

Laboratorio su psicologia clinica e ospedale: il rapporto tra domanda di cura e risposta dell'organizzazione ospedaliera

*Barbara Cafaro**, *Andrea Civitillo***, *Gianfranco Bontempi****, *Valentina Giacchetti**, *Anna Lalli*****, *Lucrezia Lopolito**, *Raffaella Quaglia***, *Francesca Reale***, *Simona Sacchi***, *Maria Sarubbo**, *Michela Siciliano**, *Onofrio Strignano**, *Chiara Tagliaferri**, *Cristina Viola**, *Michela Zanetti**

Abstract

L'articolo raccoglie otto esperienze di intervento psicologico clinico entro l'Ospedale, con particolare attenzione ai cambiamenti e ai conflitti entro la relazione tra personale sanitario da un lato, pazienti e loro famiglie dall'altro. L'intervento si basa sul recupero della soggettività e dei vissuti entro la relazione in un contesto ove la cultura sanitaria li ignora. Vengono passati in rassegna casi in cui si interviene nel Pronto Soccorso, negli Ambulatori, in Oncologia, a valle di un intervento sul rischio psicosociale, in SPDC, entro una riorganizzazione "per intensità di cure".

Parole chiave: Ospedale, intervento psicologico clinico, rischio psicosociale, medicina difensiva

Premessa

Raccogliamo di seguito le relazioni presentate in un Laboratorio tenutosi a marzo 2012, in partnership tra SPS (Scuola di psicosociologia) e l'ACO San Filippo Neri di Roma. Il tema proposto era: "Un'occasione per ripensare il rapporto tra la domanda di cura e la risposta dell'organizzazione ospedaliera. Quale funzione per lo psicologo clinico nella manutenzione di tale rapporto e nella prevenzione del rischio psicosociale a partire da alcune esperienze di intervento sul campo. Con particolare attenzione ai luoghi di front line come il Pronto Soccorso"¹.

Il Laboratorio può essere introdotto da Carli e da Atzori e Cinalli (2013), contributi entrambi presenti in questo numero dei *Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica*; in essi si rintracciano anche indicazioni per approfondire l'intervento sul rischio psicosociale evocato nell'articolo. I seguenti paragrafi resocontano ciascuno di un intervento effettuato nell'ambito di tirocini in psicoterapia psicoanalitica in vari contesti ospedalieri; sono proposti in prima persona da chi ha partecipato a tale intervento.

Un intervento di formazione entro l'Ospedale ACO San Filippo Neri di Roma²

Il rapporto tra pazienti e famiglie da un lato, personale sanitario dall'altro come fonte di rischio psicosociale

Sono stato tirocinante nel SPPR (Servizio protezione Prevenzione Rischi) dell'ACO San Filippo Neri dal 2009 al 2011, in merito a un progetto sulla Valutazione del rischio psicosociale, in seguito al quale furono previsti incontri di formazione con alcune Unità Operative dell'Ospedale. L'obiettivo è stato quello di discutere con gli operatori i principali indicatori di rischio della struttura e di lavorare con loro per dividerne alcune possibilità di sviluppo.

* specializzanda/o SPS;

** specialista SPS;

*** psicologo tirocinante post lauream presso il servizio di Psicologia Ospedaliera e Uff. Relazioni con il personale ASL1 Massa Carrara;

**** psicologa psicoterapeuta, responsabile del servizio di Psicologia Ospedaliera e Uff. Relazioni con il personale ASL1 Massa Carrara.

Per comunicare con gli autori spscedro@gmail.com

¹ http://www.sponline.it/Specializzazione01b/Convegni/Convegni/PsicoOsp_22marzo13.htm

² A cura di Onofrio Strignano

Tra le aree di rischio principali avevamo individuato il “rapporto con i pazienti e familiari”, tema su quale abbiamo scoperto delle cose molto interessanti e utili per noi e per gli operatori, che potevano fermarsi a parlare con noi dei problemi del loro lavoro.

Fermarsi a pensare ciò che si fa: una situazione rara per l’Ospedale

Vorrei innanzitutto sottolineare che fermarsi a pensare a ciò che si fa non è per niente abituale nella vita dell’Ospedale; alcuni possono averlo vissuto come un lusso o una perdita di tempo, ma per altri è stato chiaro che era una occasione importante e rara per parlare con i colleghi di come si vive in un lavoro difficile.

Abbiamo lavorato con MUPS (Medicina d’Urgenza e Pronto Soccorso), Cardiologia, SGAA (Servizio Gestione Attività Ambulatoriale) e Neonatologia. In questi incontri una prima cosa che abbiamo intuito è che c’è la percezione di essere immersi in un momento storico di grande affidamento alla “proceduralizzazione” dei servizi, condizione vissuta da un lato come ragionevole, da un altro lato come incoerente con un “rapporto di cura con i pazienti” irrigidito da procedure sempre più stringenti. Si percepisce una nuova posizione dell’utenza, sempre più diffidente e critica verso il servizio ospedaliero, per cui si contrappongono “l’affidamento a un sistema di cura” e una “valutazione immancabilmente critica del servizio”. Sono due vissuti conflittuali tra loro ai quali corrisponde una posizione degli operatori altrettanto ambivalente nei confronti degli utenti.

Il paziente in trasformazione

Un punto apparso come assolutamente centrale nelle possibilità degli operatori ospedalieri è il rinnovare la propria visione dell’utenza. È ciò che potremmo chiamare “il paziente in trasformazione”. Pensiamo agli utenti del MUPS. Sono davvero pazienti? L’arrivo al Pronto Soccorso impone agli utenti l’acquisizione immediata di una cultura dell’Ospedale che si coniuga male con lo spaesamento che l’utenza vive quando vi accede. Quanto al paziente cardiologico, per tutto il decorso terapeutico si confronta costantemente con la necessità di modificare abitudini non solo sue, ma anche dei propri congiunti, per la necessaria attenzione alla “situazione cardiologica”, vissuta inoltre con un elevato sentimento di rischio imminente. Si capisce che parliamo ancora di un confronto con una variabilità spaesante? Quanto alla Neonatologia, pensiamo alla non scontata trasformazione in genitore, all’andare verso il mondo ignoto del rapporto con un neonato o alle speranze e alle paure verso la gestazione. E lo SGAA? I Servizi Ambulatoriali sono l’unico contesto dell’Ospedale non basato sul ricovero. Mentre l’Ospedale assegna un preciso spazio a ogni paziente e separa i pazienti dai parenti, nello SGAA i pazienti non hanno un posto assegnato e i parenti sono onnipresenti. Il loro spaesato e preoccupato vagare genera confusione e tensione e le trasmette anche agli operatori.

