

## **The development of attention towards the subjectivity of the patient: An indicator for a low level of psychosocial risk**

*Elisabetta Atzori*<sup>\*</sup>, *Silvia Policelli*<sup>\*\*</sup>, *Risia Fiorentino*<sup>\*\*\*</sup>, *Valentina Bua*<sup>\*\*\*\*</sup>, *Rossella Valotta*<sup>\*\*\*\*</sup>

### *Abstract*

The article puts forth a reflection on different models of clinical psychological intervention for health workers to prevent psychosocial risk and develop attention towards the subjectivity of patients. Firstly, the article presents a review of other interventions carried out on the same theme, in partnership with other services, through the practice of a psychological function of upkeep of two-part relationships (health workers and patients) and the use of innovative settings. Both presented interventions refer to the sepecific contexts of Neonatology and Oncology.

*Keywords:* psychosocial risk; health worker; patient; neonatology; oncology.

---

\* Dirigente psicologa, SPPR, Ospedale San Filippo Neri di Roma.

\*\* Psicologa, specializzanda in Psicoterapia Psicoanalitica. Intervento psicologico clinico e analisi della domanda presso SPS, Roma.

\*\*\* Psicologa tirocinante post lauream presso SPPR Ospedale San Filippo Neri di Roma.

\*\*\*\* Psicologhe volontarie UOC Oncologia Ospedale San Filippo Neri di Roma.

Atzori, E., Policelli, S., Fiorentino, R., Bua, V., & Valotta, R. (2016). The development of attention towards the subjectivity of the patient: An indicator for a low level of psychosocial risk. *Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 47-54. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it/quaderni>

## **Lo sviluppo dell'attenzione alla soggettività del paziente: Un indicatore di basso livello di rischio psicosociale**

***Elisabetta Atzori<sup>\*</sup>, Silvia Policelli<sup>\*\*</sup>, Risia Fiorentino<sup>\*\*\*</sup>, Valentina Bua<sup>\*\*\*\*</sup>, Rossella Valotta<sup>\*\*\*\*</sup>***

### *Abstract*

L'articolo sviluppa una riflessione sui modelli di intervento psicologico clinico rivolti agli operatori sanitari per la prevenzione del rischio psicosociale e lo sviluppo dell'attenzione alla soggettività dei pazienti. In premessa viene proposta una sintesi degli altri interventi effettuati sullo stesso tema, in partnership con altri servizi, attraverso l'esercizio di una funzione psicologica di manutenzione del rapporto tra due parti (operatori e pazienti) e l'utilizzo di setting innovativi. I due interventi presentati si riferiscono ai contesti specifici di Neonatologia e Oncologia.

*Parole chiave:* rischio psicosociale; operatore sanitario; paziente; neonatologia; oncologia.

---

\* Dirigente psicologa, SPPR, Ospedale San Filippo Neri di Roma.

\*\* Psicologa, specializzanda in Psicoterapia Psicoanalitica. Intervento psicologico clinico e analisi della domanda presso SPS, Roma.

\*\*\* Psicologa tirocinante post lauream presso SPPR Ospedale San Filippo Neri di Roma.

\*\*\*\* Psicologhe volontarie UOC Oncologia Ospedale San Filippo Neri di Roma.

Atzori, E., Policelli, S., Fiorentino, R., Bua, V., & Valotta, R. (2016). Lo sviluppo dell'attenzione alla soggettività del paziente: Un indicatore di basso livello di rischio psicosociale [The development of attention towards the subjectivity of the patient: An indicator for a low level of psychosocial risk]. *Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 47-54. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it/quaderni>

## **Premessa<sup>1</sup>**

Raccogliamo di seguito due relazioni presentate in un seminario tenutosi a ottobre 2015 in partnership tra Ospedale San Filippo Neri di Roma e Studio di Psicopsicologia (SPS). Il tema proposto è lo sviluppo dell'attenzione alla soggettività del paziente quale indicatore di culture a basso rischio psicosociale, in che modo attivare una funzione psicologica finalizzata a prevenire il rischio dell'operatore e un orientamento al cliente.

