

## PROGETTO DI FORMAZIONE SUL CAMPO (FSC)

LA VALUTAZIONE DEGLI ASPETTI ESISTENZIALI DEL PAZIENTE EMICRANICO  
E L'IMPATTO DEL SINTOMO SULLA QUALITÀ DELLA VITA  
15 giugno – 31 dicembre 2024

**SEDE DI SVOLGIMENTO:** Neurologia Ospedale SS Antonio e Biagio e Cesare Arrigo di Alessandria

Via Venezia 16, 15121 Alessandria

**Provider:** Aim Education - ID 93

**OBIETTIVO FORMATIVO DI SISTEMA:** Applicazione nella pratica quotidiana dei principi e delle procedure dell'evidenza based practice (ebm- abn - ebp) (1)

**DESTINATARI DELL'ATTIVITA' FORMATIVA:** Medico Chirurgo con specializzazione in Neurologia

**ORE ATTIVITA' FORMATIVA:** n. 300 ore di FSC, ovvero n. 10 ore/settimana per 30 settimane di FSC

**N. CREDITI ASSEGNATI:** 50

**QUOTA ISCRIZIONE:** gratuita

**N. PAX:** MAX 5

**RESPONSABILE SCIENTIFICO:** Delfina Ferrandi

**TUTOR:** Claudia Lanni

**OGGETTO DELLA TEMATICA TRATTATA:** portare formazione con l'obiettivo di migliorare la competenza del personale medico del Centro Cefalee al fine di fornire competenze specifiche sul processo di misurazione della qualità della vita e dell'impatto del sintomo su tutti gli aspetti esistenziali attraverso l'impiego di strumenti e test psicologici specifici e l'applicazione del processo del counselling mirato alla condizione di cefalea.

**RAZIONALE SCIENTIFICO**

La cefalea cronica è una patologia ad elevato impatto socio economico. Questo progetto di Formazione sul Campo si presta a favorire la razionalizzazione delle risorse in termini di costi diretti e indiretti della patologia e gestione della relazione con il paziente. I costi diretti gravano in modo importante sul Sistema Sanitario a partire dagli approfondimenti diagnostici, fino al trattamento e alla riabilitazione; i costi indiretti riguardano l'impatto sulla vita lavorativa dei pazienti, in termini di giorni di malattia, di difficoltà a sostenere i turni, di perdita del lavoro.

Da un punto di vista psicologico, un dolore cronico debilita la gestione del tempo libero sia con sé sia con i propri affetti. Studi clinici dimostrano la coesistenza di aspetti depressivi in persone con diagnosi di emicrania cronica. In letteratura troviamo numerosi studi che mettono in relazione la diagnosi di depressione con la presenza di cefalea cronica, con un'incidenza maggiore della patologia depressiva negli emicranici rispetto ai non emicranici. La relazione tra i due disturbi sembra essere bidirezionale, e risulta più presente nei pazienti con emicrania cronica ed emicrania con aura (Antonaci, F.; Nappi, G.; Galli, F. et al., 2011). Studi di neuro-imaging mostrano in entrambe le patologie incrementi strutturali e funzionali in aree cruciali per la risposta emotiva al dolore e ad altri stimoli sensitivi; mostrano inoltre un'iperconnettività tra queste aree in corso di stimolo doloroso (Ma, M.; Zhang, J.; Chen, N. et al., 2018).

I disturbi d'ansia risultano da due a cinque volte più frequenti in pazienti con emicrania rispetto alla popolazione generale, e maggiormente presenti nelle forme croniche piuttosto che episodiche. A livello neurobiologico, l'ipotesi è che ci siano meccanismi disfunzionali a livello serotoninergico e interocettivo, connessi in clinica alla presenza di ansia anticipatoria. Studi evidenziano la presenza di una sintomatologia sovrapponibile tra i due disturbi, che comprende nausea, sintomi autonomici e sensazioni di preoccupazione che arrivino attacchi anche nelle fasi interictali (Smitherman, T.A.; Kolivas, E.D.; Bailey, J.R., 2013). Agire a livello terapeutico sui disturbi di ansia sembra portare a un miglioramento della sintomatologia emicranica.

Studi condotti su soggetti con disturbo post traumatico da stress (PTSD) rivelano correlazione con l'emicrania, ma non con la cefalea tensiva. Inoltre, si evidenziano livelli alti di ACTH e cortisolo in pazienti con emicrania cronica e PTSD, così come in pazienti con storie di abuso di farmaci. La gravità delle disfunzioni endocrine sembra correlare con la severità del dolore emicranico. L'ipotesi è che siano coinvolti meccanismi ormonali legati allo stress, anche se alcuni studi dimostrano che la correlazione sia con la presenza di diagnosi di PTSD e non con il trauma in sé (Smitherman, T.A.; Kolivas, E.D., 2013). La presenza di comorbidità psichiatrica risulta tra i fattori di rischio per la cronicizzazione, poiché, in una visione bidirezionale, la cronicizzazione del dolore porta a un aumento di stati ansiosi anticipatori e ad alti livelli di depressione. Studi longitudinali dimostrano che il passaggio da forme episodiche a forme croniche di emicrania possa essere promossa dalla presenza di alcuni fattori quali, appunto, la presenza di ansia e depressione, l'obesità, eventi di vita stressanti e abuso di farmaci. Inoltre, il rischio di passare a forme croniche è maggiore nei soggetti con depressione più grave, così come è maggiore la presenza di disturbi depressivi in soggetti con emicrania cronica piuttosto che episodica. L'interpretazione e dunque la risposta al dolore dipendono da chi lo prova, in relazione a una serie di condizioni personali, che predispongono o meno il soggetto a un'amplificazione della gravità. A partire da questa percezione, il sintomo può essere riferito come più o meno invalidante, a conferma che l'aspetto emotivo personale di ciascuno sta alla base della possibile gestione di un dolore

