei diversi setting dove si erogano prestazioni diagnostico-terapeutico-assistenziali-riabilitative ecc., con modelli e percorsi organizzativi estremamente differenziati.

Agli psicologi viene chiesto di entrare nei processi articolati delle reti assistenziali, siano esse ospedaliere che territoriali, in collaborazione con strutture ed istituzioni costituendo e fornendo, quindi, una preziosa fonte di mediazione e ponte nei complessi percorsi che i cittadini/utenti si trovano ad affrontare.

In questo scenario le Cure Palliative si possono, a ragione, collocare come “paradigma” dell'attività psicologica in Psicologia della Salute.

Basta scorrere i titoli delle macroaree in cui è articolato il presente Core Curriculum, per avere già una prima idea della varietà delle tematiche che devono essere affrontate dallo psicologo che intenda impegnarsi nell'ambito di questa disciplina; la declinazione delle competenze, alle quali fanno riferimento le conoscenze da acquisire, suddivise nei vari livelli rende perfettamente il quadro dello spessore dell'intervento psicologico nelle Cure Palliative indipendentemente dal setting ove vengano erogate, l'età delle persone e le patologie di cui sono affette.

La costante “riflessione” sul proprio “agire ed essere” nelle Cure Palliative e all'interno delle équipe costituisce, poi, il valore aggiunto personale per gli psicologi, ma può rappresentare un modello culturalmente stimolante per le altre professioni integrate nel lavoro multi e interdisciplinare.

L'aver messo al centro di tutto il “*core*” la “persona” e il riferimento costante ai codici etici condivisi dalla comunità scientifica nazionale ed internazionale, rende, infine questo documento, non solo traccia per “... migliorare la formazione teorico pratica degli psicologi e...assicurare uno standard di pratica clinica, uniforme e basato sull'evidenza...” come da Obiettivo dichiarato dagli autori, “...punto di partenza per lo svolgimento della professione e la base per la crescita professionale”, ma vero e proprio strumento di riflessione e “consapevolezza” per chiunque voglia impegnarsi nel compito di accompagnare le persone alla fine della loro vita.

PREMESSA

In Italia le cure palliative nascono intorno agli anni settanta, dall'esperienza dei centri di terapia del dolore e di oncologia, nell'ambito dei quali si vengono a creare le premesse per lo sviluppo di un programma sempre più complesso e articolato di intervento sul malato oncologico alla fine della vita. La figura dello psicologo è presente fin dalle origini di questa disciplina con un iniziale ruolo nello studio della multidimensionalità del dolore e della sofferenza, ma anche nella formazione e supporto di medici, infermieri e volontari che si avvicinavano ad una dimensione relativamente nuova per la medicina: le cure di fine vita.

Con l'evolvere delle cure palliative, l'attenzione alla complessità dei bisogni della persona malata e della sua famiglia fa emergere sempre maggiori spazi di intervento psicologico portando questa figura a ricoprire, all'interno dell'équipe, un ruolo sempre più clinico.

La carenza di percorsi formativi specifici e di occasioni di confronto interprofessionali ha determinato lo sviluppo di molteplici modelli di intervento che fanno per lo più riferimento alle specifiche competenze dei singoli operatori o alle esigenze delle singole realtà che praticano le cure palliative.

Il consolidarsi della psicologia nelle cure palliative e le sue attuali prospettive di crescita, rendono necessario un impegno per definire un modello di intervento psicologico attraverso la condivisione di saperi, strumenti e tecniche specifiche di questo ambito di intervento.

Il presente documento ha lo scopo di definire il punto di vista della Società Italiana di Cure Palliative (SICP) in relazione alla definizione delle competenze e dei percorsi formativi e professionali necessari al consolidamento e allo sviluppo delle cure palliative.

Intende rispondere alle indicazioni della Legge 38/2010, Intesa Stato Regioni del 25 luglio 2012 e successivi decreti attuativi, che chiede di definire le specificità disciplinari e professionali e i percorsi formativi, capaci di garantire il raggiungimento degli obiettivi e degli standard, al fine di assicurare alla persona malata e alla sua famiglia cure palliative di qualità.

È uno strumento rivolto ai decisori e agli operatori affinché possano correttamente progettare le politiche formative e organizzative, assicurando coerenza e condivisione degli obiettivi prioritari e caratterizzanti.

Non intende essere una "summa" enciclopedica ed esaustiva di tutti gli aspetti legati alla formazione in cure palliative (per gli approfondimenti si fa riferimento alla letteratura), ma uno strumento operativo che chiarisce i "fondamentali" e gli elementi distintivi, a nostro parere, ineludibili e strategici. Si tratta di una base di lavoro che imposta e consente sviluppi progressivi e usi finalizzati.

Con "core curriculum" s'intende l'insieme minimo delle competenze (conoscenze, abilità, comportamenti) che ogni studente deve avere acquisito in maniera adeguata al termine di un percorso formativo specifico; e costituiscono il punto di partenza per lo svolgimento della professione e la base per la crescita professionale.

L'analisi delle competenze, qui contenuta, riguarda il profilo dello psicologo e comprende sia le competenze specifiche della professione sia gli elementi che favoriscono l'integrazione dei saperi psicologici. Permette inoltre di:

- ▶ definire chiaramente gli obiettivi formativi;
- ▶ individuare le metodologie più adeguate ed efficaci;
- ▶ progettare la formazione continua;
- ▶ sviluppare *curricula* per tutti i livelli e indirizzi;
- ▶ "disegnare" l'organizzazione dei servizi e promuovere contesti professionali che facilitino l'apprendimento.

Obiettivo

L'obiettivo principale del *curriculum* di base per gli psicologi che si occupano di cure palliative è quello di migliorare la formazione teorico pratica degli psicologi e, in particolare, assicurare uno standard di pratica clinica, uniforme e basato sull'evidenza. Altri obiettivi sono: migliorare le competenze e conoscenze degli psicologi e la loro capacità di soddisfare le aspettative del loro ruolo e migliorare la qualità del loro intervento professionale nell'area dell'assistenza psicologica.

La specificità delle cure palliative prevede che tutti i professionisti abbiano abilità relazionali. Vanno pertanto individuate e descritte le competenze esclusive e specifiche dello psicologo che sostengono e integrano le competenze ed abilità relazionali dell'équipe multi professionale.

Si è suddiviso il presente *core curriculum* in macroaree ispirandosi all'architettura dal documento EAPC – “*Guidance on postgraduate education for psychologists involved in palliative care*” adattandone i contenuti alla realtà italiana. Gli stessi autori della *Guidance* suggeriscono, infatti, di calare i contenuti e i livelli di formazione alle varie realtà nazionali, pur mantenendo l'architettura e l'impianto metodologico del documento.

Si è tenuto conto, inoltre, dei suggerimenti contenuti nel nuovo documento EAPC del 2013: *EAPC - Core competencies in palliative care: an EAPC White Paper on palliative care education* (Claudia Gamondi, Philip Larkin and Sheila Payne).

La prima e la seconda macroarea definiscono l'ambito della psicologia e il ruolo professionale degli psicologi nelle cure palliative.

La terza e la quarta definiscono le attività cliniche di valutazione, supporto e interventi psicologici nelle cure palliative.

La quinta e sesta macroarea affrontano le competenze dello psicologo inerenti l'équipe multidisciplinare, le strategie organizzative e il lavoro di rete.

La settima approfondisce le problematiche etiche e deontologiche, l'ottava gli aspetti transculturali della cura, la nona affronta le competenze inerenti la formazione degli operatori mentre la decima definisce saperi e competenze relativi alla ricerca nelle cure palliative.

Nelle appendici si trovano alcuni strumenti di approfondimento:

schede tematiche

bibliografia di riferimento

Metodologia e piano di lavoro

La Società Italiana di Cure Palliative ha attivato nell'ambito della commissione formazione, presieduta dalla presidente Adriana Turriziani e dal *past-president* Giovanni Zaninetta, un progetto per la definizione dei *core curricula* dei professionisti impegnati in cure palliative: medico, infermiere, psicologo, fisioterapista, assistente sociale e, in collaborazione con la Federazione Cure Palliative, quello del volontario.

In considerazione della rilevanza che il progetto riveste in questo momento storico di grande sviluppo delle cure palliative nel nostro Paese, si è ritenuto di procedere con una metodologia di lavoro che potesse permettere di raggiungere la massima condivisione dei contenuti all'interno della Società.

Si è costituito un gruppo ristretto che ha garantito omogeneità e continuità del lavoro nonché il raccordo con tutti i soggetti coinvolti. Attraverso incontri periodici del gruppo e degli esperti è stata prodotta una traccia di lavoro poi sottoposta e verificata con i referenti territoriali. Questo ha consentito di giungere ad un testo condiviso.

Documenti di riferimento

Codice Deontologico degli Psicologi.

Ethical Codes EFPA (European Federation of Pshchologist's Associations).

Carta Ethica or Charter of Professional Ethics for Psychologists EFPA.

Europsy European Certificate in Psychology.

Guidance on postgraduate education for psychologists involved in palliative care an Expert Paper from the European Association for Palliative Care (EAPC) Task Force in Education for Psychologists in Palliative Care (Saskia Jünger and Sheila Payne).

Core Competencies in palliatie care: an EAPC White Paper on palliative care education (Claudia Gamondi, Philip Larkin and Sheila Payne).

1.

LE CURE PALLIATIVE E I NUOVI PARADIGMI DEI SERVIZI SANITARI E DI CURA

Le definizioni di cure palliative

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha proposto negli anni le seguenti definizioni di cure palliative:

OMS, 1990 *“Le cure palliative sono l'assistenza (care) globale, attiva, di quei pazienti la cui malattia non risponda ai trattamenti curativi (cure). E' fondamentale affrontare e controllare il dolore, gli altri sintomi e le problematiche psicologiche, sociali e spirituali. L'obiettivo delle cure palliative (CP) è il raggiungimento della migliore qualità di vita per i pazienti e per le loro famiglie. Molti aspetti dell'approccio palliativo sono applicabili anche più precocemente nel corso della malattia.”*

OMS, 2002 *“Le cure palliative sono un approccio che migliora la qualità della vita dei malati e delle famiglie che si confrontano con i problemi associati a malattie inguaribili, attraverso la prevenzione e il sollievo dalla sofferenza per mezzo dell'identificazione precoce, dell'approfondita valutazione e del trattamento del dolore e di altri problemi fisici, psico-sociali e spirituali”.*

L'European Association of Palliative Care ha proposto la seguente definizione:

EAPC 1998 *“La cura palliativa è la cura globale attiva dei pazienti la cui patologia non risponde più ai trattamenti. Il controllo del dolore, degli altri sintomi e dei problemi psicologici, sociali e spirituali è prioritario. La cura palliativa è interdisciplinare nell'approccio e nei suoi scopi comprende il paziente, la famiglia e la comunità. In qualche senso, la cura palliativa è un ritorno all'offerta del concetto fondativo della cura e dunque provvede ai bisogni del paziente ovunque ne abbia bisogno, in casa come in ospedale. La cura palliativa afferma la vita e considera la morte come un processo normale; non accelera né pospone la morte. Ed il suo scopo è preservare la migliore qualità di vita possibile. Fino alla fine.”*

Parlamento Europeo 2007 Il rapporto tecnico al parlamento europeo sottolinea che:

“le cure palliative debbano essere un modello di riferimento per le cure sanitarie innovative, a volte la medicina consente alle persone di sopravvivere più a lungo, ma spesso i nuovi trattamenti creano handicap fisici, psichici e sociali di gestione complessa”.

Legge n.38/2010 La legge italiana intende per cure palliative:

“l’insieme degli interventi terapeutici, diagnostici e assistenziali, rivolti sia alla persona malata sia al suo nucleo familiare, finalizzati alla cura attiva e totale dei pazienti la cui malattia di base, caratterizzata da un’irreversibile evoluzione e da una prognosi infausta, non risponde più a trattamenti specifici”.

Cure palliative e medicina palliativa

La medicina palliativa si occupa degli aspetti più strettamente medici delle CP rappresentando un sottoinsieme di fondamentale importanza delle CP (J.L.Hallenbeck, 2003; P.Storey, P and C. F. Knight,1998).