Di questo argomento ci siamo occupati anche in due seminari<sup>2</sup>, occasione di confronto con esperienze di intervento psicologico in altri ospedali romani, Ospedale Santo Spirito in Saxia e Ospedale Fatebenefratelli Isola Tiberina (Atzori & Cinalli, 2013; Brescia et al., 2013; Cafaro et al., 2013; Carli, 2012; Carli, 2013a; Carli, 2013b).

Per quanto riguarda il San Filippo Neri l'interesse per questo tema s'inserisce nell'ambito di diverse iniziative, finalizzate a prevenire e intervenire sul rischio psicosociale, avviate nel 2008 dal Servizio Prevenzione e Protezione Rischi (SPPR) del San Filippo Neri ed SPS, con una valutazione che permise di individuare le culture a rischio presenti in ospedale (Carli et al., 2012).

Dal 2008 ad oggi abbiamo effettuato diverse attività (Atzori, 2010; Atzori, 2012; Brescia & Mazzeo, 2012; Cinalli, 2012; Giacchetti, 2014; Lisci, 2009; Sarubbo, 2012). Alla valutazione che ci ha portato ad individuare le culture a rischio sono seguiti dei corsi di formazione nelle unità operative più a rischio: Pronto Soccorso, Ostetricia e Ginecologia, Neonatologia, Cardiologia e Poliambulatorio. Successivamente sono stati attuati interventi sul campo entro alcune di queste unità: Pronto Soccorso, Poliambulatorio e Neonatologia. Interventi che ci hanno portato a confrontarci con diversi casi, a constatare la presenza di questioni che l'ospedale pone al territorio e viceversa, e ad intraprendere nel 2014, con SPS, l'università ed altri servizi sanitari, una ricerca con l'obiettivo di esplorarle, attraverso la raccolta e l'analisi testuale di interviste realizzate con operatori sanitari, amministratori di sostegno e cittadini<sup>3</sup>.

Il lavoro di valutazione, formazione e intervento sul rischio psicosociale ci ha portato a cogliere la rilevanza, per il mondo sanitario, della separazione tra fatti e vissuti. Il mondo sanitario si occupa di fatti, la soggettività del malato, il vissuto di malattia, non essendo di pertinenza della scienza medica, lascia aperto il problema del destino dei vissuti che caratterizzano l'esperienza dei pazienti e dei familiari. Che fine fanno i vissuti? Spesso i malati se li tengono per sé, altre volte prendono strade diverse ed ai vissuti trattenuti si sostituiscono critiche rabbiose in merito a tutto ciò che nel mondo sanitario è concesso discutere: la diagnosi, la terapia..., i fatti per l'appunto.

È in questo ambito che si inserisce la funzione psicologica entro le strutture sanitarie e l'intervento sul rischio psicosociale.

Con la collaborazione di diversi psicologi tirocinanti, specializzandi SPS, abbiamo proposto una strategia di intervento psicologico volta ad affiancare la competenza medico-sanitaria del trattare i fatti alla competenza psicologica del trattare i vissuti.

In questi anni abbiamo avviato e continuiamo a portare avanti quella che abbiamo chiamato "manutenzione" dell'incontro tra due parti (personale sanitario/pazienti-familiari), sia affiancando in alcuni casi il personale nell'orientare l'utenza, sia condividendo strumenti di lettura per ridare senso alla relazione quando stavano per verificarsi incidenti tra personale ed utenti.

Se la valutazione ci aveva portato a rilevare le unità a rischio, la formazione e gli interventi sul campo ci hanno portato a sostenere l'ipotesi che rischio psicosociale e conflittualità siano più alti dove la trasformazione dell'utente in paziente è meno compiuta ed emerge maggiormente la sua soggettività: è il caso della Neonatologia, dove a un paziente totalmente affidato come il neonato si affiancano in modo inscindibile i genitori, che pazienti non sono; è anche il caso dell'Oncologia e di tutte quelle unità operative dove col rischio di morte elevato ritorna l'interessa della persona e la sua soggettività, che mettono in crisi la possibilità di trattare l'utente come paziente.