L’intervento psicologico su situazioni di spaesamento e disorientamento

Come vedete stiamo parlando sempre di situazioni di disorientamento e spaesamento che coinvolgono utenza e operatori. Proponiamo di vederne in primo luogo la componente emozionale, e che gli psicologi possano occuparsene. Facciamo un esempio. Un’infermiera del reparto donne dell’Unità di Cardiologia ci racconta della figlia di una degente andata fuori dalle staffe, perché aveva trovato sua madre con il camice di carta semitrasparente previsto dal ricovero invece della sua solita camicia da notte. La figlia della paziente a detta dell’infermiera la trattò come avrebbe potuto fare con una cameriera incapace. Possiamo pensare che questa donna pretende maleducatamente che venga fatto ciò che lei vuole, “come se fosse casa sua”, ignorando del tutto il contesto e le esigenze di cura cui risponde il camice previsto dall’Ospedale. Ma vediamo anche che questa signora non riconosce più la madre, ritrovandola in uno stato di dipendenza e seminudità evidentemente vissuto come violento. La signora non sa dove sta, non riconosce la madre. È profondamente disorientata, reagisce con violenza a un vissuto di violenza. Pensare di essere a casa sua è aggrapparsi a qualcosa di noto; l’Ospedale è per lei troppo estraneo.

Un altro esempio. Una figlia, tra gli spifferi rischiosi di un corridoio ingombro, vorrebbe che la barella su cui passa di corsa la madre trasportata d’urgenza a fare un esame si fermasse, perché lei vuole

parlarle. La donna, al diniego dell'infermiera che spinge la barella, urla e strepita, generando disordine nel reparto e irritazione e sconforto nell'infermiera. Anche in questo caso possiamo vedere solo maleducazione, o la profonda angoscia di una persona che si confronta con un desiderio di controllare, fermare una situazione che sente sfuggirle di mano.

In conclusione, negli esempi descritti si capisce che il “prendersi cura del contesto paziente”, comporta la possibilità di trasformare una variabilità incomprensibile e conflittuale in comprensibili e trattabili situazioni di spaesamento emozionale, che richiedono un orientamento sia per gli utenti che per gli operatori e che permetta di vivere in maniera diversa ciò che abbiamo chiamato un lavoro difficile. Nei diversi interventi che si stanno effettuando entro l'Ospedale, alcuni di noi si misurano con la possibilità di intervenire su questo spaesamento, proponendosi di ridare senso a relazioni che lo stanno perdendo, diventando angosce e conflittuali.

Il Pronto Soccorso dell'ACO SFN: tra domanda di cura medica e domanda di cura sociale³

Premessa

Dopo la Valutazione del Rischio nell'ACO SFN, uno degli interventi avviati, nel maggio 2012, ha riguardato il Pronto Soccorso. Ci stiamo lavorando come SPS, intendendo sia rilevare eventi critici nella comunicazione tra utenza e PS, che intervenire su essi ove possibile. Il resoconto che segue riguarda l'esperienza di due di noi, intervenute in PS con il ruolo di tirocinanti della scuola.

Informare

In una prima fase abbiamo adottato l'ipotesi che la fonte di rischio fosse la carenza di informazioni, entro l'ansia suscitata in pazienti e familiari dal confrontarsi con la realtà del PS. Abbiamo così assunto la funzione di dare risposte spesso difficili da ottenere: in che stanza si trovasse il parente, a che punto fosse il trattamento ecc. Abbiamo in altri termini fatto ciò che pensavamo che il personale sanitario non riuscisse, per vari motivi, a fare: dare informazioni sulla situazione del paziente. È quanto chiamiamo funzione sostitutiva. La nostra attività rispondeva alla lettera alla diagnosi dello stesso personale sanitario: c'erano problemi perché non si riusciva a informare le persone quanto queste avrebbero desiderato.

Stare a sentire

Abbiamo capito rapidamente che il problema non era questo. Non si trattava tanto di informare, quanto di stare a sentire ciò che le persone avevano da dire e da chiedere mentre stavano vivendo una situazione di disorientamento. Le informazioni non sono più state l'intervento, ma spesso un pretesto per stare con l'utenza, ascoltarla, saperne di più sul perché si rivolgeva al PS. L'informazione non è più stata un saperne sui fatti (sintomi, diagnosi, tempi) senza avere attenzione ai vissuti (gli stati d'animo intorno a quei fatti). I fatti sono apparsi nella loro qualità di vissuto: essere informati su dove si trova in quel momento il proprio parente, per esempio, come testimonianza di un'attenzione, di un'affidabilità, prima ancora che come dato utile in sé. Questo tipo di assistenza funziona come contenimento delle emozioni evocate dal Pronto Soccorso, consentendo di elaborare il vissuto di emergenza che porta lì le persone e l'impatto con il tipo di rapporti in cui si vengono a trovare.

Avendo sperimentato insieme al personale la funzionalità di questa modalità di relazione nella gestione di alcuni casi, avevamo pensato di dividerne la metodologia con l'Unità e abbiamo proposto due incontri per parlarne. La partecipazione rispetto alle nostre attese è stata scarsa, e abbiamo capito che almeno in questa fase è più utile proporre la nostra funzione entro l'azione del Pronto Soccorso piuttosto che interromperla per parlarne.

³ A cura di Valentina Giacchetti e Maria Sarubbo

Le domande impertinenti

Intorno a questi riscontri da gennaio 2013 si è avviata una seconda fase dell'intervento, centrata su domande percepite dal PS come irritanti e disorganizzanti impertinenze. Per capirle stiamo ipotizzando una cultura dell'atto immediato. In questa ipotesi da un lato c'è un personale sanitario pronto a intervenire immediatamente su un'utenza che ci si attende altrettanto pronta alla cura senza necessità di mediazione; dall'altro un'utenza che si attende un accesso immediato alla cura stessa. Il problema è che le due parti spesso non hanno affatto la stessa idea dei problemi pertinenti al PS. Di qui i casi impertinenti, ritenuti perdite di tempo dai sanitari, che generano conflitti che possono concretizzarsi nei codici colore emessi dal triage. Vediamone alcuni casi.