che rischia di divenire cronico. Dunque, il grado di disabilità e la possibile cronicità sarebbero in relazione alla frequenza e all'intensità del sintomo, ma questa è a sua volta in relazione all'esperienza che ne fa la persona. L'impatto dell'emicrania cronica è dunque destabilizzante su più livelli e richiede un intervento necessariamente multidisciplinare. Gli aspetti psicologici giocano un ruolo importante nella compliance alla terapia, per questo si ritiene che la presenza in equipe di uno psicologo psicoterapeuta formato, esperto nella terapia con pazienti emicranici, possa contribuire a rendere l'intervento davvero multidisciplinare.

La compliance del paziente è un punto cruciale per l'efficacia delle cure proposte; è un rapporto di cura e fiducia che si costruisce nel tempo e incontra le difficoltà tipiche di una malattia così complessa.

La presa in carico delle necessità cliniche del singolo paziente è la via d'elezione per garantire una maggiore efficacia delle terapie di profilassi proposte. Per ottenere questo livello di accoglimento, sono necessarie risorse spendibili nel coinvolgimento di altri professionisti che affianchino i neurologi appartenenti alla Struttura in progetti di formazione specifica di gestione del paziente emicranico su molteplici livelli che vanno da quello farmacologico a quello emotivo-comportamentale. Si propone a tal fine la stesura di un modello condiviso di conduzione dell'ambulatorio specialistico per affinare l'accoglienza e la presa in carico degli aspetti pratici- organizzativi, farmacoterapici ed emotivi.

Alla luce di quanto sopra, abbiamo ideato un progetto di Formazione sul Campo – Training individualizzato, che si propone di portare formazione con l'obiettivo di migliorare la competenza del personale medico del Centro Cefalee al fine di perfezionare le competenze specifiche sul processo di valutazione finalizzata alla valutazione della qualità della vita e dell'impatto della cefalea attraverso l'impiego di test cognitivi e sul processo del counselling mirato a questa condizione. Un Tutor Psicologo psicoterapeuta esperto effettuerà un training individualizzato (rapporto 1:2/1:3) al personale medico del Centri al fine di fornire queste competenze specifiche.

## **OBIETTIVI FORMATIVI**

Obiettivo formativo di interesse nazionale

Applicazione nella pratica quotidiana dei principi e delle procedure dell'evidence based practice (1)

Scopo della formazione

Essendo il counseling una parte integrante della presa in carico del paziente e una componente fondamentale del progetto terapeutico, gli obiettivi della formazione sono focalizzati a sviluppare nel personale medico le abilità comunicative e relazionali e le competenze metodologiche necessarie a stabilire una relazione di fiducia con i pazienti affetti da cefalea cronica, atta a sostenerli e a dare loro l'assistenza necessaria per sopportare o superare i carichi emotivi e sociali che la malattia comporta.

Il progetto di formazione vuole arrivare a raffinare l'approccio proattivo medico- paziente, mirato a massimizzare la cooperazione e a fornire al paziente gli strumenti necessari per il raggiungimento della migliore qualità di vita possibile.

Contesto di attività: Ospedaliero

### Metodologia didattica

Si mira ad un approccio teorico pratico in sede di attività clinica. Il Tutor seguirà i discenti nell'ambito della loro attività clinica sul paziente, mettendo a disposizione la sua esperienza specifica discutendo in modo interattivo, sia in fase di valutazione che di intervento riabilitativo, le strategie da adottare.

Il discente verrà invitato ad annotare eventuali dubbi, criticità, problemi riscontrati nella pratica clinica, da sottoporre e discutere con il tutor nell'incontro successivo.

### Livello di competenza

Il corso mira ad un livello di apprendimento di alta complessità, allo scopo di perfezionare in sede ambulatoriale una competenza specifica ed autonoma.

### Miglioramenti attesi sulle competenze dei partecipanti

Al termine del corso ogni partecipante dovrà avere acquisito in termini culturali e pratiche seguenti competenze:

- Relazionali
- Valutazione e monitoraggio attraverso la somministrazione sistematica di questionari mirati alla misurazione della qualità della vita e dell'impatto del sintomo su tutti gli aspetti esistenziali da parte del medico curante
- Comunicazione verbale/non verbale e capacità di ascolto
- Conduzione di colloqui clinici di counseling e sostegno con i pazienti adolescenti, adulti e anziani
- Autonomia nell'attuazione del processo di supporto al paziente

Da un ambulatorio così organizzato ci si attende un miglioramento consistente nell'andamento del sintomo nei pazienti coinvolti attivamente nel progetto, in termini di riduzione del dolore e soprattutto di miglioramento della qualità di vita. Una maggiore efficacia nella proposta delle terapie e nella presa in carico, scongiura il rischio di abbandono e fallimento della terapia stessa, abbattendo sensibilmente il numero di visite ambulatoriali per ciascun paziente, il numero di esami diagnostici e gli accessi al Pronto Soccorso.

## PROGRAMMA SCIENTIFICO

Questo corso, prefissandosi di rendere autonomi i discenti nella gestione di queste fasi, necessita di un numero elevato di ore formative per potere essere efficace ed esaustivo. Il programma si articolerà per un totale di 300 ore formative distribuite su 30 settimane.

Tempo dedicato	Attività formativa
3	Premessa educativa: presentazione del corso di alta formazione, delle sue fasi, della sua struttura, dei suoi obiettivi, dei suoi strumenti di valutazione Claudia Lanni
3	Assessment dei discenti, individuazione del livello di competenza iniziale e dei fabbisogni formativi specifici Claudia Lanni

10	<p>Presentazione degli strumenti di valutazione che si ritengono necessari per la gestione del progetto di formazione (scores, test, scale e indici di valutazione, protocolli, Linee Guida di riferimento, schede di lavoro...) Claudia Lanni</p>
283	<p>Competenze relazionali/comunicazionali</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Skills relazionali: competenze di base e strumenti</li> <li>-Comunicazione: processi e strumenti, analisi delle domande, tecnica delle risposte</li> <li>-Comunicazione verbale/non verbale (postura, gestualità, espressione facciale)</li> <li>-Capacità di ascolto</li> <li>-Test di verifica delle abilità relazionali e comunicative acquisite</li> </ul> <p>Counseling</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Obiettivi del counseling e benefici per paziente, familiari, medici</li> <li>-Analisi della struttura base del counseling: comunicazione, ascolto empatia, ricerca, orientamento e sostegno</li> <li>-Aspetti metodologici-organizzativi: setting, tempi, linguaggio</li> <li>-Alleanza terapeutica: sviluppo di una relazione di collaborazione e non di dipendenza con i curanti</li> <li>-Identificazione delle tipologie di reazione dei nuclei familiari o specifiche figure del nucleo familiare</li> <li>-Gestione della comunicazione con i familiari e fra paziente e familiari</li> <li>-Analisi dei meccanismi di difesa consapevoli ed inconsapevoli</li> <li>-Comunicazione della diagnosi di diabete</li> <li>-Supporto in fase di accettazione della condizione patologica</li> <li>-Identificazione dei bisogni</li> <li>-Sviluppo della motivazione</li> <li>-Modalità funzionali o disfunzionali nella gestione dell'adattamento</li> <li>-Strategie di controllo e alleviamento dello stress</li> <li>-Sviluppo di autoefficacia e autostima</li> <li>-Gestione delle comorbidità</li> <li>-Gestione in situazioni particolari: gravidanza</li> </ul>

	<p>-Rassicurazione di paziente e familiari sulla disponibilità continua alla collaborazione da parte dei referenti del centro</p> <p>Definizione ed utilizzo sistematico dei questionari mirati di valutazione per il paziente</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- MIDAS (Migraine Disability Assessment)</li> <li>- HIT-6 (Headache Impact Test) test</li> <li>- PCS (Pain Catastrophizing Scale)</li> <li>- BACK inventory II (Beck Depression Inventory II),</li> </ul> <p>Monitoraggio della sintomatologia</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- gestione (presentazione e lettura condivisa) del diario della cefalea quale strumento di elezione che mantiene attivo il dialogo tra medico e paziente</li> </ul> <p>Esercitazioni pratiche e role-playing</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Simulazione di gestione della comunicazione con il paziente e con i familiari</li> </ul> <p>Aspetti Organizzativi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- allestimento della modulistica riferita alle diverse fasi di lavoro</li> <li>- definizione delle periodicità dello screening</li> <li>- controllo di qualità del programma di screening</li> <li>- definizione delle tempistiche e degli indicatori per i processi di monitoraggio per garantire qualità, appropriatezza esecutiva e sicurezza</li> </ul> <p>Claudia Lanni</p>
1	<p>Conclusioni e key messages</p> <p>A conclusione del corso di formazione il Tutor incontrerà individualmente ogni discente al fine di valutare i risultati ottenuti sulla base delle competenze attese.</p> <p>La valutazione verrà fatta sulla base di:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- colloquio conclusivo</li> <li>- prova orale</li> <li>- role playing</li> </ul> <p>Il Tutor stenderà quindi un report sull'attività di formazione sul campo svolta da ogni partecipante</p> <p>Claudia Lanni</p>