

S.I.P.Le.S.

Linee Guida
Lo Psicologo in
Unità Spinale

Autori: *G.L. Arescaldino, A.G. Giulianelli, S. Lapini, M. Manera, G. Marchetti, N. Mazzoli, F. Morara, R. Mosanghini, A. Pollio, D. Rossetti, G. Rossi, C. Sollai, P. Valorio.*

Referees Nazionali ed Internazionali: *P. Kennedy, E. Molinari, W. Pitz., S. Vannoni per CNOP*

Introduzione

1 La formazione

- 1.1 Psicologo specializzato in Psicologia Clinica o equipollenti.
- 1.2 Opportuna una formazione in psicoterapia.

2 Il ruolo

- 2.1 E' parte integrante dell'équipe che ha in carico il paziente;
- 2.2 E' responsabile per la propria competenza del progetto terapeutico;
- 2.3 Prende in carico tutti i pazienti.

3 Il compito

- 3.1 Diagnosi psicologica;
- 3.2 Facilita la comprensione dei bisogni del paziente in una dimensione di progetto individualizzato;
- 3.3 Valuta e monitorizza i meccanismi di difesa del paziente in riferimento all'emergere di modalità adattative;
- 3.4 Sostiene il paziente nel percorso di elaborazione del cambiamento prevenendo o contenendo il manifestarsi di risposte patologiche;
- 3.5 In accordo col medico referente valuta l' eventuale richiesta di consulenza dello psichiatra e, ove necessario, del neuropsicologo;
- 3.6 Contribuisce alla comprensione e gestione del dolore;
- 3.7 Lavora sulle parti sane per avviare il necessario processo di adattamento attraverso la ricostruzione/reintegrazione del Sé;
- 3.8 Promuove e individua attività di sostegno all'autonomia.

4 L'intervento

- 4.1 Con il paziente: intervento sulla crisi, colloquio clinico;
- 4.2 Con i familiari: intervento sulla crisi, colloqui di accompagnamento;
- 4.3 Con gli operatori: contribuisce alla crescita di un atteggiamento psicologico adeguato e promuove momenti di formazione.
- 4.4 Lo psicologo con funzione di supervisore è un membro esterno.

5 Documentazione clinica

- 5.1 La cartella clinica
- 5.2 Il protocollo colloqui/intervento

6 La ricerca

- 6.1 Promuove e partecipa a specifiche attività di ricerca

Bibliografia e Riferimenti Teorici

INTRODUZIONE

Le persone che subiscono un *danno al midollo spinale*¹ si trovano quasi sempre a misurarsi con una condizione di disabilità permanente che comporta cambiamenti devastanti e drammatici a livello biologico, psicologico e sociale.

La percezione del Sé non ha più corrispondenza completa né nella propriocezione né nello schema corporeo; prevale un sentimento di frattura a livello anatomico, psicologico e temporale.

L'intervento dello psicologo sui *pazienti*² al primo ricovero, già descritto da *Guttman*³, si prefigura in Unità Spinale (US)⁴ come un intervento sulla crisi che consente di ascoltare e contenere l'angoscia del paziente con una attenzione particolare ai *meccanismi di difesa*⁵ utilizzati, valutandone la funzionalità o la disfunzionalità all'interno del complesso processo di adattamento (diagnosi psicologica) e con uno sguardo attento a prevenire o a intervenire precocemente su eventuali complicanze psichiche conseguenti. La focalizzazione è sull'individuazione ed il sostegno delle parti sane, l'identificazione delle risorse e delle capacità resilienti del paziente e del gruppo familiare. Raramente emergono resistenze e difficoltà nell'accettare il colloquio con lo psicologo; spesso, soprattutto per i familiari, lo spazio e il tempo del colloquio psicologico diventano un riferimento nei ritmi dell'US.

Proprio dall'esperienza sul campo, è nata la necessità di verificare le modalità operative più adeguate per l'intervento psicologico in US, un luogo dove tempo e spazio diventano immobili come gran parte dei pazienti, dove il colloquio con il paziente non è sempre in una stanza riservata dove la proposta di un incontro va fatta a tutti i pazienti per rimarcare un intervento sulla fisiologia di una situazione che mette in crisi l'intero assetto della persona. Il lavoro dello psicologo è prezioso già dal primo momento, quando la condizione acuta tende a mettere in evidenza l'aspetto biologico che, troppo spesso, nasconde l'angoscia di una situazione avvertita come sconosciuta ed inquietante.

L'intervento psicologico può essere descritto come un accompagnamento per sostenere il paziente nel recupero delle capacità residue, per favorire e sostenere una elaborazione della perdita, per imparare a decodificare i segnali sconosciuti che arrivano dal livello sottolesionale, per l'acquisizione di strategie di adattamento, per individuare i mezzi e gli strumenti più congeniali a gestire una situazione difficile e complessa nella "normalità".

L'elaborazione del lutto e della perdita risultano fondamentali per ritrovare il sentimento di integrità perduto, un fenomeno squisitamente psicologico che non ha corrispondenza all'integrità corporea.

Occorre aiutare il paziente a riprendere in mano la propria storia, improvvisamente interrotta dal trauma, per ritrovarne il significato.

L'eventuale psicoterapia dovrà essere di tipo focale supportivo, su aspetti specifici emergenti, secondo i propri modelli e teorie di riferimento.

I cambiamenti da affrontare sono imponenti anche per tutti i membri della famiglia e, quando la lesione comporta una disabilità grave, è quasi sempre un familiare ad occuparsi di tutta l'assistenza quotidiana: l'accompagnamento e il sostegno nell'affrontare questo compito è fondamentale per l'intero gruppo parentale.

L'approccio metodologico del lavoro in team è indispensabile; l'équipe è una grande risorsa quando si tratta di affrontare problematiche così complesse e per ricoveri molto lunghi. I ricoveri in US durano mesi persino nei casi meno gravi. Se tutti gli interventi fossero sbilanciati sugli aspetti biologici, questo consoliderebbe

quelle modalità difensive di fuga per evitare l'angoscia dell'incognito che la lesione ha portato con sé.

Fondamentale è la formazione: lavorare in US significa incontrare una umanità sofferente e spaventata, diversa dal cliente con un disagio psicologico che arriva nello studio dello psicoterapeuta, dove spazio e tempo sono parti di un setting definito e strutturato. Una solida formazione clinica, l'allenamento a riflettere sulle proprie emozioni, l'intervisione, la supervisione, sono strumenti che consentono allo psicologo di dare uno specifico contributo alla comprensione dei pazienti e dei loro bisogni nell'équipe.

Lavorare in Unità Spinale significa conoscere anche le conseguenze neurobiologiche della lesione, in particolare il dolore, una condizione spesso associata che può avere una eziologia sconosciuta ma pregiudicare anche gravemente la qualità della vita dei pazienti.

Lo psicologo che lavora in US contribuisce a modulare il lavoro quotidiano anche in considerazione della costante evoluzione (tipologia di pazienti, età, specializzazione degli interventi e approfondimento delle conoscenze, acquisizione di *Ausill*⁶ e nuove tecnologie) nella cura dei pazienti con lesione midollare e, quindi, all'organizzazione dell'Unità Spinale.

I rapporti con il territorio sono parte qualificante del lavoro in US: i servizi territoriali possono farsi adeguatamente carico delle persone con lesione spinale solo se vengono attivati in tempi utili e con modalità corrette.

La Società Italiana di Psicologia della Lesione Spinale (*SIPLeS*⁷) è nata proprio dal bisogno di trovare un ambito di confronto per i professionisti che in Italia lavorano in US: obiettivo della Società, fin dalla costituzione, l'individuazione di modalità condivise di intervento, alla luce dell'esperienza e della formazione dei singoli.

Le Linee Guida che presentiamo sono relative all'esperienza professionale di psicologi impegnati nella riabilitazione di pazienti con lesione midollare in fase acuta, cioè la fase immediatamente successiva all'evento lesivo, quando è fondamentale non sottovalutare l'emergenza psicologica e attivare precocemente strategie adattative.

Questo lavoro ha avuto una lenta e approfondita elaborazione. **Con il sostegno dell'Ordine degli Psicologi della Regione Toscana e del suo presidente, Sandra Vannoni, che se ne è fatto promotore al Consiglio Nazionale dell'Ordine degli Psicologi;** con la disponibilità dell'Ordine degli Psicologi dell'Emilia-Romagna per gli incontri collegiali; con la collaborazione di esperti italiani ed europei, la SIPLeS ha potuto redigere queste Linee Guida.

Dal costante confronto con Paul Kennedy, Direttore del Servizio di Psicologia clinica all'US di Stoke Mandeville e Presidente di *ESPA*⁸, Wolfgang Pitz, psicologo dell'US di Heidelberg fino al 2004, e con il prof. Enrico Molinari, referie italiano in quanto docente di Psicologia e della Riabilitazione all'Università Cattolica di Milano, è stato possibile elaborare questo documento.