Alcuni casi

La morte che nessuno vuole. Arriva un anziano, cui si attribuisce un codice rosso, che proviene da una clinica convenzionata. L'infermiere si lamenta: vede arrivare spesso anziani, mandati lì a morire dalle cliniche che non vogliono occuparsi dei decessi, a suo avviso per mantenere una immagine efficiente. Il PS non può fare più di quello che farebbe una clinica: attendere la morte garantendo un'assistenza di base. L'infermiere aggiunge che il PS in alcuni momenti sembra un hospice. Al tempo stesso, l'anziano cattura completamente l'attenzione del medico di turno che, disperatamente, cerca di mantenerlo in vita. Gli infermieri non si sa più se stanno assistendo il medico nella sua disperazione, o il degente. Il PS sembra non essere più attrezzato della clinica a occuparsi della morte, ma non può rifiutarla.

La signora barbona. Arriva una distinta, colta signora di buona famiglia, ben nota al PS, perché trascorre molte notti nella sala d'attesa nonostante abbia una casa. Ha l'aspetto e l'odore di una barbona, anche se curata. Quando una di noi si avvicina per salutarla, lei si affretta a dirle che è in sala d'attesa perché la mamma è una degente del PS. Ma tutti sanno che la madre si trova nell'Ospedale X. Un infermiere le porta la cena. Un giorno la vediamo in una sala emergenza. Questa volta ostenta un dolore alla gamba. L'infermiere di turno sembra spazientito, ma non pare credere al potere "terapeutico" di un codice bianco: se non è la gamba, che può fare? Sembrerebbe nulla, e così si occupa della gamba.

Un desiderio di compagnia. Alvaro, un uomo sulla settantina, falegname in pensione, arriva al triage per denunciare una "aggressione da persona nota". I carabinieri gli avrebbero consigliato il PS. L'infermiere trattiene il nervosismo, mentre dice ad Alvaro che i carabinieri lo hanno "mollato" al PS. Non può che effettuare il triage, ma è visibilmente alterato da questo obbligo. Alvaro si scusa: gli dispiace di disturbare, ma non può fare altrimenti. Non sembra si sia fatto un gran che: ha un piccolo ematoma sullo stinco e lamenta giramenti di testa. Fa pensare che stia recitando per sostenere la denuncia. Gli assegnano un codice verde e lo invitano a sistemarsi in sala di attesa. Ma lui rimane lì in piedi: vuole chiacchierare, spiegare le sue ragioni, attaccare bottone. Gli infermieri, sempre più nervosi, non riescono a liberarsene. Una di noi prova a parlargli. Lui dice che chi lo ha aggredito è una inquilina a cui affitta una mansarda della sua abitazione. Lei non vuole più andarsene, un giorno o l'altro la sistemerà con il fucile. Alla domanda se ha amici o parenti, risponde di stare bene da solo; stava bene con la mamma finché è vissuta; non ha mai sentito l'esigenza di stabilire un rapporto con una donna. Trascorre le sue giornate in cantina, ogni tanto va a pescare. Poi torna a parlare dell'inquilina che lo ha aggredito. Come intervenire? Alvaro non sembra avere risorse per comprendere l'utilità di un invio ai servizi territoriali, nonostante intorno a lui il contesto sembri essersi completamente logorato. Questo isolamento sembra coltivare un rischio che ignorato alimenta un uso "impertinente" del PS, assunto a tutti gli effetti da Alvaro come tessuto sociale sostitutivo: chiacchiera con chiunque in sala di attesa come se fosse a casa sua, cerca un infermiere che dice essere un suo amico. Riflettiamo con gli infermieri del triage prima e il coordinatore infermieristico dopo su cosa si possa fare con casi di grave isolamento come questo; casi in cui non c'è neanche il parente con cui tentare di stabilire un'alleanza che favorisca un uso dell'assistenza territoriale.

Quando il codice più rischioso è quello bianco

Concludendo: la domanda di cura è vista come impertinza se la crisi è in primo luogo un vissuto, un desiderio di soccorso emozionale più che un corpo umano in crisi, entro un contesto dove l'offerta, esclusivamente medica, ha bisogno di fatti e ha categorie e linee di azione per i fatti. Visti in questa ottica, i codici più rischiosi per il personale sono quelli bianchi, che del resto si tende a non assegnare, nel timore di confondere vissuti impertinenti e fatti pertinenti. Probabilmente, il vissuto di accerchiamento del personale del PS è in rapporto all'impotenza che deriva dall'essere attrezzati a intervenire su fatti, mentre ci si confronta anche con vissuti o con culture problematiche, come quella dei presidi sanitari che rifiutano la morte e la affidano al PS. La nostra funzione di psicologhe sembra chiarirsi: siamo chiamate a occuparci di vissuti dandogli senso entro una cultura diversa, quella dell'intervento basato sui fatti.

Nel Pronto Soccorso dell'Ospedale Santo Spirito in Saxia⁴

Premessa

Abbiamo lavorato in due, per circa un anno, nel Pronto Soccorso dell'Ospedale Santo Spirito, entro il nostro tirocinio di specializzazione presso l'Unità Operativa Semplice di Psicologia Clinica-Ospedaliera dello stesso Ospedale. Scriviamo con l'obiettivo di testimoniare l'utilità di una funzione psicologica nel Pronto Soccorso che partecipi delle azioni di accoglienza.

La Dirigenza Ospedaliera aveva chiesto alla Psicologia di comprendere il funzionamento e le criticità del PS ai fini di migliorarne, appunto, l'accoglienza. Veniamo coinvolte nel progetto fin dall'avvio, con la richiesta di partecipare sia alla fase esplorativa dei problemi che ai successivi sviluppi. Concordiamo con la tutor una presenza in reparto finalizzata ad una conoscenza del contesto e all'istituzione di rapporti con operatori, pazienti e familiari, di cui rendicontare a lei e all'Unità Operativa.