In queste situazioni abbiamo individuato una funzione psicologica entro setting innovativi per la psicologia, non la classica stanza nella riservatezza del colloquio, bensì le sale d'attesa e i corridoi, nelle situazioni di disorientamento e di ricerca di informazioni da parte dell'utenza, in quelle di emergenza e negli orari di visita dei familiari. Tutte situazioni nelle quali lo psicologo si occupa di cogliere le attese dei pazienti per trattarle e farne occasione di confronto col personale. Confronto sul campo, negli spazi a margine dell'attività specificamente sanitaria, dove ci si incontra tra psicologhe e operatori e si instaura un rapporto di

<sup>1</sup> A cura di Elisabetta Atzori. E-mail: elisabetta.atzori@asl-rme.it

<sup>2</sup> Laboratorio Psicologia e Ospedale (22 Marzo 2013) e Seminario Psicologia e Ospedale (22 Ottobre 2013).

<sup>3</sup> La ricerca è pubblicata sul n. 1 del 2016 della *Rivista di Psicologia Clinica*.

fiducia. Confronto che in qualche circostanza ha portato a convenire l'utilità di trovare uno spazio più stabile nel tempo e nello spazio, passando ad un setting dedicato. È il caso dei due interventi formativi relazionati in questo articolo.

In tutti i casi, sia l'attività formativa che sul campo, abbiamo lavorato per accompagnare il personale a cogliere e trattare le domande dei pazienti e dei familiari, intendendo per domande, vissuti e soggettività del paziente non i bisogni individuali delle persone. Intendere questo significherebbe rapportarsi ad un pozzo senza fondo, all'impossibilità di soddisfare le fisime di ognuno: tempi d'attesa più brevi, puntualità, possibilità di scegliere il medico che ti visita e chi più ne ha ne metta ... Piuttosto stiamo facendo riferimento a domande, vissuti e soggettività contestualizzate in una cultura e quindi trattabili.

### ***Il Progetto Formativo: “La relazione operatori-genitori in Neonatologia: criticità e sviluppi possibili”<sup>4</sup>***

Da marzo a giugno 2015, SPPR e Neonatologia del San Filippo Neri hanno collaborato, entro l'intervento sul Rischio Psicosociale, al Progetto Formativo: “La relazione operatori-genitori in Neonatologia: criticità e sviluppi possibili”, condotto da Elisabetta Atzori (psicologa SPPR) con la mia collaborazione come specializzanda di una scuola di psicoterapia (SPS).

Come detto in premessa la Neonatologia, prevedendo la costante presenza di utenti "non pazienti", come i familiari delle persone ricoverate, rappresenta una delle unità a forte rischio psicosociale. La complessità del rapporto con i genitori è stata all'origine, circa due anni fa, della richiesta a SPPR di capire il senso di alcuni eventi conflittuali avvenuti tra famiglie dei neonati e operatori. Ne deriva un intervento per il quale due specializzande SPS – una ero io – sono state presenti in reparto, in particolare durante l'orario d'ingresso dei genitori, cooperando a mantenere il rapporto con loro: sia spiegandogli cosa stava accadendo mentre gli operatori erano impegnati ad effettuare interventi senza la possibilità di parlargli, sia condividendo ipotesi con gli operatori su quanto stava accadendo entro la relazione. Nel corso dell'intervento, per meglio definire strategie per far fronte ai problemi, emerge il reciproco interesse, di SPPR e Neonatologia, a trovare uno spazio per ripensare quanto si andava condividendo, anche fuori dalla quotidianità del lavoro in reparto. Di qui il progetto formativo di cui parlo.

