

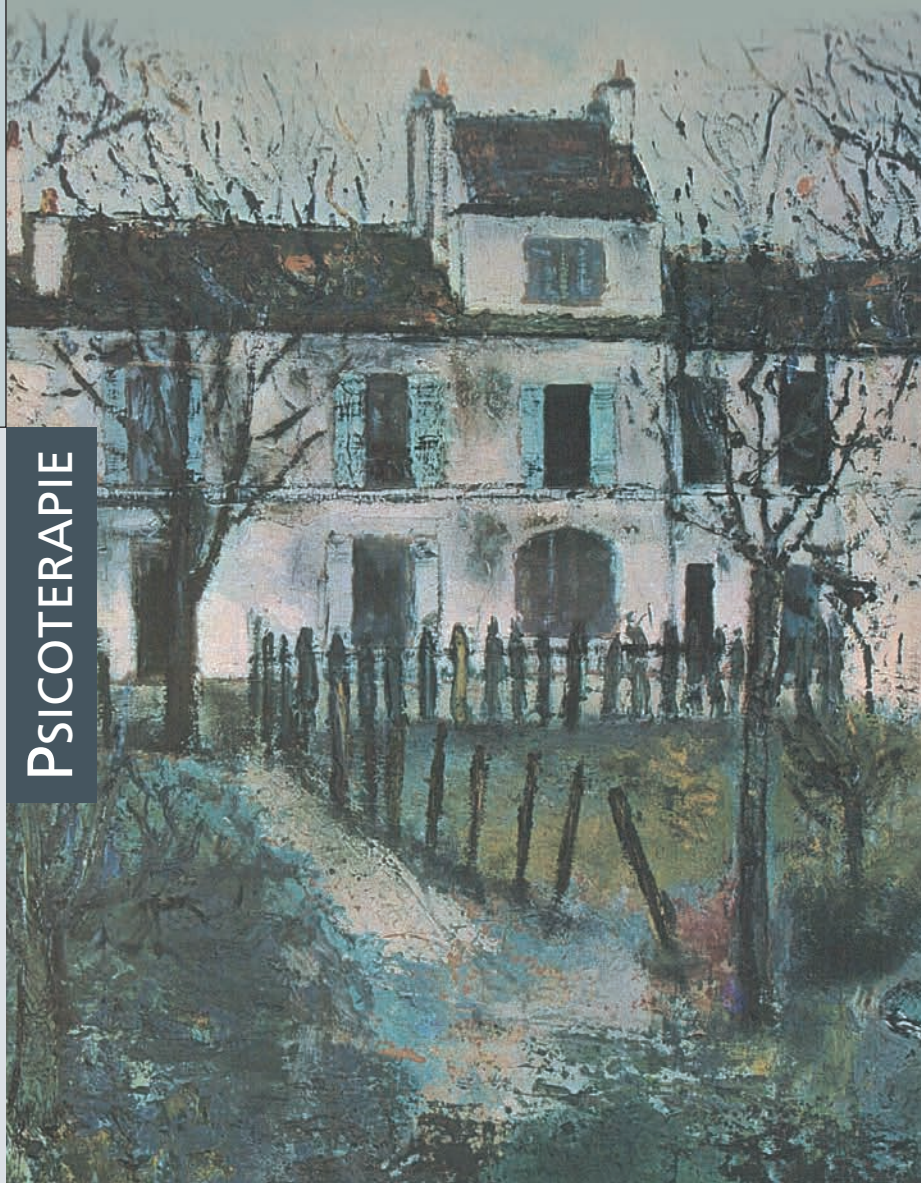
# Psicologi in ospedale

Percorsi operativi per la cura globale  
di persone

*A cura di*  
Alberto Vito

PSICOTERAPIE

**FrancoAngeli**



## Informazioni per il lettore

Questo file PDF è una versione gratuita di sole 20 pagine ed è leggibile con



La versione completa dell'e-book (a pagamento) è leggibile con Adobe Digital Editions. Per tutte le informazioni sulle condizioni dei nostri e-book (con quali dispositivi leggerli e quali funzioni sono consentite) consulta [cliccando qui](#) le nostre F.A.Q.





I lettori che desiderano informarsi sui libri e le riviste da noi pubblicati possono consultare il nostro sito Internet: [www.francoangeli.it](http://www.francoangeli.it) e iscriversi nella home page al servizio “Informatemi” per ricevere via e.mail le segnalazioni delle novità.

# **Psicologi in ospedale**

Percorsi operativi per la cura globale  
di persone

*A cura di*  
Alberto Vito

**FrancoAngeli**

PSICOTERAPIE

Κοπερτίνα: Ο κωλέγ'Ψάκμ. "Κίλ κτφ κρρ"ε "Ο ρρνο κί ρί"

Copyright © 2016 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy

*L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sul diritto d'autore. L'Utente nel momento in cui effettua il download dell'opera accetta tutte le condizioni della licenza d'uso dell'opera previste e comunicate sul sito [www.francoangeli.it](http://www.francoangeli.it).*