L'equivoco della consulenza specialistica

Per esplorare il contesto non assumiamo una collocazione fissa, ma partecipiamo ai diversi luoghi del reparto: il triage, in cui si valuta la sintomatologia e si attribuisce un codice di priorità d'accesso basato sull'urgenza; la sala d'attesa e le sale visita dei medici internista, chirurgo e ortopedico. All'avvio del progetto il rapporto tra noi e il reparto ha funzionato secondo la tipica prassi ospedaliera: la consulenza specialistica. Inizialmente la nostra fantasia, che non avevamo ancora riconosciuto, di fare consulenza psicologica agli individui come facevano i medici per le loro specialità, hanno incontrato una simmetrica proposta nel personale che ci vedeva come "specialiste della psiche". Allo stesso tempo questa corrispondenza di intenti, apparentemente felice, ci faceva sentire inutili: se quello era il posto delle urgenze, cosa potevano fare delle psicologhe che hanno bisogno di un setting a parte basato su riflessione e tempi lunghi?

Abbiamo così messo in discussione le nostre fantasie, cogliendo come la tentazione di proporci come tecnici che hanno la soluzione dei problemi fosse un modo per fronteggiare il disagio di non saperci muovere nella complessità del reparto. Era più facile aggiungerci agli specialisti presenti che costruire una funzione nuova, pensata entro quel contesto specifico, per essere utili al reparto.

L'affiancamento sostitutivo produce eventi critici

In questo iniziale agire come specialisti "aggiunti" abbiamo partecipato ad alcuni eventi critici: ad esempio, il caso del paziente avviato immediatamente alla consultazione con una di noi poiché "evidentemente" un caso psicologico, praticamente bypassando la valutazione medica. L'evento ha

⁴ A cura di Raffaella Quaglia e Francesca Reale

implicato una di noi e lo stesso personale sanitario, per essere poi subito colto come disorganizzante il funzionamento di una unità dove la valutazione medica deve restare alla base di tutto. Al tempo stesso si è visto come il nostro specialismo restava altra cosa rispetto alla cultura presente, e si doveva pensare il modo in cui proporlo, altrimenti rischiava di confliggere con le altre competenze.

L'affiancamento integrativo

Gli eventi critici sono stati utilmente ripensati con gli operatori attraverso una nostra resocontazione, in riunioni ad hoc. Abbiamo proposto ai medici di parlarci dei problemi incontrati nel lavoro, per costruire insieme una nostra utile funzione. Ci hanno chiesto di affiancarli in una serie di circostanze: comunicazioni relative a lutti, trasferimenti in altri ospedali, aggravamenti dello stato clinico; lunghe attese che generano ansia e aggressività verso il personale; problemi vissuti come complessi quali l'alcolismo e le emergenze psichiatriche. Noi li abbiamo letti come problemi di rapporto con pazienti e familiari, che nascono quando il reparto avverte un senso di impotenza e di inefficacia del proprio intervento. Le criticità di funzionamento sembrano collegate alle situazioni in cui le reciproche rappresentazioni del rapporto da parte di operatori e utenti non vengono confermate.

Ad esempio c'è conflitto quando il personale del PS si aspetta un immediato affidarsi della persona che richiede un intervento, mentre quest'ultima non si vive ancora come paziente: l'ingresso in PS, infatti, bypassa i riti di passaggio generalmente proposti dell'Ospedale che aiutano le persone a rappresentarsi come pazienti. Stessa cosa può dirsi dei familiari, a loro volta non immediatamente "parenti del paziente" adattati alle regole ospedaliere, spesso sconosciute.

La pretesa di immediatezza, specifica delle urgenze del PS, se inserita nel quadro più generale di crisi del rapporto di fiducia medico-paziente che riguarda l'intera istituzione ospedaliera può essere colta come particolarmente problematica. Attualmente gli utenti tendono più di un tempo a mettere in crisi la dipendenza che permette l'agire medico, basata sulla fiducia e sul totale affidamento del paziente al curante e attesa dal personale sanitario.

Un'altra questione critica sono le domande vissute come incongrue perché non rispondenti a nessuna emergenza a carico dell'individuo richiedente, ma piuttosto sintomatiche di carenze nell'occuparsi di problemi dell'utenza dei servizi sociosanitari nel loro complesso. Pensiamo alle persone con problemi di dipendenza da sostanze o di salute mentale e più in generale a quelle a rischio di emarginazione, ma anche ai "codici bianchi", situazioni di non emergenza, che pure vengono accolte.

A partire da queste criticità, occupandoci della comunicazione e dei passaggi di informazioni, ci siamo occupate della relazione con gli utenti, svolgendo una funzione di accoglienza centrata sull'impatto emozionale che si ha con la struttura. Abbiamo così potuto dare risposta all'attesa degli utenti di essere in un servizio che si occupasse anche dei loro vissuti.

Dopo un anno, alla conclusione del tirocinio, lavoravamo insieme agli operatori sanitari affiancandoli come ci avevano chiesto; questo obiettivo è stato perseguibile grazie allo sviluppo di una funzione integrativa, tramite la quale partecipavamo all'agire dell'organizzazione occupandoci di relazioni. Tale funzione è stata attuata sia con azioni mirate, come l'affiancamento nella comunicazione, che con occasioni di discussione di casi. Si tratta di una psicologia clinica che sospende l'agito non pensato delle emozioni, pur operando all'interno dell'agire organizzativo del reparto: si tratta di un nuovo modo di intendere il setting che pensiamo essere un contributo interessante a nuovi sviluppi della professione psicologica nell'Ospedale.

Il problema del dare informazioni

Come psicologhe specializzande della scuola di psicoterapia SPS, stiamo svolgendo un tirocinio presso lo SGAA (Servizio Gestione Attività Ambulatoriale) del San Filippo Neri, con l'obiettivo di esplorare le specificità che caratterizzano la comunicazione tra il servizio e l'utenza. Questo intervento nasce dal lavoro sul Rischio Psicosociale, seguito da alcuni incontri con lo SGAA in cui era emersa come problematica la relazione con l'utenza, in particolar modo nello scambio d'informazioni. Di qui la domanda del servizio e la proposta da parte di SPPR (Servizio prevenzione protezione Rischi) ed SPS di realizzare un monitoraggio del sistema di comunicazione con l'utenza tramite la presenza di due psicologi clinici all'interno della struttura.