Parole- chiave

- 1 **Danno al midollo spinale (Lesione Spinale):** La lesione spinale interrompe il passaggio di informazioni lungo le vie nervose che vanno dal centro alla periferia e viceversa, con la perdita di funzioni sotto il livello di lesione. Quando risulta compromesso il movimento dei 4 arti, si parla di tetraplegia; quando risultano compromessi gli arti inferiori si parla di paraplegia. Nei casi più gravi di tetraplegia può essere del tutto compromessa la respirazione autonoma: in questi casi la sopravvivenza risulta condizionata all'uso di un respiratore. L'altezza, la gravità e il tipo di lesione – completa o incompleta - insieme alle caratteristiche individuali, fanno sì che, anche a parità di morbosità, le situazioni possano essere molto diverse. “...non esiste nella patologia umana condizione analoga che coinvolga contemporaneamente, definitivamente e così estensivamente un tale numero di apparati e funzioni” (M.Taramelli “L'unità spinale unipolare, Franco Angeli, Milano 1998). La lesione spinale compromette le funzioni viscerali, con possibile perdita nel controllo degli sfinteri: l'incontinenza e il frequente utilizzo di manovre speciali per lo svuotamento di vescica e intestino rappresentano una situazione di grande disagio e i necessari adattamenti comportano una riabilitazione che comprende inevitabilmente la persona, la corporeità e persino le relazioni parentali poiché spesso il care giver è un familiare. Anche la sessualità può risultare compromessa e questo aspetto comporta implicazioni anche molto sofferte nella vita delle persone. Il dolore è spesso presente e, nella sua forma più resistente, il dolore neuropatico, può compromettere seriamente la qualità della vita.
- 2 **Paziente:** dal latino *patior*, colui che soffre. Utilizziamo questo termine, anziché quelli di uso più recente, per il suo significato etimologico che mette l'accento sulla sofferenza della persona.
- 3 **Guttmann:** Ludwig Guttmann, neurologo tedesco di origine ebraica, scappato dalla Germania nazista in Inghilterra, diresse la prima Unità Spinale all'Ospedale di Stoke Mandeville. Sua fu l'intuizione dell'importanza di un approccio globale alla persona con lesione spinale e, in particolare, scrisse dell'importanza degli aspetti psicologici nel percorso riabilitativo.
- 4 **U.S.:** Unità Spinale, struttura ad alta specialità riabilitativa che accoglie persone con lesione spinale. L'équipe di lavoro è multidisciplinare e comprende medici, infermieri, fisioterapisti, fisioterapisti respiratori, terapisti occupazionali, educatori, assistenti sociali, psicologi. In Italia sono state istituite con decreto ministeriale Donat Cattin del 13 Settembre 1988. Ancora oggi però le US presenti nel territorio nazionale sono poche e prevalentemente al Centro/Nord: questo comporta una forte migrazione di pazienti per cure e riabilitazioni. Le Unità Spinali sono ancora fortemente incentrate sul modello medico nonostante le evidenze scientifiche dell'importanza dei fattori sociali nella riabilitazione di questi pazienti. Anche per lo scarso numero di US, non esistono dati epidemiologici nazionali sulla lesione spinale.
- 5 **Meccanismi di difesa:** funzioni proprie del Sé attraverso le quali il soggetto attiva ideazioni e pensieri che lo proteggono da una realtà (concreta o immaginaria) percepita come minacciosa. Risultano fondamentali per la stabilità dell'io e per gli adattamenti necessari nel percorso di vita. L'enorme cambiamento legato alla lesione spinale provoca un terremoto nella vita del paziente e, come nelle catastrofi naturali, è accompagnato da sentimenti di paura, angoscia, disperazione. I meccanismi di difesa rappresentano una grande risorsa per pazienti e familiari nell'affrontare la realtà, ma vanno costantemente monitorati. Se permangono con modalità rigide e stereotipate, si trasformano in resistenze al cambiamento venendo meno alla loro funzione adattativa.
- 6 **Ausili:** dal latino *auxilium*, aiuto, sono strumenti tecnici che aiutano le persone nello svolgimento delle attività quotidiane. In particolare, le persone con una lesione spinale devono, nella maggioranza dei casi, utilizzare ausili per spostarsi (deambulatore, stampelle, carrozzina); nei casi più gravi necessitano di un respiratore; quando risultano compromessi gli arti superiori, l'individuazione e anche l'invenzione di ausili particolari, può migliorare le autonomie della vita quotidiana. In tutti i casi, si ha un buon uso dell'ausilio quando entra nello schema corporeo.
- 7 **S.I.P.Le.S. :** Società di Psicologia della Lesione Spinale. Nasce nel Dicembre 2002 dall'impegno di 5 psicologi operanti nelle Unità Spinali italiane. Presidente Silvia Lapini, psicologo all'US Careggi di Firenze. L'esiguo numero di psicologi operanti nelle US ha reso facili i contatti e indispensabile il confronto. A tutt'oggi fanno parte della società: G.L. Arescaldino, A.G. Giulianelli, M. Manera, G. Marchetti, N. Mazzoli, G. Rossi, P. Valorio, C. Sollai, R. Mosanghini, D. Rossetti, F. Morara, I. Ritacco; soci onorari: G. Gorla, W. Pitz.
- 8 **E.S.P.A.:** European Spinal Psychologists Association: associazione europea degli psicologi che si occupano di lesione spinale. La Siples aderisce all'Espa. Fondatore e Presidente ESPA Paul Kennedy, Professore di Psicologia Clinica all'Oxford Doctoral Corse; Direttore del Servizio di Psicologia Clinica del Buckinghamshire Hospitals e responsabile del Servizio di Psicologia Clinica del National Spinal Injuries Centre dello Stoke Mandeville Hospital.

1 LA FORMAZIONE

1.1 Psicologo specializzato in Psicologia Clinica o equipollenti.

La normativa definisce i requisiti per esercitare la professione di psicologo e il SSN definisce le caratteristiche necessarie a ricoprire il ruolo data anche l'alta specialità richiesta nel farsi carico di pazienti con lesione midollare.

1.2 E' opportuna una formazione in psicoterapia

Lo psicologo dovrà accedere a specifica formazione in psicoterapia presso scuole di specializzazione universitaria o altri istituti a tal fine riconosciuti.

2 IL RUOLO

2.1 E' parte integrante dell'equipe che ha in carico il paziente

L'intesa tra i diversi operatori non è solamente una complementarità metodologica nella diagnosi, nella prognosi, nelle terapie, ma presuppone una unitarietà di intenti così che, nel pieno rispetto della centralità del paziente con LM e tenuto conto delle condizioni fisiche, psichiche e socio-familiari, l'equipe elabora un progetto individuale, condiviso e partecipato e definisce i singoli programmi per il raggiungimento degli obiettivi. Il modello di lavoro in equipe mira ad uniformare gli interventi che devono concorrere al progetto di autonomia per la persona con lesione al midollo spinale, in grado di garantire il recupero massimo possibile in tutte le attività della vita quotidiana e la ricostruzione di una nuova identità personale.

2.2 E' responsabile per la propria competenza del progetto terapeutico

All'interno dell'SSN lo psicologo è inquadrato come dirigente, dotato quindi di autonomia professionale, e dal punto di vista professionale ha piena autonomia sia nella scelta dei metodi, delle tecniche e degli strumenti psicologici nonché nel loro utilizzo. E' responsabile dell'uso degli strumenti, delle valutazioni e interpretazione che ne conseguono. L'autonomia, con le connesse responsabilità, si esercita comunque e sempre nel rispetto della collaborazione multi professionale.

2.3 Prende in carico tutti i pazienti

Lo psicologo con il suo intervento contribuisce al progetto riabilitativo individuale portando in equipe le sue osservazioni e la sua analisi sulla persona con lesione midollare. Data la delicatezza e complessità della situazione, è indispensabile che lo psicologo prenda in carico ogni paziente, iniziando un percorso che, per il paziente, continuerà dopo le dimissioni. Pertanto, lo psicologo, prende contatto con i Servizi di Psicologia del Territorio, per una condivisione del progetto terapeutico che riguarda sia il paziente che, se presenti, i familiari considerando i rischi clinici.

RACCOMANDAZIONE 1

E' indispensabile che lo psicologo prenda in carico tutti i pazienti. Considerata la peculiarità ed insostituibilità della figura dello psicologo, è inoltre opportuno che faccia parte degli Organismi Collegiali ed Istituzionali, mettendo a disposizione le proprie competenze nella valutazione del servizio.

3 IL COMPITO

3.1 Diagnosi psicologica

“La diagnosi psicologica è un processo di osservazione clinica, di inquadramento delle osservazioni cliniche in una cornice formale riconosciuta dalla comunità scientifica e di elaborazione di ipotesi sui meccanismi di formazione e mantenimento degli esiti clinici nonché ai fini della scelta del trattamento. Gli strumenti psicodiagnostici possono essere distribuiti lungo un continuum che va dal minore al maggior grado di formalizzazione: l'osservazione clinica può avvalersi soltanto dello strumento osservativo e non implica necessariamente un'interazione diretta fra psicologo e paziente/i; il colloquio psicologico strutturato o non strutturato avviene all'interno di una relazione diretta psicologo/paziente; l'intervista strutturata si avvale di uno schema prefissato (a volte anche di precise domande prefissate) per la conduzione del colloquio; i test psicodiagnostici si avvalgono di una strumentazione specifica”.

3.2 Facilita la comprensione dei bisogni del paziente in una dimensione di progetto individualizzato

Il Progetto Riabilitativo Individuale considera in maniera globale i bisogni della persona con lesione al midollo spinale (e/o dei suoi familiari) e definisce attraverso l'equipe stessa, gli obiettivi a breve, medio e lungo termine, i tempi previsti, le azioni da predisporre per ottenere i risultati in termini di funzionamento e partecipazione. L'apporto specifico dello psicologo verte sul processo adattivo della persona e sulla decodificazione dei bisogni, facilitandone la comprensione da parte dell'equipe.

3.3 Valuta e monitorizza i meccanismi di difesa del paziente in riferimento all'emergere di modalità adattive

Per la valutazione dei meccanismi di difesa sono stati sviluppati numerosi strumenti e criteri; del resto il concetto di difesa ha subito, da Freud in poi, un'evoluzione progressiva ed, attualmente, viene inteso non più come forza esclusivamente intrapsichica impiegata per ridurre il conflitto, ma come un elemento centrale nello sviluppo di pattern relazionali più o meno adattivi. Allo stesso modo, rispetto al tema dell'adattamento - difese e coping - la risposta umana agli eventi può essere anche comprensiva di comportamenti “patologici”, immaturi e disadattivi che possono invece essere considerati normali, se non addirittura appropriati e adattivi. Ad esempio il *diniego*, può svolgere una funzione protettiva, in una prima fase di adattamento alla minaccia di morte.

