

From the body to the psyche: An observational study about hospitalization

Lo Cascio Gelsomina^{*}, *Cozzolino Raffaella*^{*}, *Giordano Antonio*^{**}, *Silvestri Nicola*^{***}, *Maiorino Cosimo*^{****}, *Vito Alberto*^{*****}

Abstract

Hospitalization is a critical event that significantly influences the quality of life, because it represents a great source of stress, as physical as mental. The purpose of this observational study was to evaluate the perception of hospitalization's experience in patients admitted to "Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale dei Colli – Ospedale CTO", Naples. Our results show the importance of health care not only from a physical point of view healing organic disease, but also by an psychological approach.

Keywords: psychological support; stress; satisfaction; hospitalization; somatization

* Psicologa volontaria U.O.S.D. Psicologia Clinica A.O.R.N. Ospedali dei Colli, Napoli.

** Direttore Generale A.O.R.N. Ospedali dei Colli, Napoli.

*** Direttore Sanitario Aziendale A.O.R.N. Ospedali dei Colli, Napoli.

**** Direttore Medico di Presidio Ospedale C.T.O., A.O.R.N. Ospedali dei Colli, Napoli.

***** Responsabile U.O.S.D. Psicologia Clinica A.O.R.N. Ospedali dei Colli, Napoli.

Lo Cascio, G., Cozzolino, R., Giordano, A., Silvestri, N., Maiorino, C., & Vito, A. (2014). Dal corpo alla psiche: indagine sulla percezione della qualità dell'ospedalizzazione [From the body to the psyche: An observational study about hospitalization]. *Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica*, 2, 112-123. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it/Quaderni>

Dal corpo alla psiche: indagine sulla percezione della qualità dell'ospedalizzazione

Lo Cascio Gelsomina *, *Cozzolino Raffaella* *, *Giordano Antonio* **, *Silvestri Nicola* ***, *Maiorino Cosimo* ****, *Vito Alberto* *****

Abstract

L'ospedalizzazione può essere considerata un evento critico che modifica sensibilmente la vita della persona, in quanto rappresenta una grossa fonte di stress sia fisico che psicologico. A partire da tale considerazione, proponiamo uno studio per comprendere meglio la percezione dell'esperienza dell'ospedalizzazione da parte dei pazienti ricoverati presso l'ospedale C.T.O. dell'A.O.R.N. Ospedali dei Colli di Napoli. I risultati ottenuti dal nostro gruppo di lavoro sottolineano quanto sia importante la presa in carico del paziente non solo dal punto di vista medico, con la cura della patologia organica, ma anche dal punto di vista psicologico.

Parole chiave: supporto psicologico; stress; soddisfazione; ospedalizzazione; somatizzazione.

* Psicologa volontaria U.O.S.D. Psicologia Clinica A.O.R.N. Ospedali dei Colli, Napoli.

** Direttore Generale A.O.R.N. Ospedali dei Colli, Napoli.

*** Direttore Sanitario Aziendale A.O.R.N. Ospedali dei Colli, Napoli.

**** Direttore Medico di Presidio Ospedale C.T.O., A.O.R.N. Ospedali dei Colli, Napoli.

***** Responsabile U.O.S.D. Psicologia Clinica A.O.R.N. Ospedali dei Colli, Napoli.

Lo Cascio, G., Cozzolino, R., Giordano, A., Silvestri, N., Maiorino, C., & Vito, A. (2014). Dal corpo alla psiche: indagine sulla percezione della qualità dell'ospedalizzazione [From the body to the psyche: An observational study about hospitalization]. *Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica*, 2, 112-123. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it/Quaderni>

Premessa

Il sapere medico non prende in considerazione il malato quale persona capace di una soggettività che vive simbolicamente la relazione con il sistema sanitario e trasforma tale processo simbolico in un agito o in un pensiero fondante l'azione. Il malato, per il sistema sanitario, rischia di apparire un essere privo di soggettività, capace solo di riconoscenza per quanto viene fatto nel prendersi cura di lui. Come afferma Canguilhem (1966/1998) la soggettività del malato non è di pertinenza della scienza medica e rappresenta solo un elemento irrilevante per la prassi del medico, se non proprio di disturbo. Si tratta, come si può ben capire, di un rilievo importante per cogliere la relazione tra sistema sanitario e pazienti; ma anche tra sistema sanitario e sistema sociale (pazienti, familiari, e contesto dei pazienti), (Carli, 2013). Oggi possiamo approfondire le ragioni dell'affermazione per cui la soggettività del malato non può essere di pertinenza della scienza medica. Con l'avvento della medicina scientifica, la separazione tra fatti e vissuti si è proposta come centrale per la scienza e le prassi mediche. Ciò è particolarmente chiaro entro la "evidence-based medicine" (EBM). E' importante sottolineare come questa separazione tra fatti e vissuti sia centrale per la prassi medica, pur lasciando aperto il problema circa il destino dei vissuti che caratterizzano l'esperienza dei pazienti e dei loro parenti, nell'ambito del sistema sanitario. Ricordiamo che, per noi, il vissuto corrisponde alla simbolizzazione affettiva di un evento. Nel caso stesso simbolizza affettivamente la sua condizione di dipendenza. Intervenire sulle simbolizzazioni affettive comporta una specifica competenza, fondata sull'interpretazione delle dinamiche collusive che si strutturano tra chi è l'attore della simbolizzazione affettiva e chi interviene, entro tale relazione. L'intervento sulle simbolizzazioni affettive, quindi, implica la competenza di un "pensare emozioni". Ricordiamo, anche, come il contesto organizzativo entro il quale noi sperimentiamo le nostre esperienze è "costruito" dalle simbolizzazioni affettive tramite le quali noi le connotiamo (Carli, Paniccia, & Giovagnoli, 2010). Attualmente i progressi congiunti della medicina e della psicologia hanno creato le condizioni per una visione più ampia dell'assistenza alla persona malata. Infatti, la medicina è oggi in grado di curare molte patologie e di far assumere, ad altre, un tempo mortali, un decorso cronico, mentre la nostra disciplina ha consentito una sempre maggiore attenzione della componente soggettiva del paziente. Sta tramontando la concezione della malattia come singolo oggetto di cura a favore di un'ottica, globale e multiprofessionale, in cui la relazione con il paziente diventa il nodo centrale della cura. Questa trasformazione radicale, culturale prima ancora che tecnologica e di politica sanitaria, è attualmente in corso ma non pienamente realizzata. Siamo nel pieno della sua evoluzione dall'iniziale consapevolezza solo teorica di pochi verso un'implementazione operativa condivisa, che appare tuttavia procedere in modo lento e discontinuo (Vito, 2014).