La confusione tra componete ambulatoriale e quella ospedaliera

L'osservazione prende avvio a novembre 2012, strutturandosi in unità di quattro ore di presenza all'interno del servizio, sia al mattino che al pomeriggio. Questo primo periodo di osservazione, svolto in maniera itinerante tra le diverse aree di pertinenza del servizio, ci ha portato a fare l'ipotesi che lo SGAA, data la sua componente sia ambulatoriale che ospedaliera, venga vissuto da utenti e personale come una realtà confusa, al confine tra i due contesti citati. Mentre l'ospedale con il ricovero separa il paziente dalla famiglia, lo sottomette al suo funzionamento, lo include nella sua comunità e nelle regole che ne organizzano i rapporti, nell'ambulatorio non avviene nulla di tutto ciò. I familiari sono spesso presenti e tutt'altro che secondari nelle loro attese e, al contempo, pazienti e famiglia non hanno un posto assegnato, anzi il loro continuo movimento non sempre direzionato verso una chiara meta si incrocia con quello del personale sanitario, creando un'impressione di perpetua confusione.

Soprattutto, mentre sembra che nel personale sanitario prevalga il vissuto di essere in ospedale e ci si attende che gli utenti stiano alle regole del luogo date per scontate, quelli dal canto loro sembrano invece molto disorientati e in attesa non solo di informazioni, ma di qualcosa di più: che si dica loro dove stanno, quali sono le modalità con cui li funzionano le relazioni. Questo insieme di elementi sembra rendere disorientante il servizio per utenti e personale; noi abbiamo individuato una nostra possibile funzione nell'intervenire entro la relazione tra loro per occuparci di quelle comunicazioni che non vengono date se si sta entro l'attesa che i pazienti e le loro famiglie abbiano già assunto la posizione di chi deve conoscere le regole dell'ospedale. In altri termini, abbiamo assunto la funzione di chi parte da un presupposto diverso da quello del personale: diamo per scontato che non si sappia dove si stia né che cosa si debba fare, e che si possa chiarirlo interloquendo, soprattutto con gli utenti.

Un episodio

Raccontiamo un episodio per esplicitare quello di cui stiamo parlando. Un lunedì mattina una coppia di anziani si aggira spaesata nel corridoio che separa la sala d'attesa delle casse dagli ambulatori. Lui zoppicando fa avanti e indietro, a destra e a sinistra, fa pochi passi circoscritti, si guarda attorno in cerca di indizi, informazioni, ma sembra al tempo stesso che non abbia alcuna intenzione di chiederle a una delle tante persone che gli passano accanto. Lei ha l'aria rassegnata di chi assiste a un film visto tante volte; rimane ferma ad osservare la strana danza di lui, limitandosi ad accompagnarlo girando un po' su se stessa. Una di noi cerca lo sguardo di almeno uno dei due, e finalmente lo incrocia tra un passo e l'altro. Sorride e si avvicina con un "Buongiorno". "Devo fare il pagamento per una visita intra-moenia", dice lui, "ma non capisco dove sono le casse". Le casse, con le tendine abbassate del fuori servizio, erano proprio alle sue spalle. L'orario dice che è il momento della pausa. "Ci sarà da aspettare una mezz'oretta" aggiunge la psicologa dopo averglieste indicate. "Sì, sì, lo so che sono queste, io qui ci sono già stato, ma vede, il cartello dice che sono state spostate!". Con sorpresa la psicologa nota una comunicazione che la settimana precedente non c'era, un foglio A4 affisso su uno degli sportelli, che recitava "Le casse intra moenia sono state trasferite al padiglione B, primo piano".

⁵ A cura di Cristina Viola e Michela Siciliano

“Ha ragione” dice la psicologa “devono averle spostate negli ultimi giorni; andiamo insieme a chiedere all’ufficio informazioni?” La coppia acconsente e vanno. La psicologa comunica all’addetto dell’ufficio che i signori hanno bisogno delle casse intra moenia; quello conferma che sono state spostate e legge una copia del cartello affissa sulla sua scrivania. La psicologa aggiunge che potrebbe essere utile indicare ai signori dove si trova il Padiglione B e come ci si arriva. L’infermiere fornisce una dettagliata descrizione del percorso, e l’accompagna con ampi movimenti delle braccia che sembrano anche loro una danza. La psicologa chiede alla coppia se è tutto chiaro e se hanno bisogno che qualcuno li accompagni. “No, no, ho capito, lo so dov’è, io ci sono già stato qui” dice lui. Tutti sorridono soddisfatti, la coppia ringrazia e si allontana alla volta del Padiglione B. Passano pochi minuti ed eccola riemergere dal fondo del corridoio. Lui avanza risoluto trascinando la gamba zoppa, lei sempre rassegnata è qualche passo più indietro. “C’è qualche problema?” chiede la psicologa andandogli incontro. “Mi hanno rimandato qui!”. Il tono è agitato, infastidito; vista l’età e il problema con la gamba, non deve essere piacevole fare avanti e indietro per scale e corridoi. Lui scavalca la psicologa e si dirige dritto dritto allo sportello aperto di un altro tipo di cassa. Con tono alterato fa presente quello che è successo all’addetto di turno: “Mi hanno rimandato qui degli infermieri, quasi mi ci hanno riportato!”. Lo sportellista che subisce lo sfogo lo guarda e alza gli occhi al cielo, come se non ci fosse null’altro da fare. Alla psicologa viene in mente che anche gli infermieri che hanno rispedito la coppia al mittente potevano non conoscere l’improvviso cambiamento degli sportelli, così come non lo sapeva lei; forse nel rimandare la coppia indietro c’era l’intenzione di rendersi utili. Intanto alla cassa era ancora in corso il confronto tra parti, passato ormai al conflitto, alla disorganizzazione, al disservizio, all’incapacità di fare il proprio lavoro etc. A quel punto la psicologa propone la sua ipotesi dell’evento. Segue un momento di silenzio, poi la tensione abbandona il viso dell’anziano che la guarda sorpreso mentre l’uomo dietro il vetro delle casse è ancora irrigidito. La psicologa gli chiede: “Può confermare al signore che le casse intra moenia sono state spostate al padiglione B, primo piano?”; quello annuisce. La psicologa si rivolge di nuovo alla coppia inviandola con sicurezza al nuovo indirizzo, aggiungendo che sarebbe stato molto utile se, incontrando nuovamente gli infermieri di prima, avessero voluto condividere con loro questa informazione di cui evidentemente non tutti erano ancora a conoscenza. Infine ci si saluta con un sorriso.

Esplorare vissuti per facilitare le relazioni tra ospedale e utenza: esperienze nell’Ospedale Fatebenefratelli di Roma⁶

Intervenire su problemi di relazione

Nell’Unità Operativa Semplice di Psicologia Clinica del Fatebenefratelli di Roma confluisce un’esperienza di intervento psicologico clinico di più di venti anni, sviluppatasi entro la politica di umanizzazione delle cure che caratterizza l’ordine religioso proprietario dell’Ospedale da un lato, un’interpretazione sempre più tecnica dell’intervento medico e una perdita di competenze di assistenza dall’altro.