### ***Questioni emerse nella formazione***

Ricordiamo in premessa gli attuali, importanti cambiamenti: la chiusura della Terapia Intensiva Neonatale e l'unificazione con Neonatologia del Santo Spirito. Va ridefinito il servizio offerto: da un lato non più orientato al neonato altamente critico, ma soprattutto a quello sano, dall'altro in condivisione con un altro ospedale. Questioni importanti, a cui si lavora tramite l'analisi di casi. Soprattutto emerge la difficoltà, per altro già riscontrata nei precedenti interventi, di far convivere l'invarianza delle procedure sanitarie con la variabilità e imprevedibilità dei vissuti delle famiglie utenti. Questo porta a non occuparsi del rapporto con loro e ad attendersi, da parte degli operatori, che i familiari vivano un totale affidamento al servizio e si condivida la centratura sulle procedure sanitarie e la cultura sanitaria. Un sintomo di questo è che si suppone che l'informazione attesa dall'utenza sia esclusivamente in rapporto alle procedure sanitarie – che si chieda della diagnosi, che si chieda delle terapie – e non ci si occupi mai del tipo di relazione che si sta vivendo: se comunico che sono attento a te, familiare o paziente, che ti vedo. Al tempo stesso l'occuparsi del rapporto tagliato fuori non aumenta solo la soddisfazione delle famiglie, ma anche quella degli operatori: la loro soddisfazione è interdipendente, come vedremo da un caso che propongo.

### ***Il rooming in notturno. “Signora come va?”***

Vediamo un caso implicante la riorganizzazione di alcune prassi da condividere con il Santo Spirito: il *rooming in notturno*. Si tratta di un servizio che dà la possibilità alle madri di tenere con sé il bambino sano e appena nato, per favorire l'allattamento al seno e l'instaurarsi del legame con lui. Il *rooming in* prevede che il bambino sia affidato alla madre notte e giorno. Il nido ricovera il neonato sano su autorizzazione del medico. Attraverso l'analisi dei casi, emerge come sia complesso rendere operativa questa “buona prassi”. La sua potenziale utilità è indubbia, ma la sua attuazione non è scontata. Alcune madri, anche dopo un parto difficile, vogliono rimanere con il loro bambino. Altre chiedono di riposare; possono essere sfinite e

---

<sup>4</sup> A cura di Silvia Policelli.

preoccupate di non riuscire ad alzarsi per allattare o cambiare il bambino; ma possono anche avere difficoltà ad assumere immediatamente il ruolo di madre.

Gli operatori parlano dei diversi approcci sperimentati nel proporre il *rooming in*. Ci sono episodi dove viene dato per scontato che i genitori si affidino al servizio come fosse una procedura sanitaria, da seguire come una prescrizione. Una coppia ha appena avuto un bambino con parto faticoso. Finito l'orario di visita, il padre chiede che qualcuno porti il figlio al nido: la moglie è stanca, fatica ad alzarsi, vorrebbe dormire, lui sta per andarsene. L'infermiera taglia corto e dice che il nido non c'è. Il padre arrabbiato risponde che parlerà con la direzione dell'ospedale: come è possibile che non ci sia il nido. Dopo alcune ore, nel turno infermieristico successivo, il bambino viene portato al nido; l'episodio crea molta tensione. In altri casi, durante il giro serale l'infermiere si accosta ai letti e chiede: "Signora, come va?". In alcuni casi potenzialmente critici, trovano un accordo con la mamma, proponendole di provare a tenere il bambino, ma assicurandole al contempo che passeranno ogni ora per vedere "come va" e dicendole che può chiamare per qualsiasi esigenza. Emerge che il *rooming in* è proposto entro un continuum che va dall'assimilarlo a una procedura sanitaria, entro la quale dire che il nido non c'è non è così strano come sembra, all'occuparsi della relazione: della madre con il bambino, ma anche del servizio con la coppia madre-bambino. Ricordiamo – questo è importante – che non c'è solo la stanchezza fisica delle madri. Occupandosi del vissuto della madre vengono proposti vicinanza e interesse per un'esperienza in cui può anche non essere stanca, ma può essere disorientata, angosciata e sola. Pensiamo al conflitto che può vivere una neo madre rispetto alle attese del contesto di essere, immediatamente e univocamente, felice per l'evento e amorevole verso il figlio, capace di occuparsene, mentre sappiamo come si possano vivere incertezze e conflitti molto angosciosi sui propri sentimenti, se sentiti non conformi alle attese. L'interesse per il vissuto delle madri permette di condividere obiettivi con le neomamme, quindi di perseguirli. Obiettivo del *rooming in*, infatti, non è che la madre tenga con sé il bambino, ma di facilitare il rapporto tra madre e figlio.