# Indice

|   |      |    |
|---|------|----|
| <b>Introduzione</b> di <i>Alberto Vito</i>  | pag. | 11 |
| 1. Che cosa è un ospedale?  | »    | 11 |
| 2. Da dove nasce il libro. La nostra storia ed il nostro presente   | »    | 16 |
| 3. La struttura del volume  | »    | 22 |
| <br>  |      |    |
| <b>1. La psicologia ospedaliera</b> di <i>Alberto Vito e Raffaella Cozzolino</i>  | »    | 25 |
| 1. L'evoluzione della medicina  | »    | 25 |
| 2. Dal riduzionismo alla medicina dei sistemi   | »    | 28 |
| 3. I fondamenti della psicologia della salute   | »    | 32 |
| 4. La psicologia ospedaliera  | »    | 34 |
| 5. Gli obiettivi dell'intervento psicologico  | »    | 37 |
| 6. Le forme organizzative: l'Unità Operativa di Psicologia nell'Azienda Ospedaliera   | »    | 39 |
| 7. Conclusioni  | »    | 41 |
| Bibliografia  | »    | 43 |
| <br>  |      |    |
| <b>2. I bisogni psicologici del paziente ospedalizzato e della sua famiglia</b> di <i>Teresa Di Gennaro e Raffaella Cozzolino</i> | »    | 46 |
| 1. Introduzione   | »    | 46 |
| 2. Aspetti psicologici dell'ospedalizzazione  | »    | 47 |
| 2.1. Il paziente internistico   | »    | 48 |
| 2.2. Il paziente cronico  | »    | 49 |
| 2.3. Il paziente chirurgico   | »    | 51 |
| 2.4. Il paziente con prognosi infausta  | »    | 53 |
| 2.5. Il paziente complesso  | »    | 55 |
| 3. La famiglia e le reazioni alla malattia organica   | »    | 56 |

|  |      |    |
|--|------|----|
| 3.1. La famiglia: definizioni  | pag. | 56 |
| 3.2. Ciclo di vita ed eventi stressanti  | »    | 57 |
| 3.3. Famiglia e malattia   | »    | 60 |
| 3.4. Osservazioni conclusive   | »    | 61 |
| Bibliografia   | »    | 62 |
| <br>   |      |    |
| <b>3. Il ruolo della psicologia nell'umanizzazione delle strutture sanitarie e i rapporti con il volontariato</b> di <i>Andrea Cappabianca</i>     |      |    |
|  | »    | 64 |
| 1. Premessa  | »    | 64 |
| 2. L'umanizzazione dell'ospedale   | »    | 66 |
| 2.1. L'ambiente fisico   | »    | 67 |
| 2.2. Agire ed essere medico  | »    | 69 |
| 2.3. L'aspetto organizzativo del sistema-ospedale e il rapporto costi/ricavi dell'umanizzazione  | »    | 71 |
| 3. Umanizzazione, psicologia e volontariato  | »    | 73 |
| 3.1. Il ruolo della psicologia   | »    | 73 |
| 3.2. Il rapporto con il volontariato   | »    | 74 |
| 3.3. Esperienze dell'U.O.S.D. di Psicologia Clinica dell'A.O.R.N. Ospedali dei Colli "Monaldi – Cotugno – C.T.O."                                  | »    | 77 |
| 4. Conclusioni   | »    | 78 |
| Bibliografia   | »    | 79 |
| <br>   |      |    |
| <b>4. L'evoluzione dell'assistenza psicologica al paziente HIV positivo</b> di <i>Lucia Alfano e Alberto Vito</i>                                  | »    | 81 |
| 1. Introduzione  | »    | 81 |
| 2. Dati epidemiologici   | »    | 82 |
| 3. Il nostro modello d'intervento  | »    | 85 |
| 3.1. La comunicazione della diagnosi   | »    | 86 |
| 3.2. La consulenza alla coppia   | »    | 88 |
| 3.3. L'aderenza al trattamento farmacologico   | »    | 89 |
| 3.4. I falsi sieropositivi: "Worried Well"   | »    | 91 |
| 4. Conclusioni   | »    | 94 |
| Bibliografia   | »    | 95 |
| <br>   |      |    |
| <b>5. Intervento psicologico in Terapia Intensiva Neonatale. La gestione della morte in T.I.N.</b> di <i>Verbena Cucuzza e Federica De Angelis</i> | »    | 98 |
| 1. Cosa è una T.I.N.?  | »    | 98 |
| 2. In cosa consiste l'intervento psicologico in una T.I.N.?  | »    | 99 |



|   |      |     |
|---|------|-----|
| 2.1. Accoglienza ai genitori  | pag. | 101 |
| 2.2. Recupero del legame di attaccamento tra genitore<br>(in particolare la madre) e bambino  | »    | 103 |
| 2.3. Mediazione nel rapporto tra genitori e personale<br>medico-infermieristico   | »    | 103 |
| 2.4. Gestione della dimissione  | »    | 104 |
| 3. La gestione della morte del neonato in T.I.N.  | »    | 104 |
| Bibliografia  | »    | 110 |
| <br>  |      |     |
| <b>6. Le molteplici dimensioni della psiconcologia di Rossana<br/>De Feudis</b>   | »    | 111 |
| 1. Premessa   | »    | 111 |
| 2. Trauma e disagio psicologico   | »    | 113 |
| 3. L'impatto sulla coppia e sulla famiglia  | »    | 116 |
| 4. La psico-riabilitazione  | »    | 121 |
| 4.1. L'Arte-Terapia di gruppo   | »    | 121 |
| 4.2. Il progetto "La Forza e il Sorriso"  | »    | 122 |
| 5. L'intervento psicologico con gli operatori sanitari  | »    | 123 |
| Bibliografia  | »    | 124 |
| <br>  |      |     |
| <b>7. Quando la psicologia incontra l'oncologia: quale rela-<br/>zione di cura? di Raffaella Manzo</b>  | »    | 127 |
| 1. I fondamenti della psiconcologia   | »    | 127 |
| 2. Lo psicologo in oncologia: l'esperienza nel Dh Pneu-<br>moncologico  | »    | 132 |
| Bibliografia  | »    | 137 |
| <br>  |      |     |
| <b>8. Il paziente laringectomizzato: aspetti psicologici e pro-<br/>spettive di intervento di Ilaria d'Alessandro e Teresa Di<br/>Gennaro</b> | »    | 140 |
| 1. Premessa   | »    | 140 |
| 2. Le caratteristiche della malattia  | »    | 141 |
| 3. Le attività dello psicologo  | »    | 143 |
| 4. La ricerca   | »    | 148 |
| 5. Conclusioni e prospettive future: il "servizio ideale"   | »    | 150 |
| Bibliografia  | »    | 150 |
| <br>  |      |     |
| <b>9. Un cuore che cambia: implicazioni psicologiche del tra-<br/>pianto di Mariella Pratillo</b>   | »    | 152 |
| 1. Introduzione   | »    | 152 |
| 2. Il trapianto pediatrico  | »    | 153 |

|  |      |     |
|--|------|-----|
| 3. Il trapianto cardiaco nell'adulto   | pag. | 156 |
| 4. La necessità dell'assistenza psicologica  | »    | 159 |
| Bibliografia   | »    | 162 |
| <br>   |      |     |
| <b>10. L'intervento psicologico in riabilitazione cardiologica</b>                         |      |     |
| di <i>Lucia Alfano e Ilaria d'Alessandro</i>   | »    | 164 |
| 1. Premessa  | »    | 164 |
| 2. Correlazione tra cardiopatie e fattori psichici.  |      |     |
| L'importanza dell'intervento psicologico   | »    | 165 |
| 3. L'intervento nel reparto di Riabilitazione Cardiologica                                 | »    | 169 |
| 4. Conclusioni   | »    | 172 |
| Bibliografia   | »    | 173 |
| <br>   |      |     |
| <b>11. L'intervento psicologico nella lotta al tabagismo in contesto ospedaliero</b>       |      |     |
| di <i>Nicoletta De Stefano e Gelsomina Lo Cascio</i>                                       | »    | 175 |
| 1. Gli interventi antifumo all'interno degli ospedali. Il nostro punto di vista            | »    | 175 |
| 2. Definizioni di tabagismo  | »    | 177 |
| 3. I metodi di disassuefazione   | »    | 180 |
| 4. I Centri Antifumo   | »    | 182 |
| 5. La storia delle nostre attività   | »    | 183 |
| 6. Le ricerche dell'U.O.S.D. di Psicologia Clinica   | »    | 185 |
| 6.1. Trattamento antifumo per pazienti Hiv. Un modello di presa in carico globale          | »    | 186 |
| 6.2. Indagine sulla percezione del tabagismo come problema psicologico                     | »    | 189 |
| Bibliografia   | »    | 191 |
| <br>   |      |     |
| <b>12. L'attività di psicoterapia ambulatoriale in ambito ospedaliero</b>                  |      |     |
| di <i>Ida Calamaro e Fabiana Gallo</i>   | »    | 193 |
| 1. Premessa  | »    | 193 |
| 2. La psicoterapia per pazienti ambulatoriali: uno spazio riservato al disagio psicologico | »    | 194 |
| 3. La ricerca e i suoi risultati   | »    | 197 |
| 4. Un caso clinico   | »    | 202 |
| 5. Conclusioni   | »    | 205 |
| Bibliografia   | »    | 205 |

|  |          |
|--|----------|
| <b>13. Ruolo e funzioni dello psicologo nella terapia del dolore e nelle cure palliative</b> di <i>Fabiana Gallo</i> | pag. 207 |
| 1. Introduzione  | » 207    |
| 2. Il dolore   | » 207    |
| 3. La lotta al dolore  | » 213    |
| 3.1. Legge n. 12/2001  | » 213    |
| 3.2. “L’ospedale senza dolore”   | » 214    |
| 3.3. Legge n. 38/2010  | » 214    |
| 4. Le cure palliative  | » 215    |
| 5. Dolore e psicologia   | » 219    |
| 5.1. L’ambulatorio di terapia del dolore: approccio olistico al paziente   | » 219    |
| 5.2. Il ruolo dello psicologo: valutazione ed intervento   | » 221    |
| 6. Conclusioni   | » 227    |
| Bibliografia   | » 227    |
| <br>   |          |
| <b>14. In terra straniera. Il travaglio del lutto, la narrazione, l’ospedale</b> di <i>Nicola Ferrari</i>            | » 229    |
| 1. La competenza relazionale   | » 230    |
| 2. La narrazione in ospedale   | » 231    |
| 3. La Narrazione Guidata: un nuovo approccio   | » 234    |
| 4. Le testimonianze degli operatori volontari  | » 236    |
| <br>   |          |
| <b>15. Per una carta d’identità dello psicologo-formatore in ambito ospedaliero</b> di <i>Roberta Vacca</i>          | » 239    |
| 1. Obiettivo   | » 239    |
| 2. Una ricognizione dell’approccio sistemico nella dinamica di gruppo interfunzionale                                | » 241    |
| 3. Il ruolo della soggettività   | » 244    |
| 4. Le best-practices: gli strumenti del conflict management e dello stress management                                | » 249    |
| 5. Conclusioni   | » 259    |
| Bibliografia   | » 260    |



# *Introduzione*

di Alberto Vito

## **1. Che cosa è un ospedale?**

Che luogo è un ospedale? Nella mia vita in quanti ospedali sono entrato? E con quale ruolo? Da ammalato, parente, figlio, padre, amico... Da psicologo. Cosa si prova entrando in ospedale? Paura, fastidio, rispetto, una sensazione sgradevole, ma vi è anche uno strano fascino...

E come dovrebbe essere un buon ospedale moderno, attento ai bisogni emotivi dei pazienti e dei loro familiari? Esiste un ospedale “psychologically correct”? Chi sono i medici, gli infermieri, i Direttori, come persone, prima ancora che come professionisti? E che cosa è la psicologia? A cosa può davvero servire uno psicologo in ospedale, senza demagogia, in quest’epoca di crisi generalizzate? Come integrare la visione sistemica, imparata per diventare psicoterapeuta, con la medicina e con la psicologia della salute? Come agisce un terapeuta familiare in ospedale? Come ricordare che dietro ogni ammalato c’è sempre una famiglia e che, quindi, ogni patologia è sempre una malattia familiare, per impatto, ricadute e risorse terapeutiche? E tale consapevolezza come modifica l’approccio operativo?

Ecco: queste sono le domande più frequenti che mi sono posto durante i quasi quindici anni in cui ho lavorato in Ospedale. Il libro non contiene ovviamente tutte le risposte, rappresenta piuttosto un tentativo di integrare pensieri e mettere in ordine riflessioni. Riporta anche resoconti di esperienze professionali condivise, insieme ad alcuni colleghi che negli anni, in tempi e modalità diverse, hanno offerto il loro contributo.

Coloro che avranno l’interesse e la pazienza di leggere questo testo saranno forse prevalentemente psicologi interessati alla psicologia ospedaliera, ma in effetti idealmente il libro è rivolto a tutti gli attori del sistema “ospedale”, nella consapevolezza che se l’assistenza psicologica non è parte di un complessivo cambiamento culturale non è “psicologia”.

Il libro sarà utile nella misura in cui, anche solo un tantino, avrà reso i sordi un po’ meno sordi, i ciechi un po’ meno ciechi.

La sua utilità sarà acquisita se riuscirà a dar parola ai bisogni emotivi e relazionali dei pazienti, dei familiari, ma anche degli operatori, bisogni formalmente sempre più spesso riconosciuti come importanti, ma nei fatti spesso sostanzialmente trascurati.

In questi anni è in corso un profondo ripensamento della medicina, secondo alcuni epocale, nel modo di concettualizzare il rapporto medico-paziente e la gestione delle cure con la presa in carico dei bisogni soggettivi, grazie anche al contributo della psicologia. Tuttavia, sebbene le conquiste culturali, sia tra gli operatori sia nell'opinione pubblica, siano ormai largamente condivise, l'applicazione operativa conseguente a tali principi incontra molte resistenze. Infatti, basti pensare come ormai sia già vecchia di 50 anni la notissima definizione fatta propria dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (O.M.S.) che riconosce la genesi multidimensionale bio-psico-sociale della salute (che oggi è divenuta bio-psico-sociale-spirituale), ma è sotto gli occhi di tutti la clamorosa disparità d'investimenti tra quanto si spende per il fattore "Bio" e quanto poco per lo "Psico", che, a rigore, dovrebbero in modo congiunto contribuire al benessere degli individui. Ad esempio, ma si tratta davvero solo di un esempio, che tuttavia ci riguarda molto da vicino, la sempre maggiore attenzione all'umanizzazione delle strutture sanitarie ed ai bisogni emotivi del paziente con patologie organiche e dei suoi familiari impone la creazione di strutture, all'interno degli ospedali, appositamente dedicate alla cura psicologica. Ma, mentre nel Nord Italia la presenza degli psicologi ospedalieri sta quasi diventando una norma<sup>1</sup>, nel Sud la psicologia ospedaliera stenta a decollare. L'assenza della nostra disciplina diviene così uno dei tanti esempi del divario esistente tra l'assistenza pubblica nelle diverse regioni italiane.

Osserveremo nel volume come l'evoluzione sia della medicina che della psicologia sia influenzata dal pensiero sistemico e come, partendo da questa condivisione teorica, per certi versi inaspettata, sia possibile giungere ad operatività più complesse ed efficaci.

Ovviamente, non può mancare anche un'autocritica. Lungi da me i toni trionfalistici di certi colleghi, magari rappresentanti ufficiali della nostra corporazione, che si raccontano una storia che passa di trionfo in trionfo, con poca attenzione alla verità. Pur iniziando a divenire numerose le belle esperienze di collaborazione tra gli psicologi e le altre figure amministrative e sanitarie attive negli Ospedali italiani, occorre riconoscere che la stra-

<sup>1</sup> La Regione in cui vi è il più alto numero di strutture complesse di Psicologia Ospedaliera è la Regione Piemonte, in cui vi sono ben 12 U.O.C. (dati SIPSOT).

da di una reale condivisione ed integrazione è ancora lunga. A mio avviso, anche gli psicologi devono imparare a dialogare meglio con gli altri attori del sistema Sanità. A volte dovremmo conoscere meglio il linguaggio tecnico della medicina, anche per porci in maniera critica, a volte non dovremmo essere così generosi da accettare tutto quello che ci viene proposto, senza tentare di affermare le ragioni specifiche della nostra disciplina, altre volte dovremmo essere meno rigidi ed evitare posizioni che finiscono per isolarci ulteriormente. Chi è esperto di comunicazione non può limitarsi ad affermazioni di buon senso, ma deve ragionare in termini scientifici, sia pure di una scienza della soggettività: occorre chiarire meglio sia i limiti che i pregi ed i possibili benefici della nostra disciplina.

Il modello esplicativo sistemico può essere di grande aiuto e mi sono sforzato sempre di adottarlo. Esso è importante da un duplice punto di vista.

Da un lato, considerare il contesto ospedaliero come un sistema ci consente di riconoscere che ogni nostro intervento ha una ricaduta, per quanto piccola, sull'intero sistema. Se così non fosse, alcuni di essi potrebbero essere inutili o addirittura controproducenti. Le attività della cosiddetta umanizzazione delle strutture sanitarie, ad esempio, trovano la loro ragione profonda d'essere solo se sono espressione di un cambiamento radicale, prima culturale e poi organizzativo. Altrimenti (se non realmente condivisi da una buona parte del sistema) rischiano di apparire come la ciliegina sulla torta, un qualcosa in più di positivo ma non essenziale, una ritinteggiatura delle pareti che serve a migliorare la facciata ma lasciando inalterate le crepe strutturali. Dal punto di vista sistemico, sappiamo che occorre una dirigenza sanitaria consapevole delle necessità di rendere prioritari i bisogni soggettivi dei pazienti, dei familiari e, perché no, degli operatori, affinché si proceda ad un profondo ripensamento del concetto di cura in ambito ospedaliero. Ed occorre anche un pensiero comune fra gli operatori sanitari per creare una rete d'interventi nella stessa direzione. Ragionare in termini sistemici ci fa ricordare che: *“Non è concepibile un'apertura dialogica reale verso la domanda dell'utente senza un'evoluzione chiara, in senso integrativo, dell'organizzazione interna al sistema dell'offerta, dal vertice decisionale politico più alto fino a quello delle varie aziende locali. Il rischio che questo dialogo sia soffocato in partenza è forte se consideriamo gli interessi in gioco. Sia pur in diversa misura è presente ai vari livelli specialistici la paura di una maggiore apertura alla domanda dell'utente. Chi offre servizi sembra disperatamente ancorato al timore di perdere potere nel momento in cui il servizio non sia più orientato*

*alla tecnica ma all'utenza*"<sup>2</sup>. Diventa quindi essenziale individuare i gangli critici del sistema su cui intervenire.

Ma ragionare in termini sistemici è utile anche da un altro punto di vista, stavolta nei confronti del paziente e dei suoi familiari. Vedere la persona come un sistema ci consente di superare le contrapposizioni dualistiche alla base di scissioni operative: salute/malattia; corpo/mente.

Occorre riconoscere che i fattori emozionali, psicologici, relazionali non sono estranei alla malattia, spesso considerati disturbanti del rapporto operatore-paziente, non utili al processo di guarigione, magari da delegare al tecnico di turno (creando nuove scissioni). Essi sono parti integranti del sistema-individuo, sono influenzati e condizionano le componenti organiche. Assumere un pensiero olistico ci consente di effettuare una reale presa in carico e cura della persona, non più solo dell'organo malato. Riconoscere le interconnessioni tra patologie organiche e vissuti emozionali comporta la comprensione non solo dei meccanismi patogenetici implicati nella malattia, ma anche dei vissuti personali e familiari associati alla malattia, attraverso l'analisi della domanda di cura. La condivisione delle emozioni associate alla malattia permette la costruzione di un piano di trattamento finalizzato alla promozione di un ruolo attivo del paziente nella gestione delle sue condizioni. Ciò, ovviamente, comporta anche una profonda modifica del rapporto medico-paziente e, come suggerisce Bertini, il passaggio ad un modello effettivamente incentrato sulla salute e sul benessere degli individui, capace di riconoscere e sostenere anche le risorse individuali e familiari presenti. Il ruolo della psicologia ospedaliera è legato, dunque, alla capacità di restituire centralità e complessità ad un paziente cui l'ospedale, per la sua tradizionale organizzazione in sintonia e funzionale ad un'impostazione riduzionistica, ha negato la dimensione biografica, affettiva e sociale. L'ospedale spesso cura la malattia ma obbliga il paziente a regredire, imponendo una dipendenza molte volte eccessiva e negando gran parte dei contatti affettivi e sociali cui in precedenza era legato. Ma, soprattutto, tale vecchio ma persistente assetto organizzativo forma il paziente all'idea della malattia come estranea da sé, non offrendogli altro spazio che ascoltare passivamente senza essere ascoltato, ed assecondare le prescrizioni impartite dai medici e dalla struttura nel suo complesso.

La psicologia ospedaliera da decenni si occupa dello stress aggiuntivo non creato direttamente dalla patologia organica, bensì dalle modalità con

<sup>2</sup> Carli R., Paniccia R. M. (2012), Malattia mentale e senso comune, *Rivista di Psicologia Clinica*, 2, 201-206.



cui il paziente ed i suoi familiari affrontano la malattia. Oltre al peso della condizione e dell'“etichetta” di malato, il ricovero comporta un ulteriore disagio di entità variabile le cui cause sono connesse alla separazione dal nucleo familiare, alla necessità di adeguarsi ai nuovi ritmi istituzionali, alla parziale rinuncia alla privacy, allo stato di dipendenza altrui ed alla conseguente perdita di autonomia personale.

Tale disagio si aggiunge alla “risonanza emotiva” suscitata inevitabilmente dalla reazione a ciascuna specifica patologia e dal sapersi “malato”. Le aspettative, le credenze, le strategie comportamentali che circondano la malattia molto spesso causano più sofferenze che le malattie stesse. La nostra esperienza consolidata con i pazienti affetti da Hiv+ ci mostra costantemente come più che il virus possano far male i pregiudizi, l'ignoranza, l'isolamento. Compito dell'intervento psicologico è proprio quello di aiutare a ridurre il più possibile tale stress aggiuntivo, che è conseguenza indiretta della patologia.

In conclusione, agli psicologi non spetta la delega per curare esclusivamente gli aspetti emotivi dei pazienti, né possono essere gli unici promotori di un cambiamento culturale complessivo. Tuttavia, un vero cambiamento del sistema ospedaliero non può prescindere dal contributo della psicologia.

Un merito del volume consisterà nell'aver fatto emergere con chiarezza anche il rischio che si corre quando si parla di umanizzazione delle strutture ospedaliere. Infatti, l'attenzione agli aspetti psicologici del paziente non deve essere intesa come un orpello, un dettaglio che è meglio che ci sia ma in realtà avvertito come non indispensabile, o addirittura come una sorta di abbellimento estetico che serve a far finta di operare un cambiamento, ma lascia nella struttura tutto sostanzialmente immodificato. Questo è il rischio di cui avvertiamo pienamente la consapevolezza: emozionare, coinvolgere emotivamente, ma in pratica contribuire solo ad un cambiamento di facciata, senza che in sostanza cambi nulla. Al contrario, crediamo che il nostro ruolo sia partecipare, insieme ad altri, ad un complessivo mutamento culturale ed organizzativo di tutto il sistema sanitario. La cura ai bisogni soggettivi ed ai dettagli umani dovrà qualificare l'eccellenza nelle strutture ospedaliere. Il riconoscimento dei bisogni emotivi ed affettivi, il diritto ad una cura comprensiva anche della sofferenza psicologica non devono essere vuote affermazioni di principio, non devono rappresentare qualcosa in più che può esserci oppure no, ma devono avere un ruolo centrale in una Sanità realmente vicina ai bisogni dei pazienti. In tal senso, ad esempio, solo per iniziare, dovrà essere finalmente dato adeguato spazio nella formazione dei medici alle tematiche concernenti la relazione con il paziente, la gestione della propria emotività, la motivazione per cui si sceglie questa professione, la comunicazione di diagnosi infausta, il coinvolgimento dei familiari nei

programmi di cura. Non bastano, infatti, per soddisfarci le pochissime ore che sono dedicate a tali argomenti nei corsi di laurea in medicina più illuminati. Occorre, e con urgenza, un profondo ripensamento che riconosca come essenziali, tra le competenze di un buon medico, anche le capacità relazionali e comunicative.

## **2. Da dove nasce il libro. La nostra storia ed il nostro presente**

L’A.O.R.N. Ospedali dei Colli ”Monaldi – Cotugno – C.T.O.” nasce, con decreto n. 49 del 27/09/2010 della Regione Campania, dalla fusione delle disciolte Aziende Ospedaliere “V. Monaldi”, ad indirizzo pneumo-cardiovascolare, “D. Cotugno”, ad indirizzo infettivologico ed epatologico, e dall’accorpamento del presidio ospedaliero C.T.O. (Centro Traumatologico Ortopedico), prima appartenente all’ASL Napoli 1 Centro, ad indirizzo ortopedico-riabilitativo. La costituzione della nuova Azienda rientra nell’ambito della riorganizzazione della rete ospedaliera regionale, sorta con l’obiettivo di assicurare un’offerta sanitaria più adeguata, sia attraverso la riduzione delle attività inappropriate, con la conseguente diminuzione del numero dei posti letto, sia mediante la ridefinizione funzionale ed operativa delle strutture ospedaliere. Gli Ospedali dei Colli intendono caratterizzarsi come luogo di elevata professionalità e settorializzazione (cardiologia, cardio-chirurgia, trapianti, pneumologia, oncologia, patologie infettive ad alta complessità, neurologia, uro-andrologia, riabilitazione, ecc.), con utenza che manifesta condizioni sempre più complesse. All’interno di tale articolazione, l’Azienda ha scelto di dotarsi di un U.O. Semplice Dipartimentale di Psicologia Clinica – di cui è responsabile il dirigente che guidava l’unica U.O. di Psicologia presente in precedenza nei tre presidi – per evidenziare l’importanza della presa in carico dei bisogni emotivi e del disagio psichico del paziente al pari della cura delle patologie d’organo. Infatti, presso l’A.O. Cotugno era stata costituita nell’Ottobre 2003 l’U.O.S. di Psicologia Ospedaliera, collocata all’interno della struttura complessa di Psichiatria di Consultazione ed Epidemiologia Comportamentale. Essa è stata la prima U.O. di Psicologia sorta in Campania in ambito ospedaliero ed il servizio nacque a seguito di una più lunga presenza, maturata in oltre dieci anni di attività, degli psicologi all’interno del polo infettivologico.

Molteplici sono le aree d’intervento di cui si è occupato il servizio, tra le quali una parte cospicua, sebbene non esclusiva, è stata inizialmente ed è tuttora rivolta ai pazienti affetti da Hiv. Per essi è stato approntato uno specifico modello d’intervento psicologico, in cui l’assistenza è proposta sin dal momento in cui l’infezione è diagnosticata e per tutto il percorso della

malattia, tenuto conto che la connotazione di cronicità ha spostato l'obiettivo del nostro intervento finalizzato ora a favorire nel paziente l'adozione di nuovi stili di vita. La persona sieropositiva va aiutata a convivere con l'infezione da Hiv e con le complesse questioni psicologiche che essa pone, quali il rapporto con il proprio partner e con le figure più significative, la progettualità personale, la sessualità, i desideri e le paure. Un intervento specifico della nostra equipe è rappresentato dalla consulenza alla coppia, in cui uno dei componenti o entrambi sono sieropositivi. Esso si propone di favorire la presenza nella coppia di regole di funzionamento e di convinzioni che consentano un equilibrio armonico. Un'altra area peculiare della consulenza psicologica consiste nell'intervento finalizzato a migliorare l'aderenza ai protocolli farmacologici, intesa come un fenomeno comportamentale complesso, influenzato da molti fattori, tra cui alcuni relativi al paziente ed altri al rapporto con il medico e con la struttura. Nella nostra esperienza, il supporto psicologico favorisce un'accettazione migliore delle cure farmacologiche. Un indirizzo clinico specifico riguarda il trattamento dei cosiddetti "worried well", pazienti ipocondriaci che si sottopongono numerose volte al test Hiv pur avendo un esito negativo, e che nutrono una paura sproporzionata rispetto ai rischi effettivi di aver contratto l'infezione. In questi casi, l'intervento diviene una vera psicoterapia in cui si pone molta attenzione alle preoccupazioni latenti che sovente riguardano la sfera sessuale, approfondendo il nucleo più profondo del disagio psicologico. Ma, oltre che ai pazienti Hiv, l'intervento psicologico è rivolto a tutti i pazienti dell'ospedale, a prescindere dalla patologia organica di base, sia ricoverati, sia in regime di day-hospital sia in trattamento ambulatoriale.

Durante il ricovero, esso consiste in consulenze nei reparti, che avvengono su richiesta del medico, o del paziente stesso e dei suoi familiari. Talvolta lo psicologo condivide l'intervento di consulenza con lo psichiatra ed, insieme a questi, valuta il proseguimento dell'intervento. La consulenza è un intervento a breve termine, focalizzato sul problema, che talvolta può continuare con una presa in carico più strutturata. Nel nostro caso, è richiesta più frequentemente per disagi legati al ricovero ed alla sua scarsa accettazione, nonché alle difficoltà di comunicazione con il personale sanitario, incluse le comunicazioni infauste ed il rifiuto di assunzione dei farmaci.

Un altro protocollo attivo è stato quello per la valutazione ed il trattamento dell'epatite C mediante l'interferone. Dalle varie evidenze cliniche emerge come il trattamento tradizionale con interferone sia associato a numerosi effetti collaterali, che possono riguardare disturbi della memoria, stati confusionali, disorientamento, sonnolenza, turbe dell'appetito, allucinazioni, sino a giungere a gravi complicazioni neuropsichiatriche, idee suicidarie e raramente coma. La nostra equipe, in collaborazione con gli psi-

chiatri, effettua una valutazione iniziale del paziente che deve iniziare il trattamento interferonico, finalizzata alla considerazione del suo stato psicologico attuale e delle eventuali presenze di disturbi non compatibili con l'inizio del trattamento. L'intervento, inoltre, viene svolto anche in itinere allo scopo di monitorare la condizione psicologica e l'eventuale insorgenza di problematiche depressive.