Parleremo di esperienze fatte al suo interno, con lo scopo di portare il nostro contributo nei ruoli di specializzandi prima, poi per due di noi di specialisti che restano in rapporto con l’Ospedale, in un caso come borsista.

Partiamo da un sentimento che pensiamo permei l’Ospedale: il mandato a occuparsi della vita, di preservarla, è così forte, che sembra non ci sia bisogno di elaborare una più articolata rappresentazione dell’Ospedale stesso: “Noi salviamo la vita, che altro dire?”. Ma al tempo stesso ci sono problemi di relazione di vecchio e nuovo tipo (pensiamo alla medicina difensiva) che chiedono un’interpretazione. A volte tali problemi arrivano agli psicologi. Altre volte è lo psicologo che deve avere la capacità di andarli a raccogliere là dove vengono vissuti.

⁶ A cura di Barbara Cafaro, Andrea Civitillo, Simona Sacchi

I limiti dell'atto medico

Pensiamo alle situazioni in cui ci si scontra con i limiti dell'atto medico. All'interno di una ricerca sulla comunicazione in Ospedale, (commissionata dal servizio anestesilogico della sala parto all'Unità di Psicologia) un neonatologo che lavora in sala parto, invitato a parlare dei problemi che incontra da una di noi, dice di ciò che vive nel parlare con i genitori (dei suoi pazienti), in particolare quando deve dare "brutte notizie". Ricorda come fosse ieri un episodio di molti anni fa e l'angoscia con cui prefigurava l'incontro con il padre di un bambino affetto da una malformazione molto grave, di cui i genitori erano all'oscuro. Davanti ai suoi occhi torna un'immagine: "Dalla sala parto intravedo, al di là della porta con i vetri smerigliati, l'ombra del padre che passeggia avanti e indietro, avanti e indietro, in attesa di conoscere il figlio. Mi chiedo: adesso come glielo dico? Ricordo che quella notte feci chiudere a chiave il nido, avevo paura che il padre lo prendesse e lo buttasse nel fiume". Parla di porte che separano, ma anche di trasparenze che fanno fallire la separazione. Aggiunge che non ne aveva mai parlato e che crede che la paura di constatare i limiti a volte drammatici dell'intervento, ma anche di sentire emozioni di rabbia e di inadeguatezza, sia molto diffusa tra i medici ma che ognuno se la risolve come può, da solo. Nel silenzio e nella solitudine senza riscontro le fantasie diventano più minacciose.

I vuoti entro l'atto medico

Vengono anche in mente i numerosi momenti in cui ci sono intervalli tra una prestazione medica e l'altra, e sembra aprirsi una sorta di vuoto nelle regole di comportamento, che crea disorientamento nel personale come negli utenti. Durante una riunione mensile tra noi psicologi e l'Unità Operativa Oncologia per fare il punto sulle attività in corso, ci dicono che dobbiamo assolutamente fare qualcosa per le persone in sala d'attesa, che percepiscono come molto sofferenti. Vengono evocate attività organizzate in precedenza, ad esempio incontri sull'alimentazione o sugli effetti collaterali delle cure; ci si interroga sulla fatica di garantirne una continuità. Noi ipotizziamo che sia difficile fare, se ciò che si fa viene sentito come riempire un vuoto. Sembra che nessuno abbia sentito cosa pensano i pazienti in attesa: ci si è affrettati a fare prima di conoscere e invece di conoscere. Il rapporto con questi pazienti fa paura. Parlandone con gli operatori, il soffrire la sala d'attesa appare essere innanzitutto una loro questione: dichiarano di avvertirla come uno spazio senza senso: "né di visita, né di terapia". Chi attende ai loro occhi sembra morto entro la passività dell'attesa; fargli fare qualcosa è un modo per placare la loro ansia, dimostrando che invece è vivo. Per gli operatori la relazione con i pazienti, senza il contenimento della prassi di cura con le sue procedure previste e rassicuranti, si riempie di fantasie angosciose. La presenza di tali fantasie fa intuire che certi ritardi nell'accogliere i pazienti, che si creano contro tutte le intenzioni, abbiano anche a che fare con la difficoltà di incontrarli provocata da questi sentimenti. Al tempo stesso gli operatori segnalano alcuni comportamenti apparentemente incomprensibili dei pazienti: alcuni arrivano alle sette del mattino pur sapendo che prima delle 8:30 non sarà somministrata alcuna terapia. Si fatica a fare ipotesi su arrivi così anticipati. Viene alla mente che alcuni pazienti manifestano una fantasia di accudimento totale, di desiderio di un luogo che protegga, che accolga. Ascoltando i pazienti può venire in mente come pensare la sala d'attesa: non c'è bisogno di attività quanto di assistenza intesa come presenza che vede e ascolta. Il vuoto della sala di attesa si riempie poco a poco di senso, un senso praticabile.

Il vissuto come risorsa

Il rapporto tra Unità di Psicologia e Oncologia è di lunga data e agli psicologi arrivano frequenti domande, che segnalano difficoltà del personale come di pazienti e familiari. L'evolversi della collaborazione tra le due Unità ha permesso di costruire un giro visita condotto da uno psicologo per trattare i problemi di rapporto che si sviluppano in reparto, a partire dall'ipotesi che l'emozionalità che organizza le relazioni incida sulla qualità della vita del paziente e sulla sua risposta alle cure, come pure sulla qualità del lavoro del personale. Una volta a settimana lo psicologo passa da tutti i pazienti ricoverati, dando la possibilità a loro e ai familiari di parlare su come stanno vivendo il ricovero. Lo psicologo inoltre scrive resoconti che propongono letture del reparto nel suo insieme partendo dai problemi dei singoli, e in incontri con medici e infermieri si esplorano e si segnalano situazioni

problematiche. Prendiamo il caso di un paziente. Racconta allo psicologo di aver lavorato per molti anni in un'associazione che si occupava di reinserimento professionale di ex-detenuti e di aver assunto lui stesso un ex rapinatore come collaboratore. Una volta lui e questo collaboratore andarono in banca a depositare del denaro. Al ritorno il collaboratore era molto triste, quasi affranto: per la prima volta in vita sua usciva da una banca dopo aver lasciato dei soldi invece che averne portati via. Questo aneddoto viene connesso al vissuto di un medico che aveva parlato con lo psicologo qualche tempo prima durante una riunione che precede il giro: da Oncologia spesso i pazienti escono in condizioni cliniche peggiori di quelle che avevano quando sono entrati. Non prendono qualcosa di prezioso, ma la lasciano. Scopriamo vissuti che attraversano il reparto nel suo insieme, che si tratti di pazienti, familiari, o operatori sanitari. Vissuti che non riconosciuti rischiano di reificarsi in emozioni angosciose anziché informare, dare senso al modo in cui si vive il ricovero e la malattia.