### ***Il Progetto formativo: "La relazione infermiere-paziente nel Day Hospital di Oncologia"*<sup>5</sup>**

Da novembre 2014 a maggio 2015, SPPR e Oncologia del San Filippo Neri hanno collaborato, entro l'intervento sul Rischio Psicosociale, al Progetto Formativo rivolto alla coordinatrice e al personale infermieristico del DH Oncologico dal titolo: "La relazione infermiere-paziente nel DH di Oncologia", condotto da Elisabetta Atzori (psicologa SPPR) con la collaborazione di noi tre: Risia Fiorentino (in qualità di psicologa tirocinante post-lauream presso l'Unità Operativa Prevenzione e Protezione Rischi), Valentina Bua e Rossella Valotta, psicologhe volontarie dell'AIMaC (Associazione Italiana Malati di Cancro). Associazione che da anni è presente nell'unità di oncologia con lo scopo di accogliere i bisogni informativi del paziente oncologico e dei suoi familiari su diverse questioni riguardanti vari aspetti della malattia.

Nella ricerca sul rischio psicosociale avviata nel 2008 (Carli et al., 2012) l'Oncologia si distinse dalle altre unità: nella sua cultura furono rilevati solo modesti segni di rischio. Una sorta di isola funzionante, entro un contesto ospedaliero con rischio più elevato. In Oncologia fu rilevata la consapevolezza di un lavoro complesso a contatto con malattie difficili e talvolta incurabili, ma anche di un lavoro vissuto come organizzabile efficientemente entro la propria struttura di appartenenza. Questa cultura si differenziava da quella del resto dell'ospedale, in quanto metteva l'accento sui problemi di competenza specifica del lavoro del sanitario: problemi derivanti dal confronto con malattie che portano a rapportarsi con la morte, con il fallimento dell'intervento medico. Per questo motivo si è sempre sotto tensione, ma è una tensione che orienta a essere attenti e coesi. In questo caso la tensione non è una minaccia come avviene in altre culture dell'ospedale, dove lo è a livello professionale (dai malati e dai familiari), organizzativo (dai turni e dai carichi di lavoro) e istituzionale (dalla magistratura incumbente). A partire dal 2011 nelle unità dove erano state rilevate culture molto rischiose sono stati effettuati diversi interventi psicosociali. In Oncologia non sono stati fatti interventi, poiché come abbiamo detto il rischio psicosociale rilevato era di modesto livello.

Il corso di formazione di cui vi parliamo nasce dalla domanda, portata a SPPR alla fine del 2014 dal gruppo infermieristico del DH Oncologico, di approfondire una questione: come farsi carico delle resistenze nei confronti della cura da parte del paziente oncologico? Attraverso il corso è stato possibile iniziare a lavorare sul rischio psicosociale portato dall'oncologia: il rapporto con la fallibilità della cura.

### ***Questioni emerse nella formazione***

---

<sup>5</sup> A cura di Risia Fiorentino, Valentina Bua e Rossella Valotta.