Inoltre, è attivo un servizio ambulatoriale che eroga trattamenti di psicoterapia breve (sino a 16 sedute) con orientamento sistemico-relazionale. Il trattamento ambulatoriale è prevalentemente rivolto agli ex degenti dell'ospedale ed ai pazienti contestualmente presi in carico in D.H., necessitanti d'incontri psicologici a cadenza più breve. Inoltre, è aperto a pazienti esterni ed ai loro familiari, che possono afferire al Servizio mediante richiesta del medico curante e che possono sino a quel momento non avere avuto nessun rapporto diretto con il nosocomio. L'attività ambulatoriale è essenziale per enfatizzare la nostra concezione d'ospedale aperto al territorio. Storicamente, l'ospedale di malattie infettive nasce separato dalla realtà cittadina, svolge una funzione protettiva della collettività isolando spazialmente i portatori d'infezione. Oggi, con le metodiche scientifiche più moderne, tale necessità d'isolamento è mutata. Al contrario, vi è la necessità di integrare i pazienti con patologie infettive nella realtà sociale. Fu condotta da noi una ricerca volta a conoscere sia le modalità d'invio sia la percezione dei pazienti in merito all'attività psicoterapeutica svolta in un ambulatorio collocato all'interno di un ospedale di malattie infettive<sup>3</sup>. Emerse quanto i pazienti, soprattutto quelli provenienti dall'hinterland napoletano, percepiscano la struttura ospedaliera più affidabile e contenitiva, e non vi erano pregiudizi negativi, come erroneamente ci si poteva attendere trattandosi di un ospedale che si è sempre occupato di malattie con forte stigmatizzazione sociale. Al contrario, in virtù della natura plurispecialistica dell'Ospedale, esso risultava anche più protettivo della privacy, poiché la sua frequentazione era avvertita meno connotante rispetto a servizi come i DSM ed i Ser.T., caratterizzati da un bacino di utenza con patologie facilmente riconoscibili.

Tra le attività ambulatoriali è attivo il centro per la cura del tabagismo. L'ambulatorio era inizialmente rivolto prevalentemente ai dipendenti dell'ospedale, in quanto gli operatori sanitari sono "opinion leader" nelle cam-

<sup>3</sup> Mauriello S., Vito A., Starace F. (2002), La percezione del contesto negli utenti di un servizio ambulatoriale di psicologia in un ospedale di malattie infettive, in *Babele*, n. 22, pp. 66-68.

pagne antifumo ed il loro atteggiamento nei confronti del fumo ha un effetto “a cascata” sull’intera popolazione. Il medico che smette di fumare costituisce il messaggio più potente per rinforzare la motivazione del paziente, mentre il medico che fuma non può essere convincente nella disassuefazione al fumo. Nello svolgere quest’attività ci siamo resi conto come essa potesse costituire anche una modalità indiretta di presa in carico delle problematiche dei dipendenti, con un possibile benefico effetto anche sulla prevenzione del complesso fenomeno del burn-out. L’ambulatorio in seguito si è rivolto ai pazienti, si avvale di un’equipe formata da psicologi e pneumologo, operando secondo un approccio integrato che tiene conto sia delle problematiche psicologiche sia degli aspetti fisici che il tabagismo comporta.

Altre attività importanti sono quelle svolte in collaborazione con le Associazioni di Volontariato. In passato, ad esempio, abbiamo promosso il primo servizio di mediazione culturale attivo nel nostro Ospedale, svolgendo il ruolo d’interfaccia tra le richieste di mediazione provenienti dai singoli reparti e l’Associazione che svolgeva tale intervento per i ricoverati stranieri. In tale ambito, abbiamo anche partecipato a diversi progetti finalizzati alla formazione dei volontari. Nel volume descriveremo un’altra esperienza nata in sinergia con il volontariato: il book-crossing in corsia.

Ma, come detto ad inizio del paragrafo, nel 2011 avviene un profondo mutamento, con la costituzione dell’A.O.R.N. Ospedali dei Colli.

Tale modifica di assetto organizzativo rappresenta per noi psicologi dell’Azienda una sfida ed un’opportunità. Alle tematiche già prese in carico presso il Cotugno si aggiungono le esperienze già attive negli altri due Ospedali, di cui pure si riferisce nel volume, e nasce l’esigenza di progettare nuovi protocolli operativi per pazienti di altri reparti.

Presso, l’U.O.C. Neonatologia e Terapia Intensiva Neonatale è in carico da molti anni un’altra psicologa dirigente, che svolge un importante lavoro con i familiari dei neonati ospiti presso il Reparto, oltre che con l’intera equipe. In tale contesto, da un punto di vista psicologico il problema di base è la separazione del bambino dalla madre, con la brusca interruzione del legame di attaccamento. Per questo motivo è importante un intervento psicologico precoce. Tale sostegno si concretizza nell’accoglienza al padre al momento del ricovero del neonato, nel favorire la ripresa del legame di attaccamento madre-neonato (es. marsupio terapia), in colloqui strutturati e non con i genitori, nella mediazione personale medico-infermieristico e genitori, e nell’eventuale gestione della morte del neonato.

Dal 2005, presso l’U.O.S.D. Trapianti di cuore è presente una psicologa volontaria. La predisposizione di uno spazio di ascolto psicologico, dal momento del pre-trapianto al post-trapianto, non solo per il paziente ma anche