Rintracciare la domanda di un servizio: un'esperienza nel SPDC del San Camillo Forlanini⁷

Un'identità tra ospedale e territorio

Proponiamo un'esperienza fatta come specializzande in psicoterapia psicoanalitica entro un Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura. Ricordiamo che il SPDC tratta casi non curabili in modo adeguato presso i presidi territoriali, con il mandato di rispondere all'emergenza della crisi psichiatrica. Il SPDC è situato dentro l'Ospedale, a differenza di tutti gli altri servizi che si occupano di salute mentale, della cui rete, ancorata al territorio, fa per altro parte integrante, appartenendo al DSM. Nell'identità del SPDC si incontrano così Ospedale e territorio: da un lato la chiusura e la separazione proprie dell'istituzione ospedaliera, dell'altro l'apertura e la connessione con altri servizi proprie del territorio. È la doppia anima del SPDC, che deve curare ma anche custodire.

La coesistenza di emergenza, custodia, cura, separazione autocentrata dell'Ospedale e connessione con il territorio propongono possibili conflitti di identità e di scopo che possono provocare confusione sia presso gli utenti, pazienti e famiglie, sia presso gli operatori. In questo contesto il rapporto tra relazione attesa degli operatori sanitari, centrata in primo luogo sul fatto che il paziente collabori alle cure e risposta di quest'ultimo può essere particolarmente conflittuale. Dalla complessa identità dell'SPDC, dal potenziale conflitto tra operatori e utenza può derivare una domanda per noi tirocinanti psicologhe.

Intervento come dare senso

Dalla nostra esperienza abbiamo colto che è molto utile fornire assistenza sia ai ricoverati che ai loro familiari attraverso interventi volti a orientare sul senso del SPDC e di ciò che viene fatto. Per raggiungere questo scopo possono bastare piccoli gesti, a volte anche senza parole, rappresentati da un andare incontro, da un sorriso, da uno sguardo che esprimono attenzione e ascolto. L'obiettivo di queste azioni, rese possibili sia dal ruolo di tirocinanti, meno intrinseco al consueto funzionamento del SPDC di quello di altri operatori, che dalla competenza psicologico clinica, è introdurre alla relazione con il Servizio, accompagnarla, dare feedback dedicandoci all'ascolto della domanda dell'utenza più che adoperarci per ottenere la collaborazione alla cura.

La funzione dei luoghi "di passaggio"

Abbiamo individuato luoghi e momenti specifici di intervento: quelli di introduzione, di passaggio, di separazione. Pensiamo ad esempio al corridoio, in cui i familiari entrano esitando, con lo sguardo interrogativo e ansioso; il corridoio è il percorso che li porterà dall'ingresso nel SPDC alla stanza del paziente, introducendoli all'evento del ricovero psichiatrico; come pure sarà il luogo della separazione della famiglia dal paziente o della sua dimissione. Con la nostra presenza vogliamo farne un luogo di

⁷ A cura di Lucrezia Lopolito e Chiara Tagliaferri

graduale ingresso da un lato, di commiato dall'altro, e non di immediata immersione o espulsione da un modo estraneo che si propone senza accoglienza e senza congedo.

Un caso

Vi riferiamo del caso di S., che ci sembra rappresenti quanto stiamo dicendo. S., 20 anni, originario di un paese pugliese, giunge scortato dalla polizia; i genitori hanno chiamato il 118 perché il giovane, oltre a danneggiare la casa dello zio in cui la famiglia è ospite per una vacanza, ha gettato dalla finestra degli oggetti rischiando di colpire i passanti. Dopo una nottata trascorsa in sedazione, al risveglio di S. l'équipe prova a ricostruire con lui l'accaduto e a capire come sta, per poter decidere il da farsi. S. rifiuta il ricovero, vuole andar via, inizia a piangere, alza la voce, si dimena sulla sedia, tira pugni nell'aria, entra ed esce dalla stanza in cui l'équipe è raccolta; la tensione di tutti aumenta. Ad un gesto improvviso e scomposto del giovane, l'équipe decide simultaneamente per un TSO (Trattamento Sanitario Obbligatorio). S. viene sedato e contenuto nel letto. Continua ad urlare, si dimena, si ferisce, ci implora di lasciarlo andare, chiama la madre. Siamo tutti molto colpiti, alcuni di noi provano a più riprese ad offrirgli conforto, chiarimenti sulla situazione. Sono quasi le 12,30 l'orario delle visite dei familiari; vediamo al di là della porta a vetri le sagome dei genitori del ragazzo. Allo scoccare dell'ora prevista entrano i genitori: sono spaesati, disorientati, immobilizzati all'inizio del corridoio. Ci avviciniamo e li accompagniamo lungo il corridoio; alla loro domanda: "Come sta S.?", li aggiorniamo, proponiamo alla psichiatra di riferimento che li riceveva. Vogliamo offrir loro una sponda, una mediazione prima della vista di S., contenuto in un letto di ospedale.

Il nostro intervento continuerà fino al momento delle dimissioni, particolarmente critico. La data di dimissione di S. viene posticipata: al mattino gli si dice che in giornata sarebbe uscito, dopo il cambio turno dei medici gli viene detto, senza spiegazioni, che lo avrebbero trattenuto fino al giorno dopo. Neanche noi sappiamo, come pure gli infermieri, colti di sorpresa e spiazzati, il perché del rinvio. Il cambio turno è critico per gli operatori: le informazioni passano con difficoltà e spesso si sente di non avere gli estremi per prendere una decisione. Anche dopo non è stato possibile capire il motivo del rinvio. S. reagisce agitandosi e urlando, dicendo di voler andar via. Il reparto entra in allerta. Ci avviciniamo a lui con alcuni infermieri. Ascoltiamo le sue ragioni, la sua rabbia, la sua stanchezza. Aspettare un giorno in più a S. sembrava un tempo infinito, che lo precipitava in una forte inquietudine. Un infermiere gli parla dei modi di dimissione adottati nel reparto e del rischio di altri rimandi per quelle esplosioni di rabbia. La relazione che abbiamo proposto a S. gli ha permesso di recuperare un contesto pensabile, un rapporto in cui stare; si è tranquillizzato e ha aspettato.