D.Doyle, G.W.C.Hanks e N. MacDonald nell’introduzione alla seconda edizione dell’Oxford Textbook of Palliative Medicine(1998) alla domanda “Cos’è la medicina palliativa” rispondono con la definizione già adottata in Gran Bretagna nel 1987, quando la medicina palliativa è stata riconosciuta una specialità medica: “La medicina palliativa è lo studio e la gestione del malato con malattia attiva, progressiva in fase avanzata, a prognosi limitata, e ha come obiettivo del care la qualità della vita.” Gli autori aggiungono: *“Questa è la definizione per la medicina palliativa: è come dire, per la specialità praticata dai medici. Quando descriviamo il “care” offerto dal team di medici, infermieri, fisioterapisti, assistenti sociali, religiosi e volontari è più corretto parlare di cure palliative, secondo la definizione dell’OMS”.*

Già nel 1993 James MacLeod (R. MacLeod and T. Egan, 2007) studiando la peculiarità della formazione in CP, operò una distinzione fra medicina palliativa e CP, fra “care” e “cure”; identificando alcuni dei cambiamenti che la presa in carico interprofessionale necessariamente comporta. Rod MacLeod e Tony Egan riportano le seguenti considerazioni: *“Nelle cure palliative, rispetto alla medicina, il malato e la sua famiglia riacquistano centralità. Cos’è “buone cure pallia-*

tive” è ancora oggetto di dibattito, ma si può sostenere che inizino e finiscano nell’ambito del paziente e del suo contesto (“with the patient in context”). Ne consegue che ciò che interessa in cure palliative non è tanto l’anamnesi clinica del pz, quanto piuttosto la “storia” della persona malata nell’ambito della sua rete di relazioni e rapporti”. Ricostruire pertanto la storia della persona malata e della sua rete di relazioni, significa avere elementi che ci permettono di comprendere cosa significa “stare bene” o “stare il meglio possibile”, cosa significa “qualità di vita” per quella specifica persona nell’ambito del suo contesto. Ben sappiamo che il “benessere” di una specifica persona, sulla base della storia sua e della sua famiglia, può avere significati e connotazioni diverse : può avere una connotazione fisica, emozionale, spirituale, intellettuale o ancora sociale.

Le cure palliative hanno il loro “core” nella individuazione di obiettivi e pratiche comuni di cura per il migliore benessere possibile della persona malata, a partire da approcci e strumenti professionali diversi. Sono basate su un approccio multiprofessionale e transdisciplinare: le pratiche e l’approccio psicologico, ne sono parte integrante sostanziale. Mettono dunque al centro del “care”, della presa in cura, il concetto di “benessere” e di “qualità di vita” della persona e della sua famiglia. In cure palliative gli aspetti clinici vengono letti sempre attraverso la lente della persona malata e della famiglia e le priorità vengono definite insieme a loro.

Il rispetto della priorità della persona malata è elemento guida nel “care”.

Le cure palliative, inoltre, non hanno come obiettivo cieco, aspecifico, il controllo del dolore. Le cure palliative hanno come obiettivo “anche” il controllo del dolore, se questo è l’obiettivo del malato. La terapia del dolore è infatti parte integrante delle cure palliative, che tuttavia non si esauriscono in questo, esse comprendono anche l’assistenza psicologica, sociale e spirituale e il nursing: tutti elementi imprescindibili nella presa in carico della “sofferenza” della persona ammalata e della sua famiglia.

Simultaneous palliative care

Le cure palliative simultanee vengono attuate quando la malattia, oncologica e non oncologica, è avanzata ma non ancora in fase terminale, e prendono in carico la persona malata e la famiglia in una fase in cui sono contestualmente praticate le terapie finalizzate al controllo della malattia comunque inguaribile. Vengono affrontati il dolore e tutti i sintomi somatici e contestualmente tutte le problematiche legate alla prognosi: la persona malata, la sua famiglia e tutta la sua rete relazionale viene supportata nel percorso di comunicazione della prognosi, nell'accettazione graduale dell'inguaribilità e nel percorso di *decision making*. Garantendo in regime ambulatoriale o consulenziale, presso gli ambulatori di cure palliative, la presa in carico globale precoce nella continuità delle cure contribuisce ad evitare l'ostinazione diagnostica e terapeutica nella fase avanzata di malattia e il ricorso a trattamenti non appropriati negli ultimi mesi di vita o la segnalazione tardiva alle cure palliative. *Core* in cure palliative è la comunicazione e il supporto nella gestione del senso di impotenza che l'inguaribilità della malattia suscita nelle persone malate, nei familiari e talora, nei sanitari. *Core* in cure palliative è anche supportare la capacità di accettazione delle situazioni di malattia più gravi, praticamente ed emotivamente più complesse: questo avviene attraverso il supporto alla persona malata e alla famiglia nel ridimensionamento delle proprie aspettative rispetto alla guarigione e rispetto al concetto di qualità di vita. La qualità di vita che si percepisce nella malattia è infatti correlata alle aspettative che si hanno del livello di qualità di vita potenzialmente raggiungibile.

Essere aiutati e supportati ad attivare meccanismi di patteggiamento, accettazione, resilienza, significa avere la possibilità di affrontare al meglio possibile la malattia che si sta vivendo. Questo percorso di patteggiamento ed accettazione dell'inguaribilità della malattia è tanto più efficace quanto più precoce-

mente è attuato, contestualmente alla gestione dei sintomi. Il concetto di qualità di vita e il concetto di dignità di vita è profondamente diverso da persona a persona. Supportare le persone ad esprimere nella malattia le proprie priorità, il proprio concetto di qualità di vita e il proprio concetto di dignità, è uno dei compiti delle cure palliative.

La differenza sostanziale fra cure di supporto e cure palliative simultanee è rappresentata dall'accompagnamento della persona malata e della famiglia nel processo di presa d'atto dell'inguaribilità e della prognosi della malattia: nelle cure palliative simultanee, precoci, l'accompagnamento nel processo di consapevolezza rappresenta un obiettivo prioritario insieme al controllo della sintomatologia presente, legata sia alla malattia di base sia agli effetti collaterali dei trattamenti.

Le cure palliative dovrebbero essere riconosciute come competenza specialistica presente nel percorso sin dalle prime fasi della malattia, integrate perciò con i trattamenti specifici e finalizzate alla qualità della vita residua, indipendentemente dalla durata attesa o presunta della vita stessa. Si parla quindi di presa in carico precoce e assistenza totale alla persona malata ed alla sua famiglia nella delicata fase di cura della malattia avanzata, per affrontare adeguatamente i bisogni emergenti, in un *"continuum"* che dovrebbe evitare passaggi netti tra le varie tipologie terapeutiche (attive vs cure palliative), evitando così i potenziali rischi di una dolorosa percezione di abbandono. Il periodo di passaggio fra le cure attive e le cure palliative è considerato una fase complessa per la persona malata e per i familiari. A tal proposito ricordiamo che l'Organizzazione Mondiale della Sanità definisce le cure palliative anche *"[] un approccio che migliora la qualità della vita dei malati e delle loro famiglie che si trovano ad affrontare le problematiche associate a malattie inguaribili, attraverso la prevenzione e il sollievo della sofferenza per mezzo di un'identificazione precoce e di un ottimale trattamento del dolore e delle altre problematiche di natura fisica, psicofisica e spirituale"*.

Le “*simultaneous care*” rappresentano un modello organizzativo che mira a garantire la presa in carico globale attraverso un’assistenza continua, integrata e progressiva fra terapie attive e cure palliative quando l’*outcome* non sia prioritariamente un aumento della sopravvivenza della persona malata. Le finalità sono ottimizzare la qualità della vita in ogni fase della malattia, attraverso una meticolosa attenzione agli innumerevoli bisogni, fisici, funzionali, psicologici, spirituali e sociali della persona malata e della sua famiglia che garantisca la continuità di cura attraverso una gestione flessibile della persona malata e dei suoi bisogni, con appropriati obiettivi in ogni singola situazione attraverso la valutazione, pianificazione, coordinamento, monitoraggio, selezione delle opzioni e dei servizi ed evitare il senso di abbandono nella fase avanzata e terminale.

Background

Esaminare aspetti psicologici e offrire supporto psicologico alle persone malate e alle famiglie sono parti essenziali delle cure palliative, secondo la definizione adottata dall’EAPC e dall’OMS. Ci si aspetta che tutti i professionisti che operano nelle cure palliative acquisiscano una conoscenza di base sia delle dinamiche psicologiche che si verificano nella malattia inguaribile in fase avanzata e progressiva, sia delle relative capacità necessarie nella comu-

nica e nella valutazione del rischio psicologico. Pochissime associazioni sulle cure palliative in Europa forniscono, però, esplicitamente informazioni ed indicazioni sul ruolo e i compiti dello psicologo nelle cure palliative e, d’altra parte, la maggior parte delle associazioni di psicologi non hanno ancora assunto alcuna posizione in merito.

Con il presente documento la SICP definisce il ruolo professionale degli psicologi in cure palliative individuando compiti, conoscenze e responsabilità all’interno dell’équipe multidisciplinare e interprofessionale rispondendo, contemporaneamente, alla sollecitazione dell’EAPC di “*riflettere criticamente sui reali benefici del proprio contributo*” e di “*evitare una patologizzazione o una “psicologizzazione” delle normali sfide intrapersonali ed interpersonali nel contesto di una sofferenza fisica ed esistenziale in prossimità del termine della vita.*”

In passato sono state espresse in ambito internazionale diverse **raccomandazioni** su come affrontare i bisogni psicologici delle persone malate e delle famiglie.

Nella sua guida *Improving supportive and palliative care for adults with cancer (Migliorare le cure palliative e di supporto per adulti con il cancro)*, il *National Institute for Health and Clinical Excellence*, nel 2004 ha proposto un modello differenziato di analisi e intervento psicologico delineando quattro livelli di analisi e intervento psicologico per tutti gli specialisti delle cure palliative, con interventi psicologici specialistici al vertice della piramide (fig.1).

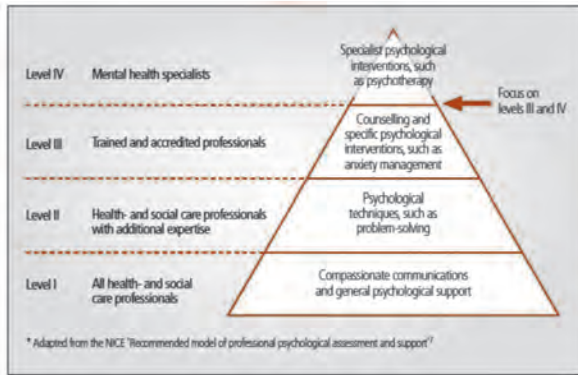


Fig.1 - Livelli di specializzazione psicologica in cure palliative

La *British Psychologist Society* afferma che le competenze fondamentali degli psicologi nell'assistenza al termine della vita sono rappresentate da:

- Analisi
- Formulazione
- Intervento o implementazione
- Valutazione e ricerca
- Comunicazione

Nel 2009, la *task force* degli psicologi dell'EAPC ha proposto un questionario agli psicologi europei che lavorano nelle cure palliative che comprendeva domande riguardanti la metodologia di lavoro, le aree di intervento, il profilo professionale e le opportunità formative.

Dall'elaborazione delle risposte dei 323 psicologi di 41 Paesi si evidenziano i maggiori ambiti di intervento (vedi fig.2):

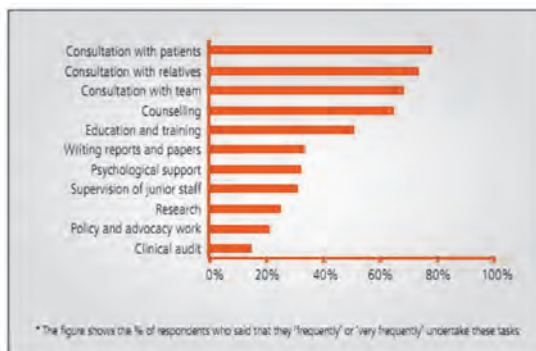


Fig. 2 – Ambiti di intervento degli psicologi europei nelle cure palliative

I risultati della rilevazione hanno inoltre mostrato che, nonostante ci sia un considerevole numero di psicologi impegnati nelle cure palliative, in Europa, il loro contributo specifico non è ancora chiaramente definito o sufficientemente riconosciuto.