3.4 Sostiene il paziente nel percorso di elaborazione del cambiamento prevenendo o contenendo il manifestarsi di risposte patologiche

Nei pazienti con LM, si riscontra facilmente la presenza di stati emotivi interni caratterizzati da deflessione del tono dell'umore, ansia e depressione, con la possibilità che tali stati emergano sia in fase acuta che in fase post acuta. Nella maggior parte dei casi, risulta correlabile con la menomazione motoria e sensitiva che inficia in maniera determinante il recupero funzionale ed ostacola l'iter riabilitativo. Sia i sintomi depressivi sia i sintomi d'ansia possono influenzare negativamente le funzioni sopramodali (attenzione, memoria, apprendimento, volontà, motivazione, ecc) e le fasi del recupero intrinseco ed adattivo. Il monitoraggio dell'umore della persona con lesione midollare dovrà essere oggetto prioritario dell'intervento dello psicologo così da poter cogliere l'eventuale emersione di risposte psicopatologiche che possono ostacolare l'iter riabilitativo. I principali disturbi psichici in quest'ambito si rifanno ad una sindrome depressiva, ad una sindrome ansiosa e/o eventualmente ad un disturbo dell'adattamento, intendendo quegli stati emotivi interni del soggetto caratterizzati in generale da un abbassamento del tono dell'umore, dalla presenza di ansia in forma generalizzata e/o acuta e da una complessiva difficoltà psichica ad adeguarsi alla nuova condizione. Si tratta di quadri sindromici poliformi che possono assumere diversi aspetti nosografici, con differenti caratteristiche d'esordio, prevalenza, distribuzione per età, decorso e prognosi. Secondo i criteri del DSM IV-TR nelle diverse manifestazioni assunte è possibile individuare i seguenti quadri:

- Disturbi d'Ansia: ansia di tipo generalizzata, acuta, da panico.
- Disturbi Depressivi: distimia, depressione reattiva.
- Disturbi dell'adattamento: alterazione dell'emotività con presenza di sintomi ansiosi e depressivi in combinazione mista.

Il paziente con LM necessita quindi di una presa in carico preventiva associata ad un modello di rete multidisciplinare che non tralasci l'eventuale instaurarsi di disturbi psicopatologici anche sottosoglia. Recenti studi ancora in corso evidenziano un rapporto significativo tra la lesione traumatica midollare ed un eventuale DPTS (disturbo post traumatico da stress) soprattutto per quei soggetti già esposti prima del trauma a disagio psicopatologico, o di persone con una struttura di personalità a rischio o di pazienti che hanno subito il trauma in condizioni particolarmente minacciose (guerra, prigionie, bombardamenti, disastri aerei e ferroviari, atti terroristici ...).

Nella LM la peculiare associazione tra grave esperienza traumatica e perdurare di una normale funzionalità cognitiva, sembra produrre una basilare "reazione attiva" del soggetto nei confronti dell'offesa narcisistica subita.

L'esperienza clinica mostra che già dalla fase acuta sono spesso presenti vari fattori predittivi di risorse di resilienza laddove tale termine rappresenta nella realtà un insieme di differenti possibili percorsi "rigenerativi" che ogni persona, in base alle sue caratteristiche personologiche e culturali, potrà eventualmente esprimere. Va anche detto che il destino di tali fattori predittivi di resilienza è fortemente correlato all'eventuale sviluppo psicopatologico di elementi ansiosi e depressivi, la cui presenza, giustifica fortemente l'esigenza di un'osservazione psicologica precoce, fin dalle prime fasi post-traumatiche e nel successivo periodo di degenza.

RACCOMANDAZIONE 2

Nella pratica clinica-psicologica, si raccomanda di prevenire e monitorare l'umore del paziente fin dall'inizio del ricovero; una quota iniziale di umore depresso, disturbi d'ansia e difficoltà all'adattamento, possono essere giustificate dalla condizione fisica e far parte di possibili risposte adattive all'evento.

3.5 In accordo con il medico valuta l'eventuale richiesta di consulenza psichiatrica e neuropsicologica

E' indispensabile la richiesta di consulenza psichiatrica, in accordo con il medico referente e con l'équipe, nelle situazioni in cui la causa diretta del trauma sia il tentato suicidio o per pazienti già in carico ai Servizi Psichiatrici.

Lo psicologo dovrà altresì monitorare le reazioni allo stress post lesionale e individuare possibili segni di slatentizzazione di disturbi psichici.

Le situazioni psicopatologiche che rendono necessaria la consulenza psichiatrica possono riguardare situazioni anamnestiche recenti e remote relative a compromissione dell'esame di realtà, agitazione psicomotoria, dissociazione psichica, disorientamento e stati confusionali da condizione medica generale e/o iatrogena, dipendenza da sostanza, impostazione e controllo di terapia farmacologica. (DSM IV).

Nella collaborazione con lo psichiatra, lo psicologo integra con la propria competenza la valutazione ed il monitoraggio degli aspetti psicologici contenuti nella diagnosi psichiatrica, programmando un'eventuale co-terapia.

RACCOMANDAZIONE 3

Si raccomanda di tenere sempre in considerazione la possibilità di una consulenza psichiatrica con il paziente con lesione midollare, in particolare per quelle situazioni anamnestiche recenti e remote relative a compromissione dell'esame di realtà, agitazione psicomotoria, dissociazione psichica, disorientamento e stati confusionali da condizione medica generale e/o iatrogena, dipendenza da sostanza, impostazione e controllo di terapia farmacologica.

3.6 Contribuisce alla comprensione e gestione del dolore

Il dolore è un'esperienza percettiva complessa e sicuramente il sintomo che più frequentemente spinge un individuo alla ricerca di aiuto e cure.

E' il prodotto dell'interazione tra un evento sensoriale conseguente all'attivazione di vie nervose specifiche ed elementi psicologici di tipo cognitivo ed emozionali, in particolare riveste una funzione di segnale nei confronti di una minaccia di un danno sull'organismo e quindi assume una funzione di protezione e/o conservazione per la salute e la sopravvivenza.

Le emozioni connesse alla percezione del dolore rappresentano l'aspetto distintivo e saliente della complessa, e quanto mai soggettiva, esperienza algica: esse sono rappresentate da paura, ansia (sia in forma acuta sia generalizzata),

depressione, rabbia e possono talvolta includere vissuti di perdita, frustrazione e/o sentimenti di inadeguatezza.

Vi è poi una stretta correlazione tra il dolore e la depressione, due condizioni che condividono elementi sia somatici sia psichici; nei soggetti con dolore cronico la presenza della depressione è spesso sfumata, in quanto viene frequentemente manifestata utilizzando un linguaggio corporeo.

I pazienti che hanno subito una lesione del midollo spinale, si confrontano prevalentemente con due tipi di dolore: quello nocicettivo e quello neuropatico. Entrambe le sintomatologie algiche influenzano il percorso riabilitativo, ma è il dolore neuropatico a dare maggiore sconcerto: si tratta, infatti, di una risposta patologica legata alla genesi di un segnale anormale a livello del SNP o SNC di tipo transitorio, acuto o cronico. E' un dolore "malattia" e può essere sovra lesionale, lesionale o sotto lesionale che invade la quotidianità del paziente e che può cronicizzare.

La coscienza del dolore è oggetto di analisi puntuale da parte dello psicologo; una valutazione psicologica completa fornisce informazioni utili per identificare i possibili fattori implicati. La spiacevole esperienza del dolore, come pure il distanziarsi da attività e ruoli professionali, domestici, familiari e ricreativi ad essa associati, può avere effetti fortemente negativi sull'umore, sull'immagine di Sé e sui rapporti interpersonali.

Nei casi più complessi la presenza di una comorbidità con patologie psichiche è la principale causa delle grandi difficoltà nel trattamento.

RACCOMANDAZIONE 4

L'insorgere, l'esacerbazione e il mantenimento del dolore vanno sempre tenuti in considerazione al fine di impostare il miglior trattamento fisico e psichico già dalla fase acuta; va inteso come un processo continuo e modificabile in base alle esigenze del paziente.

In particolare gli aspetti psicologici dovrebbero sempre essere indagati nel processo di gestione del dolore attraverso l'esame obiettivo psicologico, con colloqui paralleli alla progressione e/o regressione dell'iter riabilitativo in associazione ad eventuali test specifici.

3.7 Lavora sulle parti sane per avviare il necessario processo di adattamento attraverso la ricostruzione/reintegrazione del Sé

In US il lavoro dello psicologo sostiene le parti sane e promuove le capacità resilienti del paziente. La resilienza nelle persone che si trovano ad affrontare un danno fisico grave e potenzialmente invalidante consiste nell'abilità di mantenere relativamente stabili buoni livelli di funzionamento sia psicologico che sociale e di mantenere emozioni positive così come una percezione positiva di Sé e del futuro.

Avvicinarsi ad una situazione di crisi come ad una di patologia significa tentare una normalizzazione impossibile.

3.8 Promuove e individua attività di sostegno all'autonomia

Scopo dell'intervento psicologico in riabilitazione è quello di aiutare le persone a fronteggiare la realtà post lesionale con adattamenti comportamentali funzionali al raggiungimento di una autonomia fisica e psichica per una buona qualità di vita.

Tali obiettivi sono in linea con i principi di coping e di resilienza così da permettere al paziente di far fronte agli eventi stressanti dovuti al trauma e di affrontare il danno fisico grave mantenendo buoni livelli di funzionamento sia psicologico che sociale. Durante il processo riabilitativo è importante che siano contenuti i sintomi di stress psichico e che siano recuperate e potenziate le abilità e le capacità dell'individuo di creare nuove esperienze sulla base di emozioni positive.

RACCOMANDAZIONI 5

Importante tenere in considerazione le strategie di adattamento e i fattori di resilienza.

E' possibile attuare programmi di intervento psicologico che li incrementino, anche in situazioni di grave disabilità.

4 L'INTERVENTO

4.1 Con il paziente: intervento sulla crisi, colloquio clinico

Lo psicologo in primo luogo raccoglie precocemente attraverso colloqui esplorativi, sia dati anamnestici che informazioni sullo stile di vita. La raccolta dei dati può avvenire anche attraverso i familiari.

In seguito, attraverso il lavoro clinico, analizza le caratteristiche di personalità del paziente ponendo attenzione agli elementi di resilienza, con l'obiettivo di riconoscere eventuali quadri di psicopatologia e di formulare ipotesi sulle capacità di adattamento del soggetto.

Nell'intervento psicologico è indispensabile considerare alcune variabili fondamentali che possono influenzare tutto il progetto riabilitativo: l'età del soggetto, l'entità del danno, la condizione psicologica premorbosa, le condizioni socio-ambientali, le relazioni familiari, gli aspetti culturali e le credenze religiose.