Siamo partiti dalle questioni che i partecipanti ci hanno chiesto di analizzare, lavorandoci attraverso l'analisi di casi. Come quello del paziente che chiedendo delucidazioni sulla terminologia tecnica utilizzata: “*Scusi mi sa dire cosa vuol dire K-polmonare*”? crea imbarazzo nell'operatore su quanto e come dire; oppure quello del paziente che chiedendo un'opinione su trattamenti alternativi alla chemioterapia, implicitamente mette in discussione la bontà della terapia. In entrambi i casi la richiesta di informazioni da parte dei pazienti è vissuta come problematica, perché porta a confrontarsi con i limiti della cura, frustranti e difficili da tollerare. In particolar modo è sentito come provocatorio il ricercare cure alternative, percepito come diffidenza nei confronti delle cure somministrate e in competizione con queste. Pur scegliendo, di curarsi in ospedale, molti pazienti lo fanno dentro continui dubbi sia sull'istituzione che sulle terapie e mai fidandosi completamente. Dal canto loro, gli infermieri spesso sentono di dover rinunciare a “relazioni autentiche”, ovvero patiscono vissuti di finzione, talvolta in collusione con i pazienti o familiari che sembrano chiedere o chiedono esplicitamente di nascondere la gravità della realtà. Falsità complessa da sostenere soprattutto nei casi di insuccesso e di peggioramento, e che nasconde la paura di affrontare la tematica della morte, quale aspetto con cui è impossibile rapportarsi, imm modificabile, davanti al quale ci si sente impotenti e senza strumenti ma anche davanti al quale non ci si vorrebbe arrendere.

Nel corso degli incontri si recuperano sia le motivazioni al lavoro degli infermieri che i vissuti dei pazienti; questo ha permesso di riconsiderare le une e gli altri da un diverso punto di vista. È stato possibile cogliere che se l'utente chiede informazioni, non è interessato in primo luogo a giudicare le conoscenze dell'infermiere per metterlo in scacco, ma è motivato dalla necessità di orientarsi in un contesto nuovo, rispetto ad un percorso incerto; soprattutto, vuole sapere che relazione può avere con il personale sanitario. Chiedere, ma anche provocare il personale, sono modi con cui l'utenza riprende potere non solo su una malattia che spaventa, ma anche per rendersi visibili in un contesto che spesso non dà riscontri rassicuranti in questo senso.

Si sono recuperati anche desideri e programmi di vita di pazienti che sembrano voler ricordare come sia possibile arrivare alla morte come persone pienamente vive, progettando ancora, godendo il tempo ancora a disposizione.

### ***Fare i conti con i limiti: la paziente vampiro***

Il vissuto di pretesa percepito dagli infermieri nei pazienti, in nome della malattia grave, è stato ripreso attraverso un caso emblematico. È il caso di C., “la paziente vampiro”, come è stata definita all'interno del corso, per i vissuti predatori provati nella relazione con lei dagli operatori. C. è una paziente cosiddetta “lungo sopravvivate”, che combatte con il cancro da oltre 13 anni. Inizialmente, dopo la chemio ci fu una remissione: 4 anni senza malattia; finché si scopre una recidiva che la costringe di nuovo ad affrontare un lungo percorso terapeutico. Secondo gli infermieri C. è una paziente che indubbiamente “vuole essere vista”, e che catalizza su di lei le attenzioni dell'intera équipe: vuole essere visitata da “quel medico”, anche quando si sa bene che ciò non è sempre possibile, pretende che l'attesa tra la visita e l'inizio della chemio sia breve perché altrimenti “le viene l'ansia”, non vuole farsi mettere l'ago e vuole che la psicologa dell'AIMaC le stia accanto per tutta la durata della terapia. Emerge che nel rapporto con questa paziente gli infermieri utilizzano modalità differenti, entro un continuum che va dal rifiuto della relazione assecondandola o rimproverandola, all'occuparsi della relazione accettando di non risolvere l'ansia della paziente ma di contenerla.

Occuparsi del vissuto della paziente ha significato accettare di non poterla cambiare risolvendole il problema entro un sentimento di onnipotenza, riconoscendo i propri limiti contestuali e organizzativi e facendo riferimento a degli obiettivi perseguibili.