C'è una nuova direzione di ricerca, la salutogenesi, che si occupa di studiare le fonti della salute fisica, psichica e spirituale. Il termine salutogenesi è formato dalla parola latina *salus* = salute e dalla parola greca *genesis* = origine, inizio, derivazione. La salutogenesi si occupa quindi delle "cause" della salute. Essa fonda in tal modo un nuovo paradigma, un nuovo modello nella direzione della ricerca medica. Il paradigma dominante in medicina negli ultimi trecento anni è stato quello della patogenesi. Questo termine si compone, analogamente a salutogenesi, di due parole greche: *pathen* = soffrire, e *genesis*. Il suo significato è dunque: l'origine della sofferenza, la causa della malattia. La patogenesi si occupa infatti di indagare le cause di malattia. Anche il concetto di prevenzione si è sviluppato secondo questa concezione: prevenire le malattie, nel senso della patogenesi, significa evitare o eliminare i fattori che sono causa di malattia. In una medicina che abbia quindi come paradigma dominante quello della patogenesi è dunque sempre in primo piano la questione di come sorge la malattia e di come essa possa essere evitata, eliminando i fattori causali. Il concetto di salutogenesi fu sviluppato già negli anni '60 del XX secolo in ambito anglosassone; ma solo in Germania, negli anni '90, esso ha cominciato ad essere considerato negli ambienti accademici e nelle politiche sanitarie (Antonovsky, 1997). Una delle cause di questo ritardo è senz'altro il fatto che la vecchia concezione fondata sulla patogenesi ha, per molto tempo, ricevuto una copertura finanziaria. Ma alla fine degli anni '90 l'esplosione dei costi del sistema sanitario e le conseguenti difficoltà finanziarie, hanno favorito a livello internazionale la sensibilità verso un nuovo concetto di salute, la salutogenesi appunto. Secondo questo nuovo modo di vedere la domanda fondamentale non è più: «Quali sono le cause della malattia, e come si possono prevenire?» bensì: «Quali sono le fonti della salute, come si crea, e come può essere rinforzata?». Qual è la differenza essenziale fra questi due concetti, quello di patogenesi e quello di salutogenesi? Nel modello salutogenetico l'elemento essenziale riguarda la capacità di adattamento, la

facoltà dell'uomo di confrontarsi con ciò che gli è estraneo, di sopportare i conflitti, e in questo confronto di rafforzarsi. Non si tratta solo di evitare lo stress, ma di imparare a sopportarlo.

Tra i contesti privilegiati di applicazione del nuovo paradigma di "salutogenesi" c'è sicuramente ai primi posti quello della realtà ospedaliera. La psicologia ospedaliera, ormai svincolata dal meccanicismo del "vecchio" modello clinico, trova oggi le sue radici teoriche nei principi della psicologia della salute, dai quali ha acquisito una propria configurazione concettuale facendo scaturire nuovi modelli operativi in ambito sanitario (Bertini, 1989; 2012).

L'ospedale rappresenta tuttora nell'immaginario collettivo il luogo di maggiore "riparazione" della malattia organica ed in tale contesto la psicologia trova una sua specifica collocazione, permettendo una visione più completa del sistema curante. Il ruolo della psicologia ospedaliera è legato in primis alla capacità di restituire spessore e complessità ad un paziente cui l'ospedale, per la sua tradizionale organizzazione derivante da un pensiero riduzionista e settorializzante, ha negato la dimensione biografica, affettiva e soggettiva. Infatti, la condizione di ricovero comporta spesso un forte disagio che dipende da fattori quali la separazione dal nucleo familiare, la necessità di adeguarsi ai nuovi ritmi istituzionali (spesso molto diversi da quelli quotidiani), la parziale rinuncia alla privacy, lo stato di inevitabile dipendenza altrui con conseguente perdita di autonomia personale. Il disagio connesso alla situazione contestuale ovviamente si aggiunge a quello provocato dall'alone emotivo suscitato dalla reazione alla condizione di malato e talvolta allo stato di forte dolore fisico. Il paziente, già colpito dalla malattia, deve affrontare diversi aspetti della sua nuova condizione: l'ospedale come ambiente fisico e sociale; il rapporto con il personale