Lo psicologo valuta caso per caso il tipo di intervento opportuno per quel paziente in quel momento; l'approccio clinico è modificabile di volta in volta in base alle capacità reattive e di accomodamento del paziente e deve tener conto dei meccanismi di difesa messi in atto dopo il trauma e/o a seguito della comunicazione diagnostico/prognostica.

Scopo finale dell'intervento psicologico attraverso i colloqui è quello ottenere il miglior adattamento dell'lo rispetto al mondo interno del paziente in relazione agli accadimenti del mondo esterno, compresa la lunga degenza.

Nella lesione midollare il vissuto legato alla funzione sessuale e alla sua espressione necessitano di particolare attenzione venendo meno, in quasi tutti i casi e per entrambi i generi, la sensibilità e la consapevolezza della sollecitazione delle zone erogene e, nei pazienti maschi, la forte compromissione della funzionalità della zona sacrale. E' opportuno che l'intervento dello psicologo avvenga in sinergia con gli specialisti del settore (andrologo, ginecologo, sessuologo).

Lo psicologo inoltre facilita l'incontro tra i pazienti in gruppo (educazionali, di auto aiuto e di confronto).

4.2 Con i familiari: intervento sulla crisi, colloqui di accompagnamento

I familiari e/o caregiver del paziente rappresentano una componente importante del possibile “ambiente relazionale” nella fase immediatamente post-traumatica ma anche in tutte le fasi successive. La gestione psicologica dei familiari rientra nell'obiettivo generale di creare un ambiente facilitante, accogliente e propositivo per il paziente.

In modo speculare a quanto avviene nel sistema-persona del paziente, il sistema di relazioni familiari ed i singoli familiari vengono fortemente provati dall'evento. La risposta può esplicitarsi in reazioni opposte: dal rifiuto rabbioso, a tentativi di iper-controllo aggressivo sul contesto di cura, ad attribuzioni proiettive di responsabilità sugli operatori, ad atteggiamenti di gratitudine, di accettazione del grave cambiamento finanche di scoperta di una “nuova serenità”. L'evento traumatico attiva da subito un processo comunicativo circolare, fatto di continue, reciproche progressioni e regressioni; vissuti di colpa e preoccupazioni per la tenuta psichica dei familiari diventano spesso idee ossessive nei pazienti e, parallelamente, i familiari partecipano strettamente ai vissuti emotivi del loro caro, rivivendoli su di sé come se ne fossero direttamente investiti.

Lo psicologo accoglie i familiari e attraverso colloqui con valenza di sostegno li accompagnerà sin dalla fase acuta post trauma con l'obiettivo di migliorare la loro alleanza durante la riabilitazione. Lo psicologo inoltre facilita l'incontro tra i familiari in gruppi di aiuto e confronto e di informazione su tematiche relative alla lesione midollare.

4.3 Con gli operatori: contribuisce alla crescita di un atteggiamento psicologico adeguato

Gli operatori, oltre alle mansioni proprie, assumono una funzione di “educatori” che si esplica all'interno delle singole specificità professionali: aiutano cioè la persona e i suoi familiari a trovare un diverso equilibrio, proponendo nuove modalità per affrontare ed assolvere ai problemi di vita quotidiana, aiutando a comprendere, anche attraverso la prevenzione di possibili complicanze, il significato e l'adattamento alla nuova realtà. Per questo è importante porre massima attenzione alle risposte emotive degli operatori che, se non adeguatamente elaborate, possono sfociare in relazioni conflittuali e disfunzionali con i pazienti e con i colleghi influenzando e determinando il clima di lavoro.

Lo psicologo potrà offrire momenti di ascolto, analisi ed elaborazione dei vissuti al fine di mantenere un clima di lavoro funzionale. Promuove inoltre momenti di formazione.

4.4 Lo psicologo con funzioni di supervisione è un membro esterno

La complessità e la gravità di talune situazioni necessita di uno sguardo altro che consenta di adottare strategie adeguate al funzionamento del team in grado di rispondere ai bisogni dei pazienti.

Pertanto si ritiene che la supervisione di eventuali problematiche dell'equipe, vada affidata a un membro esterno; l'analisi e supervisione del caso clinico, come l'organizzazione di momenti di intervizione del team, allo psicologo dell'U.S.

RACCOMANDAZIONE 6

Si raccomanda sempre una presa in carico psicologica nella lesione midollare fin dalla fase acuta. L'articolazione dell'intervento psicologico deve tenere conto di variabili significative quali l'età del paziente, la condizione psicologica, l'ambiente e la cultura di provenienza, il tipo di lesione e le relazioni familiari e sociali. L'intervento psicologico si rivolge al paziente e ai familiari; il sostegno agli operatori è spesso indispensabile per un reale lavoro in equipe.

5 DOCUMENTAZIONE CLINICA

5.1 La cartella clinica

Contiene solo indicazioni sul tipo di intervento e note utili all'assistenza.

E' uno strumento di lavoro e di documentazione al quale hanno accesso tutti gli operatori: è dunque estremamente importante fornire le informazioni utili al lavoro quotidiano di assistenza mentre sarebbe lesivo della privacy e del rispetto dovuto ad ogni paziente inserire altri dati.

5.2 Il protocollo colloqui/interventi

E' in carico al professionista e vincolato al segreto professionale.

Lo psicologo rispetta la dignità, il diritto alla riservatezza, all'autodeterminazione ed all'autonomia di coloro che si avvalgono delle sue prestazioni. E' strettamente tenuto al segreto professionale. In equipe o laddove sia prevista una collaborazione con altri operatori, in ogni caso tenuti al segreto professionale, lo psicologo può condividere soltanto le informazioni strettamente necessarie in relazione al tipo di collaborazione. Le modalità con cui conservare le informazioni si rifanno alle indicazioni del codice deontologico dello psicologo.

6 LA RICERCA

6.1 Promuove e partecipa a specifiche attività di ricerca clinica

La professione di psicologo comprende l'uso degli strumenti conoscitivi e di intervento per la prevenzione, la diagnosi, le attività di abilitazione-riabilitazione e di sostegno in ambito psicologico rivolte alla persona, al gruppo, agli organismi sociali e alle comunità. Comprende altresì le attività di sperimentazione, ricerca e didattica in tale ambito. In particolare valuta l'impatto dell'evento, il coping, il processo di adattamento, il percorso riabilitativo. Nella sua attività di ricerca lo psicologo è tenuto ad informare adeguatamente i soggetti in essa coinvolti al fine di ottenerne il previo consenso informato.

BIBLIOGRAFIA E RIFERIMENTI TEORICI

Introduzione

- Arescaldino, G. L., & Pilati, C. (2003). Approccio ad un caso di mielolesione post traumatica secondo la psicologia individuale adleriana: una proposta di lavoro. *La Riabilitazione*, XXXVI, 1-4.
- Arescaldino, G. L., & Sergi, R. (2005). La psicologia individuale di Alfred Adler in un caso di mielolesione. *MR Giornale Italiano di Medicina Riabilitativa*, 19, (2), 61-65.
- Arescaldino, G. L. (2008). Lo psicologo dell'Unità Spinale Unipolare. *Psicologi a confronto Rivista dell'Ordine degli psicologi del Piemonte*, 1, 81-90.
- Arescaldino, G., & Barone, N. (2009). *Aspetti psicologici: valutazione ed interventi*. Paper presentato alla Conferenza di Consenso Nazionale, Roma.
- Binswanger, L. (1973). *Essere nel mondo*. Roma: Astrolabio.
- Binswanger, L. (2006). *Melanconia e Mania*. Edizione it. Borgna, E. (Ed). Torino: Bollati Boringhieri.
- Bonavita, J., Menarini, M., & Pillastrini, P. (2004) *La riabilitazione nelle mielolesioni*, Milano: Masson Editore.
- Damasio, A. R. (1994). (tra.it.). *L'errore di Cartesio*. Milano: Adelphi.
- Edelman, M. (2007). *Più grande del cielo*. Vicenza: Einaudi Editore
- Fizzotti, G., Giorni, I., Manera, M., Marchioni, M., Mauri, R., Meneghini, A. et al. (2007). La mielolesione: conoscerla e viverla. In *I Manuali della Fondazione Maugeri*.
- Giulianelli, A. (2001). Le competenze specifiche per gli psicologi nelle Unità Spinali. *Bollettino d'Informazione dell'Ordine degli Psicologi della Regione Emilia Romagna*, 9, 21.
- Giulianelli, A. (dicembre 2006). *Lo psicologo in Unità Spinale*. Il Seminario SIPLoS, Firenze.
- Giulianelli, A. (settembre 2008). *La cura alla persona in Unità Spinale*. Paper presentato alla Giornata di Studio della SIPNEI, Bologna.
- Giulianelli, A. (aprile 2009). *Lo psicologo in Unità Spinale, una ricerca SIPLoS*. III Seminario ESPA, Nottwil.
- Giulianelli, A. (ottobre 2010). Emozioni e narrazioni. Paper presentato Giornata di Studio SIPNEI.
- Gorla, G. (2004). Il sé spezzato. Attaccamento e narrazione di sé nelle lesioni midollari traumatiche. *Setting*, 18, 103-108.
- Gorla, G. (2011). Autobiografia e storia della medicina: tre persone colpite da lesione spinale traumatica raccontano la loro vita. *Medicina & Storia*, XI, 21-22, n.s., 19-38 .
- Guttmann, L. (1976). *Spinal Cord Injuries*. Oxford: Blackwell Scientific Publication.
- Kennedy, P. & Llewelyn, S. (2006). *The Essential of Clinical Health Psychology*. West Sussex: J. Wiley & Sons.
- Kennedy, P. (2006). Lo psicologo a Stoke Mandville. Paper presentato al II Seminario SIPLoS *Lo Psicologo in Unità Spinale*. Firenze
- Lapini, S. (2000). *Linee-guida dello psicologo in Unità Spinale*. Firenze: Bollettino Medico di Careggi.
- Lapini, S. (2000). *Aspetti psicologici nei medullolesi*. Lezione presso la facoltà di Scienze Motorie dell' Università di Firenze e al Corso Universitario di Formazione Avanzata in Riabilitazione Equestre - Neuropsichiatria Infantile , Dpt.di Scienze Neurologiche e Psichiatriche.