2.

CURRICULA MULTIPROFESSIONALI (E TRANSDISCIPLINARI)

Caratteristiche delle cure palliative sono l'approccio clinico e di cura e il modello di lavoro. Si tratta di imparare un "modo di fare le cose": come fare le cose con la persona e con la famiglia, a fronte dell'inguaribilità della malattia, della malattia cronica e del processo del morire.

La specificità disciplinare delle cure palliative è determinata dalla capacità di dar voce al bisogno della persona malata rispettandone i valori e le volontà, nell'ambito della relazione d'aiuto malato - équipe:

- ▶ il modo in cui si accoglie e si prende in carico la persona malata e la famiglia
- ▶ il modo in cui si imposta e gestisce il percorso di cura: approccio clinico interdisciplinare e centrato sulla persona malata (*patient centered*) ri-definendo continuamente, in accordo con la persona malata (medicina delle scelte condivise), i bisogni e gli obiettivi di cura.

Da questo deriva la centralità "core" delle competenze inerenti:

- ▶ approccio clinico transdisciplinare e multi professionale.
- ▶ lavoro interprofessionale e d'équipe: le buone cure palliative dipendono dal buon funzionamento dell'équipe.
- ▶ la comunicazione con la persona malata e la famiglia.

Principi generali di training

Core dell'apprendimento in cure palliative sarà quindi:

- ▶ comprensione e rispetto dei valori e bisogni della persona malata
- ▶ **valutazione multidimensionale:** ap-

proccio clinico multidimensionale

équipe multiprofessionale: condizione e modalità operativa

- ▶ **lavoro interprofessionale - transdisciplinare**
 - coordinamento e integrazione clinica
 - reti di cura
 - condivisione
- ▶ la **comunicazione** con la persona malata, la famiglia e all'interno dell'équipe è lo strumento professionale principale. Costituisce il "core" strategico delle competenze palliative. La comunicazione competente è fattore distintivo ed elemento di valutazione primario.

"L'Organizzazione Mondiale della Sanità e i suoi partner riconoscono nella collaborazione interprofessionale, nell'educazione e nella pratica professionale, una strategia innovativa che può giocare un ruolo importante nel mitigare la crisi globale degli operatori sanitari.

La formazione interprofessionale avviene quando studenti di due o più professioni imparano su, tra e con altri, così da consentire un'effettiva collaborazione e il miglioramento delle conoscenze e dei risultati.

La formazione interprofessionale è una condizione necessaria per preparare operatori capaci di pratica collaborativa, ossia, pronti a rispondere ai bisogni di salute. La collaborazione avviene quando più operatori con differenti professionalità e background, lavorano insieme coi pazienti, le famiglie, i "care-givers" e la comunità per assicurare la migliore qualità di cura".

(Health Professions Networks Nursing & Midwifery - Human Resources for Health – "Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice" - WHO – 2010)

3. RACCOMANDAZIONI E PRINCIPI DI ARCHITETTURA

Strategie educative

La metodologia didattica deve essere coerente con gli obiettivi formativi e la pratica professionale. L'integrazione orizzontale e verticale deve essere visibile anche durante gli studi. Servono pertanto metodologie conseguenti: se le competenze da acquisire più che conoscenze, sono *skills* e modalità operative, è necessario che l'impianto disciplinare e metodologico tenga conto degli stessi principi che sono alla base del lavoro d'équipe in cure palliative:

- ▶ **multidimensionalità:** superare il modello biologico di gestione dei sintomi e della cura favorendo la valutazione delle diverse dimensioni dei sintomi e delle situazioni cliniche.

"... l'adozione del modello biologico della malattia da parte dei medici, ha avuto come conseguenza l'incapacità di riconoscere la malattia come un problema, problema anche della famiglia e della comunità e con un diffuso impatto sulle dimensioni psicosociali e spirituali."

(Oxford textbook of Palliative medicine - 1999);

- ▶ **interprofessionalità:** prevedere più professionisti e competenze che affrontano

un problema;

- ▶ **transdisciplinarietà:** presenza di più professionalità e competenze diverse che lavorano "insieme su" un problema o un ambito cognitivo, con l'effetto di "contaminazione sinergica" che permette di andare oltre le discipline consolidate, verso nuovi saperi. Le metodologie didattiche devono favorire una effettiva transdisciplinarietà per permettere di imparare l'integrazione interprofessionale.

Metodologie didattiche

È evidente che la scelta delle metodologie didattiche deve essere coerente con gli obiettivi formativi. In particolare andranno valorizzati i metodi che consentono apprendimenti interdisciplinari, lo sviluppo di capacità di lavoro integrato e di gruppo e un forte legame con la pratica clinica.

L'EAPC raccomanda l'adozione di metodologie attive e *problem based*, anche nelle parti curriculari di tipo cognitivo o teorico, e le classifica nel modo seguente:

OBIETTIVI	METODI
Cognitivi - conoscenze	<i>Problem based learning</i> – casi clinici Lavoro in piccoli gruppi Studio Giochi di ruolo
<i>Skills</i> - Competenze	Esperienza clinica: supervisione continua Simulazioni – revisione delle <i>skills</i> (<i>audio-visual</i>)
Attitudinali	Esperienza, esposizione e discussione Modelli di ruolo - <i>role playing</i> Supervisione di gruppo e individuale

(EAPC – *Recommendations of the EAPC for the Development of postgraduate Curricula leading to Certification in Palliative Medicine Curriculum post-graduate - 2009*)

Si auspica inoltre che i contesti organizzativi e di lavoro siano valorizzati come luoghi di apprendimento.

(Per approfondimenti e normativa: <http://ape.agenas.it/homeEsterno.aspx>).

La formazione “on work” per specializzazione e aggiornamento professionale di alto livello, richiede una forte strutturazione e una gestione coerente.

È indispensabile che la formazione dei tutor interni alle unità operative e setting assistenziali di cure palliative, sia coerente, riconosciuta e valorizzata nell’organizzazione del lavoro.

È necessario inoltre dotarsi, come in molte realtà già avviene, di standard minimi di progettazione, gestione e valutazione dei tirocini dei diversi percorsi formativi.

Il valore della formazione: formazione continua e ricerca

La formazione e la ricerca costituiscono parte integrante della competenza e della funzione professionale degli operatori e sono strumento di miglioramento della qualità dei processi, di sviluppo dei saperi e governo del *burn-out*.

Se si vuole realizzare la formazione di qualità qui descritta è necessario che le unità professionali siano in grado di accogliere e formare i nuovi operatori, nonché fornire docenti, casi ed elementi di ricerca al sistema accademico.

4. COMPETENZE E SAPERI

Sistema dei saperi

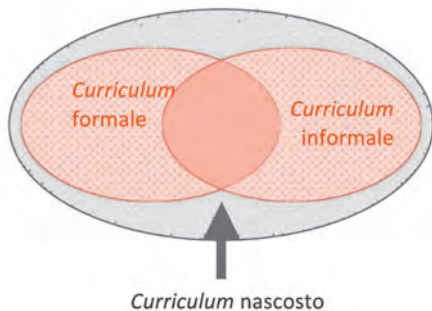
Le competenze cliniche nelle cure palliative



Vale la pena di ricordare che le competenze effettivamente agite e significative non sono mai solo quelle codificate, né solo quelle "visibili".

Il curriculum formale, informale, nascosto

Il sapere professionale è un *mix* di saperi e competenze, solo in parte frutto di curricula formali. L'apprendimento inoltre non avviene in maniera lineare, né solo in contesti strutturati. In conte-



Il *curriculum* informale è l'apprendimento che deriva dalle interazioni del gruppo dei docenti e discenti, dall'ambiente e dal contesto. L'*"hidden curriculum"* comprende il clima culturale, l'organizzazione, il sistema di valori dei docenti, dei discenti e della realtà in cui sono inseriti. Una buona integrazione fra questi tre livelli è condizione per la qualità dell'apprendimento.

La pratica visibile: la competenza

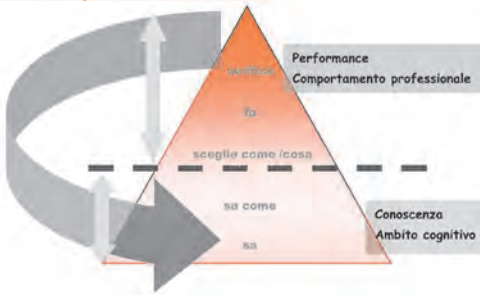
La pratica professionale si basa anch'essa su sistemi di competenze estremamente complessi.

Una metafora nota è quella dell'iceberg (Fish D, Cole C, *"Developing professional judgement in health care: learning through the critical appreciation of practice"*. Oxford 1998)



Le competenze per le cure palliative sono individuate cercando di unire le evidenze con aspetti più impliciti e "di confine", rispettando la logica illustrata di seguito. (libero adattamento da George A. Miller *"The assesment of clinical skills/competence/performance"*, Acad Med 65 (suppl.9): 63-7)

Competenza Clinica



La competenza professionale è dunque data da un insieme di fattori ugualmente influenti

5. LA MAPPA DELLE COMPETENZE

La descrizione delle competenze è concepita per favorire la definizione di un *curriculum* che assicuri agli psicologi l’acquisizione di un set comune di competenze professionali adeguate.

Competenza

“Un insieme, riconosciuto e dimostrato, delle rappresentazioni, capacità e dei comportamenti attivati e combinati in maniera pertinente in un contesto dato [...] Non è uno stato o una coscienza posseduta. Non è ridicibile né a un sapere né a ciò che si è acquisito attraverso la formazione. [...] La competenza non risiede nelle risorse (conoscenze, capacità [...]) ma nella capacità di utilizzarle. [...] La competenza è finalizzata e contestualizzata: non può dunque essere separata dalle condizioni del suo esercizio [...] La competenza è un saper agire riconosciuto.”

(G. le Boter “De la competence”, Paris les edition d’Organization – 1995)

“Nella competenza professionale, insieme a un sapere cosa (il contenuto del compito) è presente un sapere come (la strategia di fronteggiamento del compito), che ha la proprietà di essere trasferibile su compiti diversi”

e in gran parte determinati dal contesto, dalle relazioni. Si tratta di elementi spesso impliciti, difficili da descrivere, ma sicuramente favoriti da contesti relazionali e organizzativi definiti e analizzabili.

La mappa delle competenze che proponiamo con la griglia contenuta del capitolo successivo è una sintesi delle esperienze di analisi del lavoro e dei processi nei contesti operativi, che tiene conto della complessità dei fattori determinanti e cerca di evidenziare gli aspetti visibili, sottolineando le condizioni in cui possono essere meglio appresi e valorizzati.

(Isfol – Istituto per la formazione e l’orientamento dei lavoratori-1997)

“Abilità di applicare conoscenze, know-how e capacità operative in situazioni abituali e non.”

(Cedefop – European Center for the Development of Vocational Training , 2002).

Sapere o conoscenza

*“Le definizioni di **knowledge** sono innumerevoli. Tuttavia la concezione moderna di conoscenza resta ampiamente basata su alcune distinzioni di base:*

a) *Aristotele distingueva tra logica pratica e teorica. In linea con questa distinzione, teorici moderni (Alexander et al., 1991) distinguono conoscenze dichiarative (theoretical) da quelle procedurali (operative). Le conoscenze dichiarative includono affermazioni su fatti specifici, fatti e generalizzazioni empiriche, così come i più profondi principi sulla natura della realtà. La conoscenza procedurale comprende l’euristica, i metodi, la pianificazione, le pratiche, le procedure, le routines, le strategie, la tattica, le tecniche e i trucchi (Ohlsson, 1994);*

b) *è possibile differenziare fra le forme di conoscenza che rappresentano differenti modi*

di apprendimento della realtà. Sono stati fatti molti tentativi di compilare liste, nelle quali le seguenti categorie sono spesso rappresentate:

- ▶ conoscenze oggettive (naturali/scientifiche) definite in base a certezze;
- ▶ conoscenze soggettive (letterarie/estetiche) definite in relazione all'autenticità;
- ▶ conoscenze morali (umane/normative) definite in relazione all'accettazione collettiva (diritto/doveri);
- ▶ conoscenze religiose o sacre, definite in relazione a un'autorità divina (Dio).

c) la conoscenza comprende elementi taciti ed espliciti. Le conoscenze tacite (Polanyi, 1966) sono conoscenze che si possiedono e influenzano i processi cognitivi. Tuttavia, esse non richiedono di essere espresse o di esserne coscienti. Le conoscenze esplicite sono quelle che si possono approfondire coscientemente, e includono le competenze tacite che si convertono in esplicite diventando "oggetto del pensiero (Prawat, 1989)".