### ***Bibliografia***

Atzori, E. (2010). Come si scambia tra scuola e servizi e tra servizi e clienti: Il tirocinio nel Servizio Prevenzione e Protezione Rischi di un'Azienda Ospedaliera [Modes of exchange between schools and services and between services and clients: Traineeships in Risk prevention and protection services in a Hospital]. *Rivista di Psicologia Clinica, Supplemento 1 al n.1*, 1-4. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>

- Atzori, E. (2012). La funzione psicologica in un Servizio Prevenzione e Protezione Rischi: La valutazione del rischio da stress lavoro-correlato/rischio psicosociale come occasione per sviluppare un orientamento al cliente [The psychological function in a Risk Prevention and Protection Service: The assessment of work-related stress risk/psychosocial risk as occasion to promote client orientation]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 44-48. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>
- Atzori, E., & Cinalli, S. (2013). L'intervento psicologico clinico sul rischio psicosociale entro l'A.C.O. San Filippo Neri [Clinical psychological intervention on psychosocial risk in the A.C.O. San Filippo Neri]. *Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 63-66. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it/quaderni>
- Brescia, F., & Mazzeo, G. (2012). La valutazione del rischio psicosociale in ospedale [Psychosocial risk assessment in Hospital]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 63-75. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>
- Brescia, F., Cafaro, B., Civitillo, A., Crisanti, P., Giacchetti, V., Girardi, D. ... Viola, C. (2013). Otto esperienze di intervento psicologico clinico entro Unità Operative ospedaliere e di assistenza domiciliare riabilitativa [Eight experiences of clinical psychological interventions in Hospital operational units and rehabilitative domiciliary assistance]. *Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica*, 2, 12-25. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it/quaderni>
- Cafaro, B., Civitillo, A., Bontempi, G., Giacchetti, V., Lalli, A., Lopolito, L. ... Zanetti, M. (2013). Laboratorio su psicologia clinica e ospedale: Il rapporto tra domanda di cura e risposta dell'organizzazione ospedaliera [Laboratory of clinical psychology and hospitals: The relationship between demand for cure and the hospitals' responses]. *Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 67-79. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it/quaderni>
- Carli, R. (2012). Il tirocinio in ospedale [Hospital traineeship]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 4-20. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>
- Carli, R. (2013a). Psicologia clinica e Ospedale – Introduzione al tema [Clinical psychology and Hospitals – introduction]. *Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 55-62. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it/quaderni>
- Carli, R. (2013b). L'intervento psicologico in Ospedale [Psychological interventions in Hospitals]. *Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica*, 2, 3-11. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it/quaderni>
- Carli, R., Paniccia, R.M, Atzori, E., Cinalli, S., Brescia, F., Mazzeo, G. ... Dolcetti, F. (2012). Il rischio psicosociale in un Ospedale romano: Il rapporto tra Cultura Locale e soddisfazione nell'Azienda Complesso Ospedaliero San Filippo Neri [Psychosocial risk at a Hospital in Rome: The relationship between Local Culture and satisfaction at San Filippo Neri Hospital Complex Authority]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 76-90. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>
- Cinalli, S. (2012). Il Servizio Prevenzione e Protezione Rischi: Quadro normativo di un sistema di sicurezza globale [The Prevention and Protection Risk Service: The regulatory framework of a comprehensive security system]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 42-43. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>

- Giacchetti, V. (2014). La funzione psicologica entro un contesto che lavora con l'urgenza: Il Pronto Soccorso dell'Azienda Complesso Ospedaliero San Filippo Neri [The psychological function in a context which works within urgency: The emergency room of the San Filippo Neri Hospital Complex Authority]. *Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 51-64. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it/quaderni>
- Lisci, E. (2009). La funzione psicologica entro il contesto ospedaliero come competenza a pensare le relazioni: Un servizio di prevenzione e protezione dai rischi [The function of psychology in the hospital context as the competence of thinking about relations: A risk prevention and protection]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 30-32. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>
- Sarubbo, M. (2012). La funzione psicologica nel Servizio di Prevenzione e Protezione Rischi: Adempiere a un obbligo di legge o sviluppare competenza organizzativa? [The psychological function in Risk Prevention and Protection Service: Perform regulatory requirements or develop organizational competence?]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 34-41. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>