- Lapini, S. & Valorio, P. (ottobre 2012). La persona con lesione midollare: aspetti psicologici e contesto di cura. Paper presentato al Convegno *Psicologia Ospedaliera: il corpo, il vissuto...*, Alessandria, SSA Psicologia, Azienda ospedaliera SS Antonio e Biagio e C. Arrigo Alessandria
- Lapini, S. (2012). *Il percorso psicologico*. Lezione FAD, Firenze, Agenzia regionale per la Cura del Medulloleso, (in corso di pubblicazione online).
- Lucchesi, L. (2006). Lo psicologo in Unità Spinale: Linee guida Ministeriali. Paper al II Seminario SIPLeS *Lo Psicologo in Unità Spinale*. Firenze
- Lurija, A. (1991). (trad.it.). *Un piccolo libro, una grande memoria*. Roma: Editori Riuniti.
- Lurija, A. (1992). (trad.it.). *Un mondo perduto e ritrovato*. Roma: Editori Riuniti.
- Malaguti, E. (2005), *Educarsi alla resilienza* Trento: Erickson.
- Merciai, S. A., & Cannella, B. (2009) *La psicoanalisi nelle terre di confine*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Molinari, E. (2002). *Clinica psicologica in sindromi rare: aspetti genetici e riabilitativi*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Molinari, E., Compare, A., & Parati, G. (2007). *Mente e cuore*. Milano: Springer.
- Pitz, W. (1999). *L' intervento dello psicologo in Unità Spinale. Esperienze a confronto*. Tavola Rotonda, IX Congresso SOMIPar. Firenze
- Pitz, W. et al. (2003). Guidelines for the Liaison Service of the Clinical Psychologists and Psychotherapists in Paraplegic Centres. Heidelberg, Germany.
- Rossetti, D. (2004). *L'intervento di aiuto psicologico*. In J., Bonavita, M., Menarini, P., Pillastrini, P. *La Riabilitazione nelle Mielolesioni*, (pp 499-508). Milano: Masson.
- Rossi, G., Giulianelli, A. G. (2003). Una società per la riabilitazione della lesione. *MR Giornale di Medicina Riabilitativa*, 17, (1).
- Sachs, O. (1991). (tra.it.). *Su una gamba sola*. Milano: Adelphi.
- Sachs, O. (1986). (tra.it.). *L'uomo che scambiò sua moglie per un cappello*. Milano: Adelphi.
- SIPLeS (aprile 2004). *I Seminario: Intervento Psicologico e Lesione Midollare: La Narrazione di Sé*. Firenze.
- Solano, L. (2005). *Tra Mente e Corpo*. Milano: Cortina Editore
- Taramelli, M. (1998). *L'unità spinale multipolare*. Milano: Angeli.
- Trieschmann, R. B. (1988). *Spinal Cord Injuries: Psychological, Social and Vocational Rehabilitation*. New York: Demos Publications.
- Zani, B., & Cicognani E. (Eds), (2002). *Le vie del benessere: eventi di vita e strategie di coping*. Roma: Carocci.

La formazione

1.1

- DPR. 10 marzo 1982, n. 162, in materia di "Riordinamento delle scuole speciali, delle scuole di specializzazione e dei corsi di perfezionamento".
- Giulianelli, A. (2000). Nuove opportunità professionali. *Bollettino d'Informazione dell'Ordine degli Psicologi della Regione Emilia Romagna*, 7, 6.
- L. 18 febbraio 1989, n. 56, in materia di "Ordinamento della professione di psicologo".

Il ruolo

2.1

- Cominelli, E. & Lapini, S. (2012). *L'equipe multidisciplinare...* Lezione FAD, Firenze, Agenzia regionale per la Cura del Medulloleso, (in corso di pubblicazione online).
- Kaes, R. (1991). *L'istituzione e le istituzioni*. Trad. it. Roma: Borla.
- Lapini, S. (marzo 2001). *Il Lavoro di equipe: dall'elaborazione teorica all'applicazione concreta*. Paper presentato al convegno CNOPUS, Firenze.
- Lapini, S. (febbraio 2011). Approccio multiprofessionale e ruolo dell'equipe. Paper presentato al Corso di Formazione *Il Trauma Spinale pediatrico: dal Territorio al Centro Unità Spinale*, AOU Meyer Firenze.
- CSR 7 maggio 1998, repertorio atti n.457, "Linee guida per la Riabilitazione". In Gazzetta Ufficiale serie generale n. 124 del 30 maggio 1998.
- CSR 29 aprile 2004, repertorio atti n. 1967, "Linee guida per le unità spinali unipolari".
- Rossetti, D., Mazzoli, N., Morara, F. (2005). Il ruolo del Servizio di Psicologia nel processo di adattamento alla condizione post-lesiva. Paper presentato al Convegno Nazionale *Nuovi pazienti, nuova medicina. Psicologia in ospedale e qualità della cura*, Modena.
- Rossetti, D. (2006). *L'identità lacerata e la ristrutturazione del Sé – L'ambiente facilitante*. In Atti del Seminario regionale *Le conseguenze psicologiche dei traumi spinali*, (p. 28), Bologna, Regione Emilia Romagna, Università di Bologna Facoltà di Psicologia, ANIEP (Associazione Nazionale per la promozione dei diritti civili e sociali degli handicappati).
- Rossi, G. (1994). La multidisciplinarietà nel trattamento del mieloleso: esperienze e prospettive per interventi unitari e globali. Convegno *Riabilitazione Oggi*, Milano.
- Rossi, G. (1996). *Quali strumenti operativi per un corretto lavoro in équipe in US*. Paper presentato al seminario nazionale Cnopus, Assisi.
- Rossi, G. (1998). *Il lavoro in équipe*. Paper presentato al seminario Cnopus, Milano.
- Rossi, G. (2007). Il lavoro in team. Convegno sulla riabilitazione globale *Temi di medicina riabilitativa*, Alessandria, Azienda Ospedaliera di Alessandria.
- Rousillon, R. (1988). *Espaces et pratiques institutionnelles: Le debarras et l'interstice*. In R., Kaes et al. *L'institution et les institutions*. Paris: Bordas. (trad. ita. Rousillon, R. Spazi e pratiche istituzionali. Il ripostiglio e l'interstizio. In Kaes R., et al. *L'istituzione e le istituzioni*. Roma: Borla. 1991).

2.2

- Consiglio Nazionale Ordine degli Psicologi. (2006). *Codice Deontologico degli Psicologi Italiani*. Roma: Author.
- DLgs 30 dicembre 1992, n. 502, in materia di "Riordino della disciplina in materia sanitaria", (Art. 15 - Disciplina della dirigenza medica e delle professioni sanitarie).
- Gorla G., & Lapini S. (maggio 1997). *Istituzioni a confronto: lo psicologo in un reparto ospedaliero*. Paper presentato alla Giornata di Studio organizzata dalla ASL di Firenze.
- Gorla G., & Lapini S. (novembre 1999). *Full immersion: il lavoro psicologico a tempo pieno in Unità Spinale*. Paper presentato alle Giornate di Studio organizzate da ASP, Sirmione.
- Kennedy, P. (dicembre 2006). Lo psicologo a Stoke-Mandville. Paper presentato al II Seminario SIPLEs *Intervento psicologico e lesione spinale: lo psicologo in Unità Spinale*. Firenze.

- Lapini, S. (2008). Lo psicologo in Unità Spinale. *Rivista dell' Ordine degli Psicologi della Toscana*, 1, 31.
- Lapini, S. (novembre 2011). Il professionista dell' ascolto: ruolo dello psicologo in Unità Spinale. Paper presentato al Convegno *Unità Spinali Unipolari: un viaggio fra le esperienze acquisite e lo scenario futuro*. Ancona, CNOPUS.
- CSR. 29 aprile 2004, repertorio atti n. 1967, "Linee guida per le unità spinali unipolari".
- Pitz, W. (ottobre 1999). L'esperienza di Heidelberg. Paper presentato alla Tavola Rotonda del IX Congresso Nazionale *L'intervento dello psicologo in Unità Spinale : esperienze a confronto*. Firenze, So.M.I.Par.
- Valorio, P., Mantelli, M, Meloni, M., Paiuzzi, E., & Petrozzino, S. (Novembre 2011) Progetto riabilitativo interprofessionale per la persona con lesione spinale: relazione e contesto di cura. Paper presentato al Convegno Nazionale CNOPUS *Unità Spinali Unipolari: un viaggio tra le esperienze acquisite e lo scenario futuro*, Ancona.

2.3

- Arescaldino, G. L., & Marchioro, D. (2008). Effetti generali sull'organizzazione psichica e presa in carico psicologica del paziente mieloleso in Unità Spinale Unipolare. From www.vertici.com.
- Blanes, L. *et al.*(2007). Health related quality of life of primary caregivers of person with paraplegia. *Spinal Cord*, 45, 399-403.
- Bowlby, J. (1989). *Una base sicura*. Milano: Cortina.
- DGR Toscana 7 giugno 2004, n. 553, in materia di "Progetto di integrazione socio-sanitaria per le persone con lesione midollare".
- Dreer, L. E. (2007). Family caregivers of persons with SCI: Predicting Caregivers at risk for probable depression. *Rehabil.Psychol*, 3, 351-357.
- Gorla, G., & Lapini, S. (2000). Il contributo della psicanalisi nella cura delle patologie organiche gravi. *Setting*, 10, , 51-75.
- Kennedy, P., Lude, P., & Taylor N. (2006). Quality of life, social participation, appraisals and coping post SCI: a review of four community samples. *Spinal Cord*, 44, 95-105.
- Lapini, S. (giugno 2005). Aspetti psicologici. Paper presentato al Convegno *Il Percorso assistenziale riabilitativo della persona con lesione midollare*. Firenze, IPASVI.
- Lapini, S. (settembre 2010). Oltre l'Unità Spinale. Paper presentato alla Giornata di Studio, *L'Unità Spinale oggi e domani*. Firenze, UO di Psicologia – ASL 10.
- Lapini, S. (aprile 2010). Comunicare la prognosi. Paper presentato al Corso di Formazione *Dall' Unità Spinale al Territorio*. Firenze: AOU Careggi.
- Lazzari, D. (2008). *Mente e salute*. Milano:Franco Angeli.
- Rossi, G. (1993). L'impatto psicologico indotto dal mutamento esistenziale nei suoi riflessi personali, familiari e di relazione più allargata. Paper presentato al Convegno *L'uomo spinale*, Milano, A.O.Niguarda.
- Rossi, G. (1995). *Gli aspetti psicologici della persona con lesione midollare per una completa integrazione sociale*. Paper presentato al convegno nazionale Cnopus, Milano.
- Rossi, G. (1997). *Il percorso di ricerca della propria identità e la convivenza con la disabilità*. Paper presentato alla giornata di formazione, Milano, A.O. Niguarda Cà Granda.