*Una riorganizzazione per intensità di cure a Massa Carrara: partecipare al cambiamento*⁸

Un aumento di richieste di intervento

Negli ultimi due anni l'Ufficio Relazioni con il Personale (Urpe) della ASL1 di Massa Carrara, Regione Toscana (una responsabile, due specialisti a contratto, un tirocinante, tutti con formazione psicologica) ha registrato un incremento di richieste dei direttori di Unità Operativa dell'Ospedale a intervenire sia su difficoltà relazionali tra operatori e pazienti/familiari, sia su situazioni altamente conflittuali tra operatori sanitari.

In alcuni casi l'intervento è consistito nel partecipare alla vita dell'UO per almeno una giornata a settimana. Lo psicologo ha osservato e ascoltato, senza prendere altre iniziative, sia per capire cosa stava accadendo che per assistere gli operatori sanitari nelle loro questioni. Tale posizione, che continuava per altro a essere richiesta dagli operatori, ha permesso loro di prendere parola per dire e dirsi le loro difficoltà (a volte lo psicologo partecipava a una riunione, a volte veniva richiesto di un colloquio); solo successivamente lo psicologo ha iniziato a dire alcune ipotesi su quanto andava

⁸ A cura di Michela Zanetti, Anna Lalli, Gianfranco Bontempi

osservando, sempre sostenuto dalla domanda degli operatori che man mano è andata evolvendo.

Le “difficoltà relazionali e la conflittualità” sono state esplorate entro la relazione con il personale per condividere interpretazioni delle situazioni a cui si partecipava e renderle pensabili anche entro un sentimento di così forte criticità. Ciò ha comportato un’attitudine molto esplorativa, non riferita a “buone prassi” definite a priori, né alla proposta di un setting che tutelasse la tecnica dello psicologo; la possibilità esplorativa è stata resa possibile dall’assunzione di categorie psicologico cliniche che leggessero le relazioni in crisi e permettessero di comprenderle.

Come pesci in un acquario

Riportiamo alcune frasi emozionalmente dense raccolte nei reparti: “Ci sentiamo come pesci in un acquario”. “La commessa della coop ne sa più di me della riorganizzazione sanitaria toscana”. “Quando entro dentro quest’ospedale sento la desolazione”. “Noi eravamo una famiglia”. “Prima o poi salto le barricate”. “Non so se mi riconfermano”. “Io me ne vado”. “Verremo cancellati come reparto”. “Non abbiamo più vita privata, ormai ci richiamano anche dalle ferie”. “Io non so se ne sono capace con tutte queste procedure”. “Presi da tutti questi cambiamenti non vediamo più la sofferenza dei pazienti”. Un ex primario, destituito, dice: “Io so che il problema sono io, io che qui ho scelto anche le mattonelle”.

Emergono vissuti di perdita dell’appartenenza, di sentirsi chiamati a una totale e impossibile disponibilità e passività, di espropriazione, di annichilimento. Vediamo alcuni elementi di contesto che possono aiutarci a capire.

Nel 2010 l’ASL1 ha subito un crack finanziario. Per far fronte al “maxi buco” di 400 milioni di euro e all’arresto del direttore amministrativo (e commissario straordinario) ha avviato tagli dei servizi, uno stop delle assunzioni, una chiusura dei contratti con i consulenti, una riduzione della spesa farmaceutica. Entro quest’ondata di tagli non viene promossa nessuna iniziativa per spiegare agli operatori e ai cittadini come ci si sta muovendo. Al tempo stesso un ordine di servizio richiede a tutti gli operatori di non comunicare con la stampa. La risposta del personale sanitario è stata di rifiutare ogni cambiamento, che nel vuoto di partecipazione è vissuto come insensato; abbandonato alle fantasie del personale, esso viene percepito solo come persecutorio e ingiusto.

Al tempo stesso inizia la costruzione dell’Ospedale Unico Apuano (NOA) entro la riorganizzazione del sistema ospedaliero della Regione Toscana, che coinvolge tre province: Pistoia, Prato e Massa Carrara e che comporta la fusione dei 2 presidi ospedalieri di costa e dei 2 dell’entroterra. La riorganizzazione è “per intensità di cure”; accenniamo soltanto a alcune variabili in gioco: dal monospecialismo al polispecialismo, dal tipo di patologia alla gravità del caso, dalla degenza al processo clinico e assistenziale. Si tratta di un cambiamento radicale basato sul passaggio da una cultura centrata sull’appartenenza alla UO a una centrata sulla capacità di integrazione di appartenenze plurime. Anche questo rilevante cambiamento non è stato partecipato e sembra essere stato pensato a prescindere dalla cultura locale, entro un vissuto di “imposizione”.

Sembra che la premessa implicita sia che il potere di decidere sia necessario e sufficiente per programmare cambiamenti. Di fatto l’ignoramento della cultura e della necessità di trattarla con altre modalità di relazione, partecipative, si traduce nelle “difficoltà relazionali e l’alta conflittualità” per le quali siamo stati chiamati a intervenire. In assenza di una rappresentazione partecipata gli operatori vivono il NOA come “nemico”: il conflitto con il persecutore è un modo di organizzare rapporti minacciosi perché troppo confusi; trovare il nemico risolve la mancanza di senso. Ma questo precipita il personale in un atteggiamento di passività e rabbia che impedisce di immaginare il NOA anche come opportunità e sviluppo. L’obiettivo del nostro lavoro è promuovere pensiero su quanto sta accadendo, partendo dalla comprensione della emozionalità agita nella prassi osservata nelle UO.

Bibliografia

- Carli, R. (2013). Psicologia clinica e Ospedale – Introduzione al tema. *Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica, 1*, 55-62.
- Atzori, E., & Cinalli, S. (2013). L'intervento psicologico clinico sul rischio psicosociale entro l'A.C.O. San Filippo Neri. *Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica, 1*, 63-66.