(Cedefop, 2000).

Skill

"Le conoscenze ed esperienze necessarie per esercitare uno specifico compito o lavoro" (Cedefop, 2003)

legenda

<p>A Nero - livello base</p>	<p>comprende le competenze che deve acquisire uno psicologo per poter : comprendere il significato della malattia nella storia personale della persona malata in fase terminale di malattia e della sua famiglia; individuare, accogliere, contenere e restituire i bisogni e rapportarsi con i servizi di cure palliative Si intende che il livello A faccia comunque parte della formazione specialistica del livello B e C</p>
<p>B Arancione - livello specialistico</p>	<p>comprende le competenze che deve possedere lo psicologo che dedica in modo continuativo e/o esclusivo la propria attività nelle cure palliative all'interno di una équipe multidisciplinare. S'intende che il livello B comprenda il livello A con approfondimenti specialistici.</p>
<p>C Neretto - livello di coordinamento/direzione</p>	<p>comprende le competenze specifiche che deve possedere lo psicologo con attività di coordinamento/direzione o gestione in una struttura di psicologia in cure palliative nei diversi setting assistenziali della rete di cure palliative. S'intende che il livello C comprenda i livelli A e B con approfondimenti specialistici di ruolo.</p>

Riflessioni e Consapevolezza

Viene sottolineata, all'interno di ogni ambito di competenza, l'importanza del processo di costante riflessione, inteso come fondamentale per ogni psicologo che opera in cure palliative: la necessità della riflessione personale sul proprio lavoro clinico è un elemento costitutivo e fondante la buona pratica terapeutica. Questo confronto personale deve avere caratteristiche di continuità ed essere calibrato sulla base delle necessità, difficoltà e problemi che emergono nella pratica clinica. La *capacità di riflettere* (intesa in senso *etimologico* dal latino *reflectere* (ossia ripiegare, volgere indietro), ha come obiettivo l'elaborazione delle esperienze professionali effettuate e permette di considerare la scelta, la flessibilità e l'adeguatezza dei propri interventi, l'impatto di tali interventi e come si siano adattati ai bisogni e ai processi in atto, in modo da poter riesaminare e rivedere il proprio approccio e la propria strategia d'intervento. L'acquisizione e l'affinamento delle competenze e delle conoscenze professionali è un processo continuo e progressivo, che viene mediato anche dalla capacità di monitorare i propri pensieri, sentimenti, sensazioni e comportamenti. La consapevolezza di sé permette di mantenere la stabilità emotiva e di incrementare la sensazione di autoefficacia e la capacità di comprendere e gestire le relazioni. Le domande sono, quindi, strumenti fondamentali per stimolare la riflessione e la consapevolezza.

1. FONDAMENTI DELLE CURE PALLIATIVE (CP): definizioni, storia, filosofia

LIVELLO	COMPETENZE	CONOSCENZE	RIFLESSIONI E CONSAPEVOLEZZA
A	Sapere la definizione di CP;	Conoscere le definizioni di CP dell'OMS (1990 e 1992), dell'EAPC (1998), del Parlamento Europeo 2007 e Legge 38/10, Intesa Stato Regioni del 25 Luglio 2012 e successivi decreti attuativi;	Il percorso di consapevolezza degli psicologi che lavorano in CP può essere sistematicamente coltivato e perseguito attraverso la riflessione su punti chiave: qual è il mio pensiero rispetto la filosofia generale delle CP; i principi generali ed i valori delle CP sono in accordo con i miei valori e le mie opinioni; quali sono i possibili punti di divergenza e come possono influenzare il mio coinvolgimento professionale nelle CP e nella mia vita personale.
B	Sapersi riconoscere nella filosofia delle CP ed accettarne i principi;	Conoscere la storia, la filosofia e le definizioni di CP e dei <i>setting</i> in cui vengono erogate	
B	Saper comprendere la logica e le implicazioni della graduale integrazione delle CP nelle fasi avanzate di malattia;	Conoscere l'evoluzione delle CP da cure di fine vita ad approccio applicabile all'intero decorso della malattia; Conoscere le conseguenze di questo cambiamento (<i>simultaneous palliative care</i>) e differenziazione nelle varie patologie;	
B	Saper comprendere lo sviluppo delle CP nei diversi <i>setting</i> , previsti anche dalla Legge 38, Intesa Stato Regioni del 25 Luglio 2012 e successivi decreti attuativi, e nei diversi livelli di specializzazione e <i>setting</i> assistenziale;	Conoscere sistemi e modelli organizzativi dei servizi di CP nazionali ed internazionali; Conoscere lo sviluppo delle CP nei diversi ambiti assistenziali (domiciliari, ambulatoriali, a ciclo diurno, di ricovero) e nei vari <i>setting</i> di cura (casa, <i>hospice</i> , ospedale, strutture residenziali);	
B	Saper applicare nel lavoro quotidiano i principi e i valori delle CP;	Conoscere i principi generali e i valori delle CP quali: il riconoscimento del dolore come sofferenza globale, del processo del morire come un normale processo della vita, la comunicazione e collaborazione continua tra professionisti di discipline diverse coinvolti in un lavoro multidimensionale, interprofessionale e multidisciplinare, il rispetto di ogni persona come individuo autonomo inserito nella sua specifica rete di relazioni e valori e significati personali culturali, religiosi, credenze, pratiche, desideri e diritti;	
A	Saper riconoscere e sostenere i bisogni e i desideri della persona malata, e dei <i>caregiver</i> favorendo l'autonomia decisionale;	Conoscere l' <i>evidence-based</i> della psicologia in CP; Conoscere l'espressione dei principali sintomi nelle fasi terminali; Conoscere gli aspetti psicologici del processo del morire secondo le principali teorie; Conoscere gli aspetti psicologici del <i>care-giving</i> , del morire, del lutto;	



B	Saper favorire i processi decisionali della persona malata e del caregiver accompagnando e sostenendo nella misura del possibile il processo di consapevolezza nell'ambito dell'équipe multidisciplinare;	
B	Sapersi mettere in discussione e sostenere le criticità legate alla sedazione e sostenere la persona malata e i familiari nell'ambito dell'équipe multi professionale.	Conoscere gli aspetti medici, etici, relazionali, emozionali legati alla sedazione in CP;
A		Conoscere i principali scenari storici e culturali della tanatologia.

2. RUOLO PROFESSIONALE DELLO PSICOLOGO IN CURE PALLIATIVE (CP)

L'approccio globale nelle CP implica che tutte le figure professionali attivano abilità relazionali nel lavoro quotidiano, d'altra parte lo psicologo ha delle competenze psicologiche specifiche e dà un contributo peculiare nell'équipe.

LIVELLO	COMPETENZE	CONOSCENZE	RIFLESSIONI E CONSAPEVOLEZZA
B	Saper rappresentare la propria professione nell'équipe multidisciplinare e nel più ampio contesto istituzionale;	Conoscere il ruolo dello psicologo e delle sue competenze in CP in Italia e a livello internazionale; Conoscere lo sviluppo storico della psicologia nelle CP in Italia e a livello internazionale in funzione dei cambiamenti del Sistema Sanitario e dell'approccio globale nei modelli di assistenza.	<p>Gli psicologi impegnati in CP devono riflettere su:</p> <ul style="list-style-type: none"> la propria concordanza con i principi etici delle CP, come si percepiscono e si sentono in quanto membri dell'équipe di CP, la consapevolezza del proprio ruolo professionale e dei propri compiti in CP; il contributo specifico degli psicologi in CP, confrontato con quello degli altri professionisti e dei volontari; limiti e criticità del proprio ruolo; aspettative non realistiche rispetto al ruolo dello psicologo.
A	Saper condividere le conoscenze psicologiche con altri professionisti;	Conoscere il modello bio-psico-sociale e in psicologia clinica e della salute e conoscere le implicazioni per il ruolo dello psicologo nelle CP;	
B	Saper lavorare in équipe multidisciplinari e interprofessionali, integrando il proprio ruolo con le altre professionalità, contribuendo a definire: i bisogni globali della persona malata e della famiglia, a costruire percorsi di presa in carico efficace, a gestire il coinvolgimento emotivo dell'équipe;	Conoscere i diversi ruoli professionali nell'ambito dell'équipe;	
A	Saper comunicare efficacemente con le persone affette da patologie inguaribili nelle diverse fasi della malattia;		
B	Saper rappresentare la propria professione nel campo delle CP e nelle altre discipline mediche in vari contesti formativi e divulgativi;		



LIVELLO	COMPETENZE	CONOSCENZE	RIFLESSIONI E CONSAPEVOLEZZA
B	Saper essere adattabile ai cambiamenti, saper esplorare nuovi approcci e metodi per affrontare le situazioni cliniche in evoluzione.		

3. VALUTAZIONE PSICOLOGICA

Una buona valutazione psicologica è alla base di un appropriato intervento psicologico e permette una valutazione critica della sua efficacia. Gli psicologi devono essere in grado di effettuare la valutazione psicologica delle persone assistite e del contesto affettivo relazionale di riferimento sapendo raccogliere, utilizzare, interpretare, documentare, integrare e restituire correttamente i dati raccolti nell'ambito della valutazione multidisciplinare e multiprofessionale dell'*équipe*.

LIVELLO	COMPETENZE	CONOSCENZE	RIFLESSIONI E CONSAPEVOLEZZA
A	Saper osservare e valutare, con tecniche e strumenti appropriati, i bisogni psicologici delle persone malate, dei loro familiari e dei <i>caregiver</i> nelle varie fasi del percorso assistenziale;	<p>Conoscere le linee guida professionali;</p> <p>Conoscere i fondamenti delle principali teorie psicologiche e i diversi approcci alla persona con malattia inguaribile e relative metodologie di <i>assessment</i>;</p> <p>Conoscere i sistemi di valutazione dell'efficacia degli interventi psicologici, dei trattamenti psicofarmacologici e della combinazione di entrambi;</p>	E' importante che gli psicologi riflettano sulle proprie attitudini a cogliere bisogni e desideri dell'individuo; sulla propria storia, vissuti, credenze personali relative alle tematiche della malattia, della sofferenza e morte; sulla propria capacità di decidere quali informazioni sulla persona assistita e sulla famiglia sia appropriato condividere con altri membri del team di cura.
B	Saper effettuare la valutazione psicologica delle persone malate e dei familiari nel loro contesto relazionale anche in assenza di una domanda esplicita;	Conoscere gli strumenti (scale di valutazione) per riconoscere e valutare i bisogni psico-sociali;	
A	Saper valutare i meccanismi di difesa intrapsichici attivati dalle persone malate e familiari relativamente alle fasi all'evoluzione della malattia;		
A	Saper valutare le strategie di coping utilizzate dalla persona malata, dai familiari e dai <i>caregiver</i> ;		
B	Saper valutare il livello di consapevolezza di diagnosi e prognosi della persona malata e dei familiari;		





LIVELLO	COMPETENZE	CONOSCENZE	RIFLESSIONI E CONSAPEVOLEZZA
A	Saper essere flessibili nell'adozione di tecniche e metodi di <i>assessment</i> in considerazione delle condizioni cliniche della persona malata;		
B	Saper rivalutare la persona malata, la famiglia, i <i>caregiver</i> nell'evoluzione della malattia e nei setting assistenziali delle CP;		
A	Saper utilizzare, interpretare e integrare correttamente i dati raccolti in modo diversificato e complesso con strumenti adatti per le diverse fasce d'età e tipologia di patologia inguaribile;		
B	Saper valutare nell'ambito dell' <i>équipe</i> multidisciplinare le criticità delle persone malate ad alta complessità individuale e/o familiare;	<p>Conoscere i principali sintomi nelle fasi terminali delle malattie;</p> <p>Conoscere i principali sintomi secondari ai trattamenti farmacologici;</p>	
B	Saper fare diagnosi differenziale nell'ambito dell' <i>équipe</i> multidisciplinare tra sintomi reattivi alle fasi terminali di malattia e disturbi psichiatrici; tra disturbi psicologici e sintomi secondari ai trattamenti farmacologici; tra disturbi psicologici e disturbi temporali di adattamento correlati a specifici eventi di vita;	Conoscere i principali sistemi e metodi di valutazione nelle varie fasi evolutive e tipologie di patologie inguaribili per la rilevazione dei sintomi psicologici e per fare diagnosi differenziale;	
B	Saper individuare nell'ambito dell' <i>équipe</i> multidisciplinare i punti di forza e le risorse delle persone malate e dei familiari;		
B	Saper individuare le componenti psicologiche del vissuto e dell'espressione del dolore;	<p>Conoscere i principali approcci teorici al dolore ed alla sofferenza;</p> <p>Conoscere quali sono i pregiudizi più diffusi sia nella valutazione del dolore sia nell'uso dei farmaci oppiacei;</p>	
B	Saper proporre nell'ambito dell' <i>équipe</i> multidisciplinare la misurazione del dolore sapendo utilizzare gli strumenti di auto e etero valutazione;	Conoscere la definizione di dolore, dolore globale, sofferenza e i diversi metodi per la misurazione e il controllo;	
B	Saper valutare nell'ambito dell' <i>équipe</i> multidisciplinare il rapporto clinico tra dolore misurabile e sofferenza globale;		
B	Saper condividere e integrare la valutazione psicologica con le valutazioni dei membri dell' <i>équipe</i> ;		





LIVELLO	COMPETENZE	CONOSCENZE	RIFLESSIONI E CONSAPEVOLEZZA
B	Saper valutare e promuovere nell'ambito dell' <i>équipe</i> multidisciplinare la qualità di vita per la persona malata, famiglia e <i>caregiver</i> ;	Conoscere le principali definizioni di qualità di vita in ambito antropologico, psicologico, sociologico, sanitario riferite alle CP; Conoscere le principali scale di valutazione e misurazione quantitativa della qualità di vita della persona malata e dei familiari in CP;	
B	Saper valutare il <i>distress</i> psicologico della persona malata, dei familiari e dei <i>caregiver</i> nell'ambito dell' <i>équipe</i> multidisciplinare;		
A	Saper effettuare un adeguato <i>assessment</i> del processo di elaborazione del lutto.	Conoscere le principali teorie del lutto e le relative metodologie di <i>assessment</i> .	

4. SUPPORTO PSICOLOGICO E INTERVENTI TERAPEUTICI

Lo psicologo deve riconoscere l'opportunità di un intervento psicologico di supporto e/o di psicoterapia rivolto alla persona assistita e/o alla famiglia e condividere la proposta nell'ambito dell'*équipe* di cure palliative. Deve essere consapevole delle possibilità di cambiamento e dei possibili limiti dell'intervento terapeutico sia per le persone assistite sia per i familiari.

LIVELLO	COMPETENZE	CONOSCENZE	RIFLESSIONI E CONSAPEVOLEZZA
A	Saper stabilire e mantenere una relazione terapeutica efficace;	Conoscere le dinamiche della relazione terapeutica, dell'ascolto attivo, dell'empatia;	Gli psicologi impegnati in CP devono riflettere: sul proprio modo di lavorare e sulla capacità personale di adattamento al contesto; sulla propria capacità di procedere per obiettivi; sulla propria capacità di lavorare in team; sui possibili insuccessi e sui limiti della propria formazione clinica.
A	Saper applicare i modelli di supporto alle persone malate, familiari e <i>caregiver</i> durante il percorso di malattia e del lutto;	Conoscere l'approccio centrato sul paziente; Conoscere le teorie psicologiche della comunicazione con particolare riferimento al tema della morte, del morire e alla comunicazione delle cattive notizie e del lutto; Conoscere i modelli di trattamento psicologico appropriati in psicologia della salute per persone con patologie cronico/degenerative, nelle CP e nel lutto;	
B	Saper avviare e concludere nei tempi anche brevi dell'evoluzione della malattia, un percorso di supporto per la persona assistita e/o per il familiare;	Conoscere la differenza tra supporto, consulenza e psicoterapia; Conoscere le principali teorie della presa in carico psicologica e le loro evidenze scientifiche in relazione ad una malattia inguaribile nelle varie età;	





LIVELLO	COMPETENZE	CONOSCENZE	RIFLESSIONI E CONSAPEVOLEZZA
B	Saper scegliere ed individualizzare la tecnica psicologica più adatta al trattamento del dolore;	Conoscere le tecniche psicologiche per trattare il dolore e la loro integrazione con le terapie farmacologiche.	
B	Saper attivare un intervento terapeutico qualora si verificano le condizioni idonee su questioni legate ai temi del percorso di cura. Per questioni diverse saper utilizzare le risorse del territorio;		
B	Saper essere competente in un intervento terapeutico, ma in grado di modificare l'approccio in relazione ai bisogni emergenti della persona malata, della famiglia e dell'équipe assistenziale;	Conoscere il processo di elaborazione, i vissuti, meccanismi di difesa e comportamenti legati ai processi di elaborazione della consapevolezza delle persone malate, familiari e caregiver; Conoscere le teorie e tecniche volte a produrre cambiamento;	
B	Saper sviluppare un piano terapeutico integrato con la presa in carico dell'équipe;		
B	Saper trasferire all'équipe le osservazioni e gli esiti degli interventi in funzione di un'analisi dei bisogni condivisa;		
B	Saper trattare in integrazione con l'équipe, con la persona malata e con la famiglia, la realizzazione di obiettivi raggiungibili e chiarire i limiti;		
B	Saper costruire nell'ambito dell'équipe multidisciplinare la presa in carico parallela delle persone assistite e famigliari, integrata secondo obiettivi condivisi ed interventi congiunti;		
B	Saper condividere con la famiglia le modalità comunicative e relazionali più appropriate con bambini o adolescenti morenti;		
B	Saper gestire problematiche psicologiche, relazionali e comunicative della famiglia con bambini e con adolescenti nell'ambito dell'équipe multidisciplinare nelle varie fasi della malattia e del lutto ;	Conoscere le dinamiche relazionali dell'infanzia e dell'adolescenza nei confronti del morire, del fine vita e della morte;	
B	Saper gestire le dinamiche di gruppo nell'ambito dell'équipe multidisciplinare.	Conoscere le criticità dei membri dell'équipe in relazione ai vissuti, difese e comportamenti delle persone assistite e familiari;	

5. ANALISI DEL CLIMA LAVORATIVO, DISCUSSIONE CASI, SUPPORTO ALL'ÉQUIPE E SUPERVISIONE PSICOLOGICA

Lo psicologo in CP attua un costante monitoraggio del clima lavorativo nell'*équipe* attraverso strumenti e tecniche idonee ai vari *setting* assistenziali. E' sua competenza specifica facilitare l'espressione delle emozioni e rilevare le dinamiche di gruppo nella discussione dei casi e nel supporto all'*équipe*. Riconoscere la necessità di una supervisione esterna è competenza specifica dello psicologo anche se può essere evidenziata da vari membri dell'*équipe*. Lo psicologo interno all'*équipe* non può esserne contemporaneamente supervisore.

LIVELLO	COMPETENZE	CONOSCENZE	RIFLESSIONI E CONSAPEVOLEZZA
A	Saper fare un'adeguata analisi del clima lavorativo;	<p>Conoscere i principi organizzativi del funzionamento delle <i>équipe</i> professionali, l'organizzazione, i ruoli e le responsabilità;</p> <p>Conoscere gli scopi e le modalità di funzionamento delle riunioni d'<i>équipe</i>;</p> <p>Conoscere i modelli di organizzazione sanitaria e socio-sanitaria;</p>	<p>Gli psicologi impegnati in CP devono riflettere:</p> <p>sulla capacità di gestire la propria emotività nel lavorare sotto stress;</p> <p>sulla necessità di effettuare una supervisione in modo sistematico ad un livello e a una frequenza adeguati alla natura del proprio lavoro clinico;</p> <p>sul saper gestire il proprio carico di lavoro, saper riconoscere le personali risorse e i limiti.</p>
A	Saper individuare le strategie più efficaci per il miglioramento del clima lavorativo;	Conoscere teorie e modelli del cambiamento e della sua gestione nell'individuo e nei sistemi/organizzazioni;	
A	Saper applicare le tecniche del lavoro di gruppo per il contenimento e superamento del malessere lavorativo;	<p>Conoscere teorie e modelli di interazione ed interrelazione di gruppo;</p> <p>Conoscere teorie e tecniche di comunicazione efficace ed ascolto attivo;</p>	<p>Devono acquisire consapevolezza di sé all'interno delle relazioni, intesa come la capacità di monitorare i propri pensieri, sensazioni, sentimenti e comportamenti;</p> <p>monitorare il personale coinvolgimento nelle diverse aree della propria attività.</p> <p>Devono inoltre:</p> <p>assicurarsi un sistema di sostegno adeguato;</p> <p>in caso di difficoltà personali saper chiedere aiuto (ad esempio saper incrementare la supervisione);</p> <p>mantenere vivi i confronti e i contatti con i colleghi;</p>
A	Saper attuare le strategie efficaci in tema di riconoscimento e prevenzione del <i>burn out</i> ;	<p>Conoscere le tecniche per facilitare l'espressione delle emozioni e per la gestione delle situazioni complesse, traumatiche e inaspettate dell'<i>équipe</i>;</p> <p>Conoscere le teorie, i principali strumenti di rilevazione, i sintomi e modelli di intervento del <i>burn-out</i>;</p> <p>Conoscere gli approcci della psicologia delle situazioni di crisi;</p>	
B	Saper condurre e/o partecipare alla discussione casi come psicologo interno all' <i>équipe</i> ;		





LIVELLO	COMPETENZE	CONOSCENZE	RIFLESSIONI E CONSAPEVOLEZZA
B	Saper proporre, condurre e partecipare a <i>briefing</i> e <i>de briefing</i> nei vari <i>setting</i> assistenziali;		
B	Saper impostare una corretta attività di supporto all' <i>équipe</i> per favorire la rilettura e rielaborazione dell'attività clinica restituendo appropriate chiavi di lettura;	<p>Conoscere le caratteristiche ed implicazioni dello stress lavoro correlato nell' ambito delle CP;</p> <p>Riconoscere i segnali di disadattamento, frustrazione e perdita di senso nell'ambiente di lavoro, nel lavoro in <i>équipe</i>, nelle relazioni interpersonali, nel ruolo professionale con particolare riferimento ai temi della morte e del morire;</p>	
A	Saper applicare le tecniche per la gestione e negoziazione dei conflitti sia di contenuto sia di ruolo;		
A	Saper impostare una corretta supervisione per la gestione delle dinamiche intra- <i>équipe</i> e la gestione/superamento dei conflitti, come psicologo esterno all' <i>équipe</i> ;	Conoscere le basi psicologiche delle teorie dello stress, adattamento, resilienza e <i>coping</i> , applicate alle CP;	
B	Saper favorire percorsi evolutivi di gruppo ed individuali nel lavoro d' <i>équipe</i> in CP;		
B	Saper connettere l'attività dei volontari con il lavoro dell' <i>équipe</i> professionale.		



6. STRATEGIE ORGANIZZATIVE E LAVORO DI RETE

Gli psicologi che lavorano in CP fanno parte di una organizzazione e di essa devono conoscere gli elementi fondanti quali ad esempio struttura, processi, strategie. Le CP non possono prescindere da un lavoro svolto in rete.

LIVELLO	COMPETENZE	CONOSCENZE	RIFLESSIONI E CONSAPEVOLEZZA
C	Saper programmare un servizio di psicologia di CP;	<p>Conoscere gli elementi fondanti l'organizzazione in cui sono inserite le CP: struttura, processi, strategie;</p> <p>Conoscere gli standard di struttura, di processo, di esito, di procedure e di normative;</p> <p>Conoscere gli standard di riferimento per la programmazione dei servizi;</p> <p>Conoscere strategie e teorie organizzative e dei sistemi;</p>	<p>Gli psicologi impegnati in CP devono riflettere: sulla necessità di mantenere un equilibrio tra vita professionale e vita privata per sé e per i propri collaboratori; sul proprio senso di appartenenza ad una Società/Organizzazione e al mondo CP.</p>
A	Saper riconoscere le risorse del territorio e utilizzarle qualora se ne presentasse il bisogno;	<p>Conoscere gli elementi cardine del lavoro di rete e le strutture che la compongono nella realtà nazionale ed applicata alla realtà locale dove si svolge la propria attività;</p> <p>Conoscere i mezzi di comunicazione territoriale e nazionale;</p>	
B	Saper gestire il rapporto fra il servizio di CP e il territorio;	<p>Conoscere il contesto organizzativo della rete CP;</p> <p>Conoscere le strutture e il funzionamento organizzativo nel panorama nazionale e internazionale, i sistemi e i modelli organizzativi dei servizi di CP nazionali ed internazionali in relazione al sistema sanitario e nella politica;</p> <p>Conoscere i processi che ispirano e regolano le attività di sistema nella rete in cui è attiva l'équipe di CP;</p> <p>Conoscere i servizi sul territorio facenti parte della rete;</p>	
B	Saper promuovere il senso di appartenenza e sostenere la coesione degli operatori;	Conoscere l'organigramma e il sistema organizzativo del proprio servizio e dei servizi CP;	
B	Saper mantenere una costante comunicazione con gli altri servizi territoriali della rete di CP in un'ottica di collaborazione che favorisca la continuità assistenziale		





LIVELLO	COMPETENZE	CONOSCENZE	RIFLESSIONI E CONSAPEVOLEZZA
C	Saper attuare con efficacia il modello organizzativo multiprofessionale;	Conoscere le metodologie del lavoro per obiettivi, dell'analisi e del riconoscimento delle competenze, del <i>risk management</i> ; Conoscere modelli, visione e strategie organizzative;	
C	Saper promuovere l'integrazione professionale;		
C	Saper negoziare un contratto;	Conoscere i contratti in vigore nella sanità pubblica e privata;	
C	Saper gestire le risorse economiche;	Conoscere le condizioni e le risorse in CP;	
C	Saper contribuire nel portare ad accreditamento una struttura della rete di CP e una rete di CP;	Conoscere le determinanti della qualità in CP; Conoscere i sistemi di accreditamento e certificazione;	
C	Saper collaborare all'organizzazione e promozione di eventi per la sensibilizzazione alla raccolta fondi (<i>fund raising</i>).	Conoscere le tecniche e gli strumenti efficaci per la trasmissione di informazioni e comunicazioni mediatiche.	

7. ETICA, DEONTOLOGIA E RACCOLTA/TRATTAMENTO DATI

Gli psicologi che lavorano in CP devono sapersi confrontare sulle questioni etiche, giuridiche, di biodiritto e deontologiche con l'*équipe* e raccogliere la documentazione clinica.

LIVELLO	COMPETENZE	CONOSCENZE	RIFLESSIONI E CONSAPEVOLEZZA
A	Saper esercitare la professione in accordo con i principi etici, deontologici, giuridici;	Conoscere i fondamenti etici e deontologici della propria professione; Conoscere elementi di biodiritto e giurisprudenza; Conoscere i principi e i criteri dell'etica in medicina: beneficenza, non-maleficenza, giustizia, rispetto dell'autonomia, proporzionalità; Conoscere le linee guida professionali, etiche ed i codici deontologici della propria professione e di quelle delle professioni coinvolte in CP; Conoscere la Convenzione di Oviedo e le normative nazionali e internazionali di pertinenza etico-deontologica – legale; Conoscere le convenzioni e le carte dei diritti rivolte a bambini ed adolescenti malati, ricoverati, morenti;	Gli psicologi devono riflettere sul proprio concetto di comportamento etico, così come sui propri concetti di vita e di morte, incluse le personali preferenze sulle scelte di fine vita; su pregiudizi personali, collettivi e culturali in merito a decisione di morire, proporzionalità degli interventi, lettura dei bisogni inespresi; Essere consapevoli e saper riconoscere i limiti della propria competenza etica, delle proprie capacità e della propria esperienza ed impegnarsi in un <i>training</i> adeguato per poterle perfezionare.





LIVELLO	COMPETENZE	CONOSCENZE	RIFLESSIONI E CONSAPEVOLEZZA
A	Saper identificare le strutture psicologiche cognitive ed emotive delle persone malate che possono influenzare l'autonomia e la capacità decisionale della persona malata;		
B	Saper individuare i potenziali problemi, le questioni etiche relative al fine vita;	Conoscere i principi della bioetica di fine vita;	
B	Saper far emergere e affrontare le questioni etiche, giuridiche e di biodiritto, le situazioni critiche e controverse in <i>équipe</i> ;	Conoscere i principi etici fondanti delle CP;	
B	Saper spiegare, discutere e gestire le questioni inerenti le scelte di fine vita con la persona malata stessa, i familiari e l' <i>équipe</i> ;		
C	Saper coinvolgere nell'ambito dell'<i>équipe</i> multidisciplinare i comitati di bioetica nella discussione dei casi considerati critici;		
A	Saper rispettare la dignità delle persone, i loro desideri e credenze;		
B	Saper promuovere nell'ambito dell' <i>équipe</i> multidisciplinare i processi decisionali della persona malata e dei suoi famigliari;		
B	Saper acquisire il consenso nell'ambito dell' <i>équipe</i> multidisciplinare.	Conoscere le normative e i principi etici relativi al consenso informato, alla limitazione dei trattamenti e alle dichiarazioni anticipate di trattamento;	
A	Saper raccogliere i dati relativi alla <i>privacy</i> ;	Conoscere la normativa sulla <i>privacy</i> ;	
A	Saper intervenire nell'ambito dell' <i>équipe</i> multidisciplinare a tutela della persona malata e della sua famiglia;		
C	Saper sostenere nell'ambito dell'<i>équipe</i> multidisciplinare le persone malate affinché possano esprimere e tutelare i propri interessi;	Conoscere i principi di gestione dei conflitti etici fra persona malata e famiglia e fra familiari;	
B	Saper coinvolgere e sostenere la famiglia nel comprendere e difendere i desideri ed i diritti della persona malata, quando questa non è più in grado di farlo autonomamente;	Conoscere i diritti della persona malata e della sua famiglia e intervenire per garantirne il rispetto;	
A	Saper raccogliere e tenere un'adeguata documentazione propria ed integrata dei dati.	Conoscere la normativa e i principi etici che regolano la raccolta e archiviazione della documentazione; Conoscere la normativa relativa alla compilazione del diario clinico specialistico ed integrato nei vari setting delle CP.	
A	Saper utilizzare i sistemi di documentazione cartacea e informatizzata;	Conoscere la normativa di riferimento per la compilazione della cartella clinica e ambulatoriale nei vari setting delle CP;	



8. TRANSCULTURALITA'

Nelle cure di fine vita emerge nella sua complessità la fitta rete di valori, credenze culturali, abitudini che hanno importanti riflessi soprattutto nell'espressione del dolore, nelle decisioni terapeutiche, nella gestione di sintomi e nelle decisioni sul fine-vita.

LIVELLO	COMPETENZE	CONOSCENZE	RIFLESSIONI E CONSAPEVOLEZZA
A	Saper rispettare gli obiettivi personali e l'identità del sistema dei valori delle persone di culture altre;		Gli psicologi impegnati in CP devono essere consapevoli della necessità di accrescere la propria competenza culturale; rispettare, permettere e sostenere le differenze culturali; aver rispetto degli obiettivi personali, dell'identità e del sistema dei valori, delle persone, di altre culture;
B	Saper riconoscere e far emergere, nell'ambito dell'équipe multidisciplinare, la fitta rete di valori, credenze culturali, abitudini che nelle cure palliative hanno importanti riflessi soprattutto nell'espressione del dolore, nelle decisioni terapeutiche, nella gestione di sintomi e nelle decisioni sul fine-vita;	<p>Conoscere i fondamenti dell'antropologia culturale e medica relativa al dolore, alla fine vita e al lutto;</p> <p>Conoscere i fondamenti delle principali religioni, della spiritualità e delle credenze relative alla salute e alla malattia;</p> <p>Conoscere le credenze relative alla morte, al morire, al dolore, alla salute, alla malattia e al lutto;</p> <p>Conoscere gli stili di vita nel dolore e nel morire nelle diverse culture;</p> <p>Conoscere i rituali del morire e della cura della salma nelle diverse culture e religioni;</p> <p>Conoscere le diverse espressioni e riti del lutto e del cordoglio;</p>	differenziare tra i valori culturali propri personali e quelli degli altri, per evitare discriminazioni e pregiudizi; Devono essere consapevoli di come i propri valori, pratiche e credenze, pregiudizi e stereotipi possono influenzare l'assistenza prestata.
B	Saper intervenire per ridurre i rischi di discriminazione ed isolamento della persona assistita e della sua famiglia nell'ambito dell'équipe multidisciplinare;	Conoscere i comportamenti culturalmente appropriati nell'assistenza e nella relazione d'aiuto;	
A	Saper riconoscere la necessità di attivare un mediatore culturale;	Conoscere le diversità culturali nell'espressione della sofferenza nel processo del morire e nel lutto.	
B	Saper accompagnare l'équipe nell'accettazione di un modo "altro" di gestire il fine vita.		

9. FORMAZIONE

Agli psicologi operanti in CP è richiesto di intervenire nei percorsi formativi di professionisti e volontari attivi a vari livelli e nei diversi setting delle CP, in integrazione con le altre figure professionali, ma anche di essere in grado di intervenire nei processi di divulgazione e di informazione ai cittadini. Lo psicologo deve saper applicare tecniche e metodologie formative e di tenersi costantemente aggiornato sui modelli educativi.

LIVELLO	COMPETENZE	CONOSCENZE	RIFLESSIONI E CONSAPEVOLEZZA
B	Saper costruire percorsi formativi per sé, per gli altri operatori e per i volontari della CP;	Conoscere i modelli formativi e di aggiornamento in CP; Conoscere i principi e gli stili di apprendimento degli adulti; Conoscere i percorsi ed i sistemi di formazione continua.	Gli psicologi impegnati in CP devono: valutare periodicamente l'effetto della propria formazione, dei propri atteggiamenti e comportamenti sul lavoro clinico, sulla relazione e sul proprio ruolo di formatore; Essere consapevoli dei propri limiti e volontà di impegnarsi in uno sviluppo professionale continuo.
B	Saper rilevare in <i>équipe</i> i bisogni formativi del personale e dei volontari;	Conoscere la metodologia della gestione formativa in ambito sanitario e nelle CP;	
A	Saper applicare tecniche e metodologie formative e tenersi costantemente aggiornato;		
B	Saper intervenire nei percorsi formativi di professionisti e volontari attivi a vari livelli e nei diversi setting delle CP, in integrazione con le altre figure professionali ed essere in grado di intervenire nei processi di divulgazione e di informazione ai cittadini;		
B	Saper progettare interventi specifici di formazione rivolti alle scuole		
A	Saper essere competente ed abile nel comunicare;		
A	Saper interagire con altre figure professionali all'interno di un percorso formativo congiunto;	Conoscere i metodi didattici e le loro condizioni di efficacia;	
B	Saper svolgere funzioni di tutoring in CP;		
B	Saper trasferire le proprie conoscenze ed abilità all'interno dell' <i>équipe</i> e a nuovi operatori in collaborazione con l' <i>équipe</i> multidisciplinare;	Conoscere le metodologie ed i principi dell'insegnamento interdisciplinare e multi professionale;	





LIVELLO	COMPETENZE	CONOSCENZE	RIFLESSIONI E CONSAPEVOLEZZA
B	Saper trasferire le proprie competenze relative alle CP ai colleghi;		
B	Saper svolgere funzioni di team leader nella formazione in CP;		
B	Saper predisporre e attuare piani di formazione continua in CP.		

10. RICERCA

Gli psicologi devono avere conoscenze relative alle metodologie di ricerca quali/quantitativa e devono essere consapevoli delle criticità cliniche ed etiche specifiche dell'ambito delle CP. Devono comprendere l'importanza e la necessità di impostare e sviluppare progetti di ricerca e studi clinici.

LIVELLO	COMPETENZE	CONOSCENZE	RIFLESSIONI E CONSAPEVOLEZZA
A	Saper raccogliere in modo sistematico dati ed informazioni per raggiungere gli obiettivi della ricerca;	<p>Conoscere i principi generali della ricerca clinica;</p> <p>Conoscere i livelli di evidenza;</p> <p>Conoscere le modalità di raccolta e analisi dei dati (statistici e non);</p> <p>Conoscere i principi e la pratica della ricerca <i>evidence based</i>;</p> <p>Conoscere i principi e la pratica della ricerca <i>narrative based</i>;</p> <p>Conoscere i problemi etici e deontologici in merito alla ricerca;</p> <p>Conoscere le principali banche dati, riviste scientifiche di settore;</p>	<p>Gli psicologi impegnati in CP devono riflettere: sui propri limiti e quelli della struttura in cui si opera in relazione alla ricerca clinica; sull'eticità della ricerca; sull'importanza del lavoro multidisciplinare nell'attuazione della ricerca; sull'importanza di contribuire ad una evoluzione scientifica ed avanzamento della conoscenza della propria disciplina all'interno delle CP.</p>
A	Saper leggere uno studio e valutarne la qualità;		





LIVELLO	COMPETENZE	CONOSCENZE	RIFLESSIONI E CONSAPEVOLEZZA
B	Saper disegnare e condurre uno studio nel contesto delle CP;	Conoscere la storia e lo sviluppo della ricerca in CP; Conoscere le possibilità e i limiti della ricerca in CP; Conoscere le metodologie e strumenti di ricerca quali/quantitativa in psicologia e in CP; Conoscere i principali quesiti e ricerche in CP con particolare attenzione a quelle in ambito psicosociale; Conoscere i risultati delle ricerche psicologiche in CP. Conoscere le metodologie di identificazione del contesto e delle componenti istituzionali (gerarchia, regole, comitati etici) in relazione alla pianificazione, attuazione e divulgazione dei dati delle ricerche;	
A	Saper costruire uno strumento di ricerca;	Conoscere i metodi per la definizione e l'uso di strumenti di ricerca;	
B	Sviluppare gli adattamenti culturali degli strumenti di rilevazione in CP;	Conoscere i principali strumenti di rilevazione impiegati nelle CP;	
B	Saper dare un contributo critico all' <i>équipe</i> di CP sul progetto di fattibilità di una data ricerca;	Conoscere e applicare la metodologia della ricerca in <i>équipe</i> multidisciplinari.	
B	Saper motivare l' <i>équipe</i> di CP ad una partecipazione attiva in tutte le fasi della ricerca;		
A	Saper sostenere l'utilità e l'importanza della ricerca in CP;		
A	Sapersi confrontare con il panorama scientifico internazionale;		
B	Saper risolvere problemi clinici ed assistenziali attraverso l'implementazione nella pratica clinica di dati reperiti dalla letteratura scientifica in CP.		

6.

METODOLOGIA PER L'APPRENDIMENTO

In relazione alla necessità di utilizzare metodologie didattiche attive, va sottolineato che si tratta di metodi che sono parte integrante della pratica didattica più innovativa. Esistono esperienze significative e ampia letteratura in merito.

Si riporta quanto auspicato dall'EAPC: *"Si raccomanda che le seguenti metodologie siano valorizzate:*

- ▶ *Prioritario deve essere l'apprendimento sul campo "experiential learning" (incluso il contatto con le unità operative, i pazienti e le famiglie, il territorio e la comunità). Il de-briefing, come strumento d'apprendimento, deve essere considerato una priorità.*
- ▶ *Dovrebbero essere utilizzate metodologie attive, più che passive (problem based learning, discussioni, role playing ...).*
- ▶ *L'apprendimento multi-professionale è condizione per diffondere e incoraggiare una migliore cooperazione.*
- ▶ *L'integrazione orizzontale: gli specialisti in cure palliative devono diffondere le conoscenze dell'area, insegnando ai colleghi delle altre discipline.*
- ▶ *Dovranno essere consentite continue occasioni di auto-riflessione e discussione di gruppo sulle situazioni difficili, inclu-*

do i problemi della famiglia e del team.

- ▶ *Considerazioni etiche e psicosociali andranno integrate in tutti gli aspetti della formazione."*
- ▶ *(EAPC - Curriculum in Palliative Care for Undergraduate Medical Education Recommendations - 2007)*

I luoghi di cura come contesti di apprendimento

Le cure palliative costituiscono uno degli ambienti professionali ad oggi più vicini alla realizzazione dell'organizzazione avanzata dei servizi sanitari.

I principi della qualità organizzativa ci dicono che, quanto più un'organizzazione sa essere aperta, collaborativa, interprofessionale tanto più essa sarà capace di produrre qualità, innovazione e adattamento all'imprevisto.

I tratti caratteristici – ormai universalmente riconosciuti – delle cure palliative, sono proprio questi:

- ▶ Interprofessionalità
- ▶ Modelli organizzativi integrati e orizzontali
- ▶ Modelli di lavoro per processi
- ▶ Contesti organizzativi facilitanti l'apprendimento e l'assessment continuo.

7. STANDARD PER I TIROCINI

Il tirocinio nelle Cure Palliative

Le cure palliative sono caratterizzate da un particolare approccio globale, clinico e assistenziale e da uno specifico modello organizzativo.

Ciò che definisce un “buon agire” in ambito di cure palliative, è in primo luogo un atteggiamento professionale, significativamente diverso da quello tradizionalmente agito in medicina.

L’approccio alla persona malata e alla famiglia, la necessità di tenere conto di indicatori complessi e trasversali, la condizione essenziale di assoluta individualizzazione del percorso di “care”, la necessità di una stretta collaborazione multiprofessionale e transdisciplinare, fanno delle cure palliative un ambito disciplinare e professionale “di frontiera”, che richiede e consente una riflessione sulle effettive modalità di acquisizione delle competenze necessarie.

I percorsi di apprendimento e di produzione del sapere che si sono dimostrati sinora efficaci e hanno consentito lo sviluppo delle cure palliative, indicano una strada possibile.

Bisogna garantire che le strutture di cura siano valorizzate come luoghi in grado di assicurare la conoscenza e l’acquisizione di comportamenti e approcci adeguati.

È opportuno e necessario, peraltro, che il sistema accademico riconosca e valorizzi le competenze che acquisiscono la dignità di disciplina, collabori nell’ottica di quella contaminazione di saperi (transdisciplinare) che permette il vero arricchimento e favorisce la diffusione della nuova professionalità.

L’Italia sta finalmente superando il ritardo strutturale in merito all’apprendimento sul campo. La cultura professionale dominante, incentrata su percorsi lineari e accademici per lo più di tipo disciplinare e con scarsa attenzione

alle effettive condizioni d’uso delle competenze, si va modificando.

Il tirocinio ha il vantaggio di costituire contestualmente momento di apprendimento strutturato e occasione di confronto e crescita fra professionisti. Si ritiene dunque utile definire un modello di tirocinio che ne consenta una effettiva diffusione.

Il modello di tirocinio

Il modello prevede che i tirocini formativi (ossia quelli parte dei percorsi curricolari), vengano svolti presso strutture e unità di cura.

Per assicurare quest’obiettivo è necessario che:

- ▶ I tirocini siano molto strutturati, al fine di garantire obiettivi formativi per i diversi *curricola* e assicurare che essi siano omogenei a livello nazionale.
- ▶ Vi siano strumenti e metodologie di progettazione, gestione e valutazione comparabili e condivisi.
- ▶ Siano condotti con metodologie che consentano le necessarie flessibilità.
- ▶ Le strutture siano capaci di accogliere tirocinanti con un impatto organizzativo supportabile nel tempo.

Premettendo che il tirocinio è sempre un progetto individuale, ciò significa che l’articolazione del singolo tirocinio deve essere definita in relazione alle caratteristiche della persona che vi partecipa e al contesto organizzativo in cui viene svolto.

Nel caso specifico dei tirocini che sono parte integrante di percorsi curricolari, si ritiene necessario predisporre:

- a. **Percorsi di riferimento** per tirocini standard con specifica delle competenze da acquisire, delle modalità, degli strumenti e degli indicatori di risultato;
- b. **Un manuale operativo** che consenta la progettazione dei singoli percorsi e for-

nisca gli strumenti;

- c. **Una procedura** di progettazione e gestione dei tirocini che renda fluidi e costruttivi i rapporti fra sistema formativo e strutture di cura, facilitando la programmazione e la gestione.

Principi generali del disegno dei tirocini sono:

- a. la multiprofessionalità: il tirocinante dovrà affiancare diverse figure professionali, con approfondimenti mirati a seconda degli obiettivi formativi;
- b. la programmazione: il *planning* del tirocinio è un programma di lavoro strutturato e condiviso e costituisce lo strumento del tutor e del discente per lo sviluppo del percorso. Gli strumenti di valutazione (*in itinere ed ex post*), ne fanno parte integrante.

Le unità di cura dovranno dunque favorire le condizioni organizzative per l'inserimento di stagisti e avere le figure dei tutor e degli esperti. Ogni unità operativa deve individuare al suo interno le figure professionali in grado di svolgere le funzioni di tutor e di esperti.

In linea di principio, tutti coloro che hanno esperienza nelle strutture di cura da almeno 3 anni, dovrebbero poter svolgere la funzione di tutor. I tutor vanno individuati tra tutte le figure professionali. Questo al fine di assicurare che i tirocinanti possano affiancare effettivamente professionisti di profilo diverso.

Indice del Manuale tirocini

1. Scopi e finalità dei tirocini
2. Norme e procedure
 - a. Valore e durata
 - b. Le convenzioni
3. I percorsi
 - a. Aree di competenza: unità didattiche, obiettivi formativi e percorsi
 - b. Metodologie
 - c. Indicatori di risultato
4. La progettazione
 - a. la scheda di progetto
 - b. le metodologie di progettazione
 - c. gli strumenti di monitoraggio
 - d. gli strumenti di valutazione

5. Condizioni di efficacia e modalità di sviluppo

Profilo del tutor

Il *tutor* o tutore è la figura centrale di riferimento e il garante del percorso formativo, è **gestore di processo**.

Svolge una funzione prevalente di **mediatore e integratore**.

Ha compiti diretti di trasmissione delle conoscenze, in primo luogo interviene sulle condizioni di apprendimento. Deve essere in grado di "guidare" il percorso di formazione, individuale o collettivo, secondo le fasi e le modalità previste.

Funzione generale

Il tutor:

- ▶ Esercita una funzione di supporto alla formazione individuale.
- ▶ Esercita la funzione di raccordo fra i diversi soggetti: formandi, docenti, esperti, organizzazione.
- ▶ Garantisce nel tempo il mantenimento degli scopi e degli obiettivi, esercitando un

Ruolo pedagogico

Il tutor:

- ▶ pianifica con ogni formando il suo percorso, definisce gli obiettivi, verifica la progressione. Lo aiuta a riflettere sui modi di apprendimento, sulle difficoltà e i successi, sull'inserimento nel gruppo
- ▶ rileva e registra gli elementi di controllo e valutazione del processo;

Ruolo docente

Il tutor:

- ▶ collega le aree disciplinari e aiuta nelle connessioni, nello sviluppo degli approfondimenti, nella pianificazione del lavoro individuale;

Ruolo integratore

Il tutor:

- ▶ garante della comunicazione interna al processo di formazione e con l'organizzazione nel suo complesso
- ▶ risolve eventuali problemi organizzativi e comunicativi che si creano.

Capacità – competenze

Il tutor:

- ▶ Ha padronanza di una competenza specialistica (*è prima di tutto un professionista*).
- ▶ Possiede buone capacità di gestione delle relazioni interpersonali e di comunicazione e buone capacità di coordinamento, collaborazione e concertazione con i colleghi.
- ▶ E' capace di sistematizzare e formalizzare le competenze specialistiche, possiede i metodi per renderle visibili e comprensibili.
- ▶ Ha propensione al trasferimento e condivisione delle competenze.
- ▶ Sa utilizzare differenti "metodi" o supporti didattici.
- ▶ E' in grado di governare contenuti e fasi del processo didattico, e di integrare

eventuali carenze.

- ▶ Conosce molto bene il contesto organizzativo.
- ▶ Ha una conoscenza approfondita del progetto complessivo e ne condivide gli scopi.
- ▶ Sa pianificare e gestire progetti; analizza le situazioni e prende le decisioni; immagina le soluzioni per adattare i mezzi e i vincoli alle attese.
- ▶ Sa reperire, animare e mobilitare équipe pluri-disciplinari.
- ▶ Raccoglie e valuta le informazioni provenienti dall'équipe e dal contesto.

La formazione dei tutor

La formazione di *tutor* dovrà essere promossa dalle strutture di cura di concerto con le aziende. Avrà l'accreditamento ECM e sarà ricorrente nel tempo.

Il programma di formazione dei tutor dovrà comprendere:

- ▶ Obiettivi e struttura dei tirocini: principi e modelli
- ▶ Apprendimento sul campo: principi e metodologie
- ▶ Il progetto e il controllo del processo – con esercitazioni
- ▶ Il ruolo del tutor

La durata media sarà di tre giornate.

GLOSSARIO

Per la terminologia specifica si rimanda a:
<http://www.agenas.it/>

BIBLIOGRAFIA

Definizione di Cure palliative

- World Health Organization. (WHO) Technical Report Series 804, Geneva **Cancer Pain Relief and Palliative Care**, (1) 1990.
- World Health Organisation (WHO) Sepulveda C, Marlin A, Yoshida T, Ullrich A. **“Palliative Care: the World Health Organisation’s global perspective”**, Journal of Pain and Symptom Management, 24: 91-96, 2002.
- EAPC European Association for Palliative Care: **Definition of Palliative Care** (1998).
- European Parliament - Policy Department Economic and Scientific Policy. **Palliative Care in the European Union**, 2007
- **Legge 15 marzo 2010, n. 38** pubblicata in Gazzetta Ufficiale 19 marzo 2010, n. 65.
- Hallenbeck, J.L. **Palliative Care Perspective**, 2003, Oxford University.
- Storey P, Knight CF. UNIPAC One: **The Hospice/Palliative Medicine Approach to End-of-Life Care**. 1998, Kendall/Hunt: Dubuque, p.11.
- Doyle, D, Hanks GWC, et al. **Oxford Textbook of Palliative Medicine, Introduction**- 2nd ed. 1999, New York: Oxford University Press, p.3.
- Mac MacLeod R, and Egan T. **Interprofessional education** in Bee Wee, Nic Hughes **Education in Palliative Care**, building a culture of learning. Oxford University Press, February 2007.
- Consiglio d’Europa – **Raccomandazione Rec (2003) 24 del Comitato dei Ministri agli stati membri sull’organizzazione delle cure palliative**. 12 Novembre 2003, 860° seduta.

Competenze e formazione

- **EAPC: Recommendations of the EAPC for the Development of postgraduate Curricula leading to Certification in Palliative Medicine-2009**
- **Optimal standard for Professional Training in Psychology** European Federation of Psychologist’s Associations www.efpa.eu
- Doyle D, Hanks GWC, et al. **Oxford Textbook of Palliative Medicine, Introduction**, 2nd edition 1999 New York, Oxford University Press, Cap 21 **Education and training in palliative care**.
- European Parliament. Policy Department Economic and Scientific Policy. **Palliative Care in the European Union**, 2007
- Consiglio d’Europa – assemblea parlamentare, **Palliative care: a model for innovative health and social policies – Resolution 1649**, 2009 Assembly debate on 28 January 2009 (6° seduta) (see Doc. 11758, report of the Social, Health and Family Affairs Committee, rapporteur: Mr Wodarg). Testo adottato dall’Assemblea il 28 gennaio 2009 (6° seduta).
- **The EAPC task-force on education for psychologist in palliative care**, European Journal of Palliative Care, 2010/17.
- **Clinical practice guidelines for quality palliative care**, Second edition, USA National Consensus Project, 2009.
- WHO. Cancer control: knowledge into action. **WHO guide for effective programmes; Palliative Care**, II Series, 2007.
- Bee Wee, Nic Huges: **Education in palliative care, building a culture of learning**, Oxford University Press, 2007.

Scenari e tendenze dei sistemi sanitari

- **Oecd – Health update, The newsletter on health-related activities at the OECD**, No. 7 – July 200; No. 10 – dicembre 2010
- IBM Institute for Business Value. **Healthcare 2015: Win-win or lose-lose? A portrait and a path to successful transformation**. ibm.com/healthcare/hc2015
- Commissione delle Comunità europee. **Libro Bianco - Un impegno comune per la salute: Approccio strategico dell'UE per il periodo 2008-2013**, Bruxelles, 2007
- UEMS – Union européenne des médecine spécialistes. **Accreditamento professionale - curricula**, <http://www.uems.net/>

Approfondimenti su interprofessionalità, servizi integrati, modelli organizzativi e formativi

- Piemonte, Assessorato tutela della salute e sanità. **“Promuovere e sviluppare comunità di pratica e di apprendimento nelle Organizzazioni sanitarie”**, Atti del Convegno. Ottobre 2009.
- Una bibliografia esaustiva da G. Dussault – **Politiche e sviluppo delle risorse umane in sanità**.
- Master in “Management per le funzioni di direzione dei servizi socio-sanitari”, Bologna 2011.
- Barrett, J. et al. (2008), **Interprofessional Collaboration and Quality Primary Healthcare**, Canadian Health Services Research Foundation http://www.healthcouncilcanada.ca/docs/rpts/2008/Synthesis%20Report_E_FLINAL%20%282%29.pdf.
- L Bertinato, E Boscolo, L Ciato (2011) **Over-supplying doctors but seeking carers: Italy's demographic challenges and health professional mobility**, in Wismar M. , Maier C.B. , Glinos I., Dussault G., Figueras J. (ed.) Health

Professional Mobility and Health Systems: Evidence from 17 European countries, European Observatory on Health Systems and Policies, Bruxelles.

- Buchan, J. (2004). **What difference does (“good”) HRM make? Human Resources For Health**, 2 (6). <http://www.human-resources-health.com/content/pdf/1478-4491-2-6.pdf>.
- Christianson, J. et al. (2007), **Financial incentives, healthcare providers and quality improvements**, A review of the evidence, London, The Health Foundation <http://www.health.org.uk/public/cms/75/76/313/571/Financial%20incentives.pdf?realName=5GmFYW.pdf>.
- Dolea C., Adams, O. (2005) **Motivation of health care workers - review of theories and empirical evidence**, Geneva, World Health Organization, Cahiers de sociologie et démographie médicales 45(1):135-61.
- Dussault G., Dubois, C. H. (2003), **«Human resources for health policies: a critical component of health policies»** Human Resources for Health, 1:1 <http://www.human-resources-health.com/content/1/1/1>.
- Dussault, G., Franceschini, M.C. (2006), **“Not enough there, too many here: understanding geographical imbalances in the distribution of the health workforce”** Human Resources for Health, 4:12 <http://www.human-resources-health.com/content/pdf/1478-4491-4-12.pdf>.
- Dussault, G. et al., (2009) **Scaling up the Stock of Health Workers: a Review**, International Council of Nurses, Geneva, 48 p. (ISBN:978-92-95065-64-2), http://www.ichrn.com/publications/policyresearch/Scaling_up-EN.pdf.
- Dussault G, Russo G, Assunção D, Fronteira I, (2009) **The nursing labour market in the European Union in transition**, European Observatory on Health Systems and Policies, Bruxelles, <http://bcdmi.co.uk/EMEA/WHO/PolicyDialogue2009/Stockholm/Scoping%20>

Paper_nurses%20in%20EU_FINAL.pdf.

- Dussault G., Fronteira I., (2010) **Human Resources for Health. National Health Plan 2011-2016 (Portugal)**, Lisbon, Alto Comissariado da Saúde <http://www.acs.min-saude.pt/pns2011-2016/files/2010/08/RHS2.pdf>.
- Dussault G., Buchan J., Sermeus W., Padaiga Z., **Assessing future health workforce needs**, Bruxelles, European Observatory on Health Systems and Policies, <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/data-and-evidence/health-evidence-network-hen/publications/joint-policy-briefs/published-for-the-belgian-european-union-presidency-ministerial-conference-on-the-european-health-workforce>.
- European Observatory on Health Systems and Policies (2009), **Planning for a well-skilled nursing and social care workforce in Europe: Case Studies from Finland, Germany, Italy, Lithuania and Spain**, <http://bcdmi.co.uk/EMEA/WHO/PolicyDialogue2009/Stockholm/Background.htm>.
- European Observatory on Health Systems and Policies (2010), **The changing roles and skills of nurses and social care workers for better coordination of care in Europe: case studies from Denmark, Sweden, Slovenia and the United Kingdom** <http://bcdmi.co.uk/EMEA/WHO/PolicyDialogue2009/Stockholm/Background.htm>.
- MacAdam, M. (2008), **Frameworks of Integrated Care for the Elderly: a systematic review**, Ottawa, Canadian Policy Research Networks <http://www.cssnetwork.ca/Resources%20and%20Publications/MacAdam-Frameworks%20for%20Integrated%20Care%20for%20the%20Frail%20Elderly.pdf>.
- Minkman I., Ahaas K., Huijsman, R. (2009) **A four phase development model for integrated care services in the Netherlands**, BMC Health Services Research, 9:42. <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/9/42>.
- Potter, C.C., Harries J., (2006) **The determinants of policy effectiveness**, Bulletin of the World Health Organization, 84 (11):843.
- Rechel, B. et al., (2006), **The Health Care Workforce in Europe, Learning from experience**, European Observatory on Health Systems and Policies, Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/91475/E89156.pdf.
- Teperi, J., Porter, M.E., Vuorenkoski, L., Baron, J.F., (2009) **The Finnish Health Care System: A Value-Based Perspective**, Sitra, Helsinki.
- Vujcic, M., Zurn, P. (2006), **The dynamics of the labour health market**, International Journal of Health Planning and Management, 21:101-115 (<http://www3.interscience.wiley.com/cgi-bin/fulltext/112652606/PDFSTART>).
- World Health Organization (2006), **World Health Report 2006: Working Together for Health**, Geneva, WHO. (<http://www.who.int/whr/2006/en/>)
- World Health Organization (2008), **World Health Report 2008: Primary Health Care. Now More than Ever**, Geneva, WHO (http://www.who.int/whr/2008/whro8_en.pdf)

Link:

- Capacity plus: www.capacityplus.org/
- Department for International Development (U.K.), Health Systems Resource Guide: www.eldis.org/healthsystems/dossiers/hr/
- European Federation of Psychologist's Associations EFPA: www.efpa.eu
- European Observatory on health planning and policies: <http://www.euro.who.int/observatory>
- EuroPsy European Certificate in Psychology: www.europsy-efpa.eu - www.inpa-europsy.it
- Global Health Workforce Alliance: www.ghwa.org
- HRH compendium: www.hrhcompendium.com
- Human Resources for Health (online journal):

www.human-resources-health.com

- HRH Global Resource Center:
www.hrresourcecenter.org
- International Center for Human Resources in Nursing: <http://www.ichrn.org/>
- Management Sciences for Health, Manager's Electronic Resource Center:
<http://erc.msh.org/>
- World Health Organization, Department of human resources for health:
<http://www.who.int/hrh/en/>
- World Health Organization, Department of Health Policy, Development & Services:
<http://www.who.int/management/en/>

finito di stampare il 24 ottobre 2013 da



grafiche

ARTIGIANELLI

Via E. Ferri, 73 - 25123 Brescia
www.artigianelli.it