- Rossi, G. (1998). *Le conseguenze psicologiche nella lesione midollare: il bisogno di riacquisire una identità sociale*. Paper presentato alla giornata di Formazione, Milano, A.O. Niguarda Cà Granda.
- Rossi, G. (2010). *Comunicare la prognosi*. Report Alma, Milano, A.O. Niguarda Cà Granda.

Il compito

3.1

- Consiglio Nazionale Ordine degli Psicologi (maggio 2009). *Parere sulla diagnosi psicologica e psicopatologica*. Roma: Author.
- Rossi, G. (2001). *Strumenti cartacei in Unità Spinale*. Paper presentato al Seminario Cnopus, Milano.

3.2

- Lapini, S. (aprile 2009). Problematiche psicologiche. Lezione presentata al Corso di Formazione, *Percorso curativo dei pazienti con lesione vertebro-midollare in fase acuta*. Unità Spinale di Cagliari.
- Lapini, S. (aprile 2010). La comunicazione della prognosi. Lezione presentata al corso di formazione *Il percorso sanitario globale del paziente medulloleso: dall' Unità Spinale al Territorio*, Firenze, AOU Careggi – Agenzia Regionale per la cura del medulloleso.
- CSR 10 febbraio 2011, repertorio atti n. 30, “Piano d'indirizzo per la riabilitazione”. In Gazzetta Ufficiale serie generale, n. 50 del 02 marzo 2011.
- Rossetti, D., & Menarini, M. (2006). La comunicazione della diagnosi. Paper presentato al Corso di Aggiornamento S.I.M.F.E.R. G.R. Emilia Romagna *Il trauma distorsivo cervicale*, Riccione.
- Rossetti, D. (2009). *Un progetto speciale: la comunicazione della prognosi alla persona con lesione midollare*. Paper presentato alla giornata conclusiva del Progetto ALMA, Monte del Re, Imola.
- Sollai, C. (2009). La comunicazione in fase acuta. Lezione presentata al Corso di Formazione, *Percorso curativo dei pazienti con lesione vertebro-midollare in fase acuta*. Firenze, Unità Spinale di Cagliari.

3.3

- Bonavera, E., Giorni, I., Fizzotti, G., Marchioni, M., Manera, M., Monticane, M., et al. (2008). Adattamento psicologico e mielolesione: valutazione di un intervento psicoeducazionale di gruppo. *Ital.J.Rehab.Med.*, 22, (1), 55-63.
- Fraiberg, S. (1999). (trad. it.) *Il sostegno allo sviluppo*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Freud, S. (1977). *L' Io e l' Es*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Lingiardi, V., & Madeddu, F. (2002). *I meccanismi di difesa*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Kubler-Ross, E. (2008). *La morte e il morire*. Assisi: Cittadella Editrice.

3.4

- AA.VV. (1998). Depression following Spinal Cord Injury. In AA.VV. *Spinal Cord Injury rehabilitation evidence*. Washington DC, USA.
- American Psychiatric Association (2007). DSM IV-TR, Author.
- Arescaldino, G., Barone, N. (2009). *Aspetti psicologici: valutazione ed interventi*. Paper presentato nella Conferenza di Consenso Nazionale Somipar, Roma.

- Arescaldino, G., et al. (2007). *Considerazioni di psicofarmacoterapia e psicopatologia nel trattamento delle mielolesioni*. Paper in Atti XIII Congresso Nazionale Somipar, Udine.
- Biondi, M. (2000). DA, DAS, DPTS. In *Trattato Italiano di Psichiatria*. Milano: Edizioni Masson.
- Carbone, P. (2003). *Le ali di Icaro*. Torino: Bollati, Boringhieri Editore.
- Craig, A. et al. (2009). Psychological morbidity and spinal cord injury: a systematic review. *Spinal Cord J*, 47, 108-114.
- De Isabella, G., et al. (2006). *Traumi da incidente stradale. Dalla prevenzione al trattamento*. Torino: Edizioni CSE.
- Dibenedetto, M., Bovero, A., & Arescaldino, G. L. (2008). Evaluation of the disease in subjects belonging to different culture. Analysis of a research in SCI post traumatic. *World Cultural Psychiatry Review*, 3, (3), 124-131.
- Fann, J. R. et al. (2011). Depression after SCI: comorbidities mental health service use and adequacy of treatment. *Archives of Physical medicine and Rehabilitation*, 92, (3), 352-360.
- Fiore, P., et al. (2001). *Clinica delle sindromi depressive nel disabile medulloleso*. Paper in Atti X Convegno Nazionale Somipar, Bari.
- Hatcher, M. B., et al. (2009). What predicts post traumatic stress following SCI. *British Journal Health Psychol.*, 14, (3), 541-561.
- Hoffman, J. J., et al. (2011). A longitudinal study of depression from 1 to 5 years after SCI. *Archives of Physical medicine and Rehabilitation*, 92, (3), 411-418.
- Kalpakjian, C. Z., & Albright, K. J. (2006). An examination of depression through the lens of spinal cord injury. Comparative prevalence rates and severity in women and men. *Women Health Issues*, 16, (6), 380-388.
- Kennedy, P., & Duff, J. (2001). PTSD and SCI. *J. Spinal Cord*, 39, 1-10.
- Kennedy, P., & Rogers, B. A. (2000). Anxiety and depression after spinal cord injury: a longitudinal analysis. *Arch. Phys. Med. Rehabil*, 81, (7), 932-937 .
- Krause, J., et al. (2010). Post traumatic disorder and SCI. *Arch. Phys. Med. Rehabil.*, 8, 1182-1192.
- Martz, E., (2004). Death anxiety as a predictors of PTSD levels among individuals with SCI. *J Death Study.*, 28, (1), 1-17.
- Martz, E., et al. (2005). Predictors of psychosocial adaptation among people with SCI or disorder. *Arch. Phys. Med. Rehabil.*, 86, 1182-1192.
- Myaskovsky, L. et al. (2011). The association of race, cultural factors and health related quality of life in persons with SCI. *Archives of Physical medicine and Rehabilitation*, 92, (3), 441-448.
- Nervi, O., Manera, M., Fizzotti, G. (2011). *Percorso riabilitativo integrato: rientro al domicilio protetto di un paziente con lesione midollare*. In corso di stampa agli Atti del V Congresso Nazionale SIRAS.
- Nielsen, M. S. (2003). DPTS and emotional distress in person with spinal cord lesion. *J. Spinal Cord*, 41, 296-302.
- Osteraker, A. L., Levi R. (2005). Indicators of psychological distress in post acute SCI individuals. *J. Spinal Cord*, 43, 223-229.
- Pollard, C., Kennedy, P. (2007). A longitudinal analysis of emotional impact, coping strategies and post traumatic psychological growth following SCI a 10 years review. *J. Health Psychol*, 12, 347-362.
- Sakakibara, B. M. et al. (2009). A systematic review of depression and anxiety measures used with individuals with SCI. *J. Spinal Cord*, 47, 841-851.
- Saunders, L. L. et al. (2011). A longitudinal study of depression in survivors of SCI. *J. Spinal Cord*, 50, 72-77.

W-Shing, T. (2003). Religione, psicopatologia e terapia. In Edizione Ita. G., Bartocci (Ed). *Manuale di Psichiatria Culturale*. (1297-1319). Roma: CIC Edizioni Internazionali.

3.5

AA.VV. (1998). Depression following SCI: a clinical practice guideline for primary care physicians. *Spinal Cord USA*.

AA.VV. (2000). *Trattato Italiano di psichiatria*. Milano: Elsevier Masson.

AA.VV. (2005). Policy statement on evidence based practice in psychology. American Psychological Association Representatives. American Psychological Ass.

AA.VV. (2006). *PDM manuale diagnostico psicodinamico*. Milano: Cortina Editore.

Arescaldino, G. et al. (2007). *Considerazione di psicofarmacoterapia e psicopatologia nel trattamento della SCI*. Paper presentato al Congresso Nazionale Somipar.

Arescaldino, G., & Barone, N. (2009). *Aspetti psicologici: valutazione ed interventi nella SCI*. Paper presentato al Congresso Nazionale Somipar, Roma.

Bartocci, G. (1992). Linee guida ed organizzative per l'assistenza psichiatrica nell'ambito dei servizi pubblici. In S., Geraci. *Medicina e migrazione*. Roma: Presidenza del Consiglio dei Ministri Dipartimento per l'informazione.

Dryden, D. M. et al. (2005). Depression following traumatic spinal cord injury. *Neuro Epidemiology*, 25, 55-61.

Elliott, T., & Frank, R. (1996). Depression following spinal cord injury. *Arch. Phys. Med. Rehabil*, 77, (8), 816-823.

Elliott, T., & Kennedy, P. (2004). Treatment of depression following spinal cord injury: an evidence based review. *Rehabil. Psychol.*, 49, (2), 134-139.

Judd, F. K. et al. (1986). Liaison psychiatry in a spinal injuries unit. *Spinal Cord*, 24, 6-19.

Fulcheri, M. (2002). *Le attuali frontiere della psicologia clinica*. Torino: Edizioni CSE.

Gabbard, G. O. (2002). *Psichiatria psicodinamica*. Milano: Cortina.

Giberti, M., & Rossi, R. (1996). *Manuale di psichiatria*. Padova: Edizioni Piccin.

Invernizzi, G. et al. (1995). *La psicologia medica nell'ospedale generale*. Roma: CIC Edizioni Internazionali.

Invernizzi, G. et al. (2004). *Depressione e malattie organiche* Roma: Edizioni internazionali.

Kennedy, P., & Rogers, B. A. (2000). Anxiety and depression after spinal cord injury: a longitudinal analysis. *Arch. Phys. Med. Rehabil.*, 81, 931-937.

Kent, G. (1992). *Psicologia medica*. Padova: Edizioni Piccin.

King, C., & Kennedy, P. (1999). Coping effectiveness training for people with SCI: preliminary results of a controlled trial. *J. Clinical Psychol.*, 38, (1), 4-14.

Krause, J. S., Kemp, B., & Coker, J. (2000). Depression after spinal cord injury: relation to gender, ethnicity, aging, and socioeconomic indicators. *Arch Phys Med Rehabil.*, 81, (8), 1099-1109.

Munno, D. (2008). *Psicologia clinica per medici*. Torino: Edizioni CSE.

Raj, J. T. et al. (2006). Leisure satisfaction and psychiatric morbidity among informal carers of people with spinal cord injury. *Spinal Cord*, 44, 676-679.

Rossetti, D., Mazzoli, N., Morara, F., Brusa, E., & Pancaldi, L. (2009). Family's and spinal cord injured person's resilience following suicide attempt: a contribution from the psychologist. Paper presentato al 3th ESPA Meeting *Psychological Treatment of people with spinal cord injury*, Nottwil.

- Rossetti, D., Baraccani, M., Mazzotti, E., & Morara F. (2011). The "melting" process. in search of self-identity: a clinical case. Paper presentato al XVI Congresso Mondiale dell'Associazione Mondiale della Psichiatria Dinamica, XXIX Simposio Internazionale dell'Accademia Tedesca di Psicoanalisi *Le dinamiche interpersonali dell'identità. Ricerca, patologia e trattamento*, Monaco, Max-Planck-Institut für Psychiatrie.
- Rossi, M. et al. (1982). *Pronto soccorso psichiatrico. La percezione della crisi*. Milano: Masson.
- Torta, R., & Lacerenza, M. (2002). *Depressione e dolore*. Milano: Utet.

3.6

- AA.VV. (1998). Pain and anxiety: analgesia and sedation. In *Early acute management in adults with SCI: a clinical practice guideline for Health Care Professional*. Washington DC, USA.
- AA.VV. (1999). *Outcome following traumatic SCI: a clinical practice guideline for Health Care Professional*. Washington DC, USA.
- Aguado, D. A. L. et al. (2010). Spinal cord injured people: differences in psychological variables from a gender perspective. *Psicothema*, 22, (4), 659-63.
- Arescaldino, G. L., & Ottonello, M. (2007). Approccio transculturale alla gestione del dolore e della disabilità acquisita. *Acta Vulnologica*, 5, (3), 68.
- Arescaldino, G., & Barone, N. (2009). *Aspetti psicologici: valutazione ed interventi*. Paper presentato alla Conferenza di Consenso Nazionale Somipar, Roma.
- Caprilli, S. (2010). L'Intervento Psicologico. Paper presentato al Workshop Interdisciplinare Somipar, Firenze *Il Dolore nella Persona con lesione Midollare...*
- Cominelli, E., Lapini, S. & Mizzau, M. (settembre 2000). Training Autogeno: esperienza dell'Unità Spinale di Careggi, poster presentato al X Simposio alpino-adriatico, Trieste "Il dolore e l'incontinenza in riabilitazione",
- Giulianelli, A., Lapini, S. & Mazzoli, N. (2011). Unità Spinale, stress e intervento psicologico. Paper presentato al Convegno Internazionale SIPNEI *Stress e Vita, sezione Stress, Dolore e Trauma*, (volume in corso di pubblicazione).
- Jensen, M. P. et al. (2005). Chronic pain in individuals with spinal cord injury: a survey and longitudinal study. *Spinal Cord*, 43, 704-712.
- Loeser, D. (2001). Pain in patients with spinal cord injury. In S. M., Fishman, J. C., Ballantyne, J. P., Rathmell. *Bonica's management of pain*. USA: Lippincot W & Wilkins.
- Norrbrink, C. B. et al. (2003). Gender related differences in pain in spinal cord injured individuals. *Spinal Cord*, 41, 122-128.
- Putzke, J. D. et al. (2002). Pain classification following spinal cord injury: The utility of verbal descriptors. *Spinal Cord*, 40, (3), 118-127.
- Widerstrom-Noga, E.G., & Turk, D. C. (2003). Types and effectiveness of treatment used by people with chronic pain associated with SCI: influence of pain and psychosocial characteristics. *Spinal Cord*, 41, 600-609.
- Wollaars, M. M. et al. (2007). Spinal cord injury pain: the influence of psychologic factors and impact on quality of life. *Clinical Journal Pain*, 23, (5), 383-391.
- Rossi, G. (2005). *Il dolore percepito: in viaggio tra l'immaginato e il reale*. Paper presentato al convegno Cnopus, Perugia.
- Santandrea, D. (2006). *La persona con lesione midollare*. Roma: Edizioni Carocci Faber.

- S.I.P.Le.S. (2010) *Gruppo Interdisciplinare per la messa a punto di uno strumento sul dolore*. Paper presentato Workshop Somipar, Firenze.
- Torta, R., & Bovero, A. (2002). *Depressione e dolore*. Torino: Utet.
- Zavoli, S. (2002) *Il dolore inutile* Milano:Garzanti.

3.7

- Bonanno, G. A. (2004). Loss, trauma, and human resilience: Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events?. *American Psychologist*, 59, 20-28.
- Campbell-Sills, L., Cohan, S. L., & Stein, M. B. (2006). Relationship of Resilience to Personality, Coping, and Psychiatric Symptoms in Young Adults. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 585-599.
- Dreer, E. L., Elliot, T. R., & Tucker, E. (2004). Social Problem solving abilities and Health Behaviors Among Persons With recent Onset Spinal Cord injury. *Clin. Psychol. Med Settings*, 11, (1), 7-13.
- Giulianelli, A. (maggio 1999). La riscoperta del proprio corpo. Paper presentato al Convegno La sessualità nel progetto riabilitativo della persona con lesione midollare, Verona.
- Kennedy, P. (2009). *Coping Effectively With Spinal Cord Injuries*. Oxford: Oxford University Press.
- Quale, A. J., & Schanke, A. K. (2010). Resilience in the Face of Coping with a severe physical injury. A study of trajectories of adjustment. *Rehabilitation Psychology*, 55, (1), 12-22.
- Rossi, G. (1999). *La sessualità nel processo riabilitativo della persona con lesione midollare*. Paper presentato al Convegno Cnopus, Verona.
- Rossi, G. (2000). *La mano di una persona tetraplegica, interprete di un mondo di idee*. Paper presentato al Congresso internazionale Cnopus, Torino.
- Rossi, G. (2006). La complessità della sessualità. In D., Santandrea (Ed), *La persona con lesione midollare. L'intervento assistenziale globale*. Roma: Carocci Faber.
- Rossi, G. (2008). L'ausilio: usarlo per vivere. In A., Caracciolo, T., Redaelli, & L., Valsecchi. *Terapia Occupazionale*, Milano: Raffaello Editore.
- Seligman, M. E., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive Psychology: an introduction. *American Psychologist*. 55, 5-14.
- White, B., Driver, S., & Warren, A. M. (2010). Resilience and indicators of adjustment during rehabilitation from a spinal cord injury. *Rehabil Psychol.*, 55, 23-32.

3.8

- Dibenedetto, M., Bovero, A., & Arescaldino, G. L. (2008). L'importanza della cultura di appartenenza nella riabilitazione globale del paziente mieloso: analisi di una ricerca. *MR Giornale Italiano di Medicina Riabilitativa*, 22, (1), 65-9.
- Dibenedetto, M., Bovero, A., & Arescaldino, G. L. (2008). Evaluation of the disease in subjects belonging to different culture: analysis of a research in spinal cord-injured post-traumatic patients. *Word Cultural Psychiatry Research Review*, 3, (3), 124-131.

- Giulianelli, A. (settembre 2003). Lo sport nel percorso riabilitativo della persona con lesione midollare. Paper presentato al Convegno *Verso casa: il Mare, la Vela, la Terra Promessa*, Taranto.
- Giulianelli, A. (aprile 2005a). *Il Dipartimento per il Reinserimento a Montecatone*. Paper presentato al I Seminario ESPA, Stoke Mandeville.
- Giulianelli, A. (2005b). Riprendere a viaggiare... In M., Menarini, *Blue Book*. Astratech.
- Lapini, S. (dicembre 2005). Autonomia del pensiero, autonomia del gesto. Paper presentato al Corso di Formazione, MRI *Ausili per l' autonomia*
- Lapini, S. (marzo 2010). La relazione e la comunicazione. Paper presentato alle Giornate di Studio *Scuola in ospedale e Istruzione domiciliare*. Firenze, Ministero dell' Istruzione e dall'Ufficio Scolastico Regionale per la Toscana.
- Marchetti, G.(aprile 2007) Correlates of life satisfaction among people with long-term spinal cord injury. Paper presentato al congresso europeo ESPA *Psychological aspects of spinal cord injury: Community Needs, Coping & Long-Term Adjustment*, Lobbach, Germania, ESPA.
- Marchetti, G.(dicembre 2006) La ricerca come strumento di verifica: resoconto della prima ricerca Siples: Qualità della vita e invecchiamento in carrozzina. Paper presentato al II Seminario Siples *Lo psicologo in Unità Spinale: Intervento psicologico e lesione midollare*, Firenze, SIPLES.
- Morara, F. (2003). La rielaborazione dell'immagine di sé nella prospettiva professionale. Paper presentato ai Seminari di approfondimento *Il Reinserimento Sociale*, Imola, Montecatone R.I.
- Rossetti, D., & Villa, D. (2010). *Lo sport nei centri di riabilitazione*. Paper presentato all' EXPOSANITA', Bologna, Comitato Italiano Paralimpico Regione Emilia Romagna.
- Rossi, G. (2002). *Le parole per dirlo. Ovvero le dinamiche relazionali in Unità Spinale*. Paper presentato al Convegno Cnopus, Assisi.
- Rossi, G. (2003). *Le problematiche della persona con lesione midollare incompleta*. Paper presentato al convegno Cnopus, Pesaro.

L' Intervento

4.1

- Del Popolo, G. (Ed), (2002). *Se la vita ruota*. Astra Tech.
- Giorgi, I., Fizzotti, G., Manera, M., Marchioni, M., & Pistarini, C. (2007). *Does a group psycho-educational-treatment change the coping strategies?* In Atti del 46th Iscos Annual Scientific Meeting 10th Noscoc Congress, Reykjavik (Iceland), 295.
- Giulianelli, A. (marzo 2002). La gestione dei momenti particolari: emozioni e conflitti. Paper presentato al Seminario Nazionale CNOPUS *Le parole per dirlo: dinamiche relazionali in Unità Spinale*, Assisi.
- Giulianelli, A. (2004). *Donne...Vademecum alla sessualità femminile per persone con lesione midollare o sclerosi multipla*. Astratech.
- Gorla, G.. (2010). *Il Sé Spezzato: psicologia della lesione spinale traumatica*. Roma: Magi Edizioni.
- Gorla, G., Lapini, S. (2000). Il contributo della psicoanalisi nella cura delle patologie organiche gravi : la riabilitazione per i pazienti con lesione midollare. *Setting*, 10, 51-75.
- Lapini, S. (novembre 2001). *Le dinamiche psicologiche del paziente*. Paper presentato al Convegno CNOPUS, Milano.

- Lapini S. (novembre 2003). Il Sé fra integrazione e cambiamento. Lettura magistrale al Convegno *Il trattamento della lesione midollare: peculiarità riabilitative ed eccellenze terapeutiche*, Imola, MRI.
- Lapini, S. (gennaio 2004). Le problematiche psicologiche. Lezione presentata al corso di aggiornamento *Trattamento globale del traumatizzato vertebro-midollare acuto*, Firenze, AOU Careggi - Unità Spinale e dalla Clinica Neurochirurgia-Facoltà di Medicina.
- Lapini, S. (2008). Aspetti psicologici. In Santandrea D., *La persona con lesione midollare*. Milano: Carocci Faber, 2008.
- Marchioni, M., Giorni, I., Fizzotti, G., Manera, M., Bonavera, E., Monticane, et al. (2007). *Proposta di un modello psicoeducazionale di gruppo per il paziente mieloleso*. Atti del VII Convegno Nazionale SIRN, Napoli, 219.
- Mazzoli, N., Rossetti, D., Morara, F., Mazzotti, E., & Vecchietтини, F. (2011). Case Report Of A 35 Year Old Man, Tetraplegic Due To Amateur Sports Accident Trauma: Psychological Treatment, Activity Of Rehabilitation Team And Reintegration Department. Paper presentato al 4th ESPA Meeting *Psychological Rehabilitation and Psychosocial Guidelines*, Barcellona, Institut de Neurorehabilitació Guttmann.
- Rossetti, D. (2000). L'autonomia: movimento del corpo/ movimento del pensiero. Paper presentato ai Seminari *Il Reinserimento Sociale*, Imola, Montecatone R.I.
- Rossetti, D., Mazzoli, N., & Morara, F. (2005). I riflessi psicologici: riprendere a vivere tra gli altri. In M., Menarini, *Blue Book*, (pp. 260-272).
- Rossetti, D. , Ricotti, C. , Morara, F., & Mazzoli, N. (2005). Psychosocial outcome and quality of life in sci patients. Paper presentato alla I Conferenza Europea Psychological Aspects of Spinal Cord Injury: Adjustment, coping and rehabilitation, Stoke Mandeville, European Spinal Psychologist Association.
- Rossetti, D., Mazzoli, N., Morara, F., Carubbi, A., & Maiardi, M. (2007). Coping and quality of life. Paper presentato al 2nd ESPA Meeting *Psychological Aspects of Spinal Cord Injury*, Lobbach.
- Rossetti, D. (2009). The experience of the psychological treatment with the groups at the Montecatone Rehabilitation Institute. Presentato al 48th ISCoS Annual Scientific Meeting, Firenze, International Spinal Cord Society, SoMIPar.
- Rossi, G. (2004). *La sessualità al femminile*. Paper presentato al Convegno A.O. di Vicenza, Vicenza.
- Rossi, G. (2009). *La persona con lesione midollare al centro del progetto di vita*. Paper presentato al Convegno A.O. Niguarda Cà Granda, Milano.
- Rossi, G. (2001). *La gestione della fase dell'emergenza della persona con lesione midollare traumatica*. Paper A.O. Niguarda Cà Granda, Milano.

4.2

- Andolfi, M., & D'Elia, A. (2007). *Le perdite e le risorse della famiglia*. Milano: Raffaele Cortina.
- Carli, L. (1995). *Attaccamento e rapporto di coppia*. Milano: Cortina.
- Gorla, G. (2011). La famiglia nel contesto sociale: tre autobiografie di persone con lesione spinale. Paper presentato al IV Seminario SIPLEs *Trauma e risorse della famiglia*, Firenze.
- Lapini, S. (2010). Il disabile in famiglia: la coppia, i genitori, i figli. Lezione al corso di formazione *Quotidianamente disabili: il gruppo di auto-aiuto come ausilio alla emotività*. Firenze, Coordinamento Regionale dei Gruppi di Auto-aiuto.

- Lazzari, D. (2008). *Mente e salute*. Milano: F. Angeli 2008.
- Manera, M., Giorni, I., Sguazzin, C., Fizzotti, G., & Pistarini, C. (2007). I bisogni del Caregiver nel paziente mieloleso. In Atti del XIII Congresso Nazionale SoMIPar, Udine, 57.
- Maspes, G., Bonavera, E., & Arescaldino, G. L. (2007). Le possibili relazioni e reazioni del nucleo familiare nella riabilitazione del paziente mieloleso. In *// fisioterapista*. Milano: Edizioni Ermes.
- Rossetti, D. (2011). La famiglia in Unità Spinale: l'esperienza degli psicologi della S.I.P.Le.S. Paper presentato al IV Seminario S.I.P.Le.S. *Intervento psicologico e lesione midollare: trauma e risorse familiari*, Firenze.
- Rossi, G. (2010). *La domiciliazione della persona in ventilazione meccanica invasiva: un progetto di vita*. Paper presentato al Convegno A. O. Niguarda Cà Granda, Milano.
- Rossi, G. (2011). *Assistenza respiratoria al domicilio. E' possibile?* Paper presentato alla giornata di Formazione, Milano, Asl MI1.
- Rossi, G. (2011). *Dalla parte del caregiver*. Lezione al Master Università Cattolica di Psicologia Clinica Sanitaria, Milano.
- Thermes, N. (2011). La famiglia e il trauma. Paper presentato al IV Seminario SIPLes *Trauma e risorse della famiglia*, Firenze.
- Watzlavich, P., Helmick Beavin, J., & Jackson, D. D. (1971). *Pragmatica della comunicazione*, Roma: Astrolabio.

4.3

- Barboncini, I., Monatti, E., Landi, L. M., Rossetti, D., Villa, D., & Costa, A., (2011). Sessualità e procreazione da lesione midollare, nel maschio e nella femmina. L'esperienza dell'unità spinale di Montecatone. Paper presentato al Congresso *Sessualità tra salute e malattia* Imola, Professione Medica.
- Gorla, G., Lapini, S. (2000). Il contributo della psicoanalisi nella cura delle patologie organiche gravi : la riabilitazione per i pazienti con lesione midollare. *Setting*, 10, 51-75.
- Lapini, S. (dicembre 2001). La sessualità della persona mielolesa: approccio degli operatori nell' ambito della cura globale. Paper presentato al Corso di Formazione *La sessualità delle persone con lesione midollare*, Firenze, Unità Spinale-AOUCareggi.
- Lapini, S., & Rimoldi, L. (novembre 2006). I nodi critici dell' organizzazione in USU. Risultato di una ricerca svolta fra gli operatori dell' USU di Firenze. Paper presentato al Convegno *La persona con lesione midollare-Dalla complessità della domanda di salute alla qualità della risposta*. Pesaro, CNOPUS.
- Lapini, S. (2008). Aspetti psicologici. In D., Santandrea, *La persona con lesione midollare*. Milano: Carocci Faber.
- Rossetti, D., & Menarini M. (2004) La sessualità tra desiderio e funzionalità Esperienza 'in cammino' nell'Ospedale di Montecatone. Paper presentato al Convegno *La disabilità al femminile; aspetti riabilitativi nei percorsi di cura*, Vicenza, U.O. Medicina Fisica e Riabilitazione - Unità Spinale/Unità Gravi Cerebrolesioni, Azienda ULSS n. 6 Vicenza.
- Rossetti, D., & Menarini, M. (2005). La vita sessuale: aprirsi a nuovi orizzonti. In M., Menarini, Blue Book (104-136).
- Rossi, G. (2004). *Metodologia del lavoro in team: alcune Unità Spinali a confronto*. Paper presentato al Convegno A.O. Niguarda Cà Granda, Milano.

Rossi, G. (2001). *Strumenti informativi in Unità Spinale*. Paper presentato al congresso Cnopus, Firenze.

Rossi, G. (2011). *Dalla parte dell'operatore*. Paper presentato al Convegno Cnopus, Ancona.

Documentazione clinica

5.1.

Consiglio Nazionale Ordine degli Psicologi (maggio 2009). *Parere sulla diagnosi psicologica e psicopatologica*. Roma: Author.

Giulianelli, A. (marzo 2001). La cartella psicologica. Paper presentato al Convegno Nazionale *Strumenti informativi in Unità Spinale Unipolare*, Firenze.

Rossi, G. (2010). *La cartella psicologica*. Report Alma, Milano, A.O. Niguarda Cà Granda.

La ricerca

6.1.

L. 18 febbraio 1989, n. 56, in materia di "Ordinamento della professione di psicologo".

Consiglio Nazionale Ordine degli psicologi. (2006). *Codice Deontologico degli Psicologi Italiani*. Roma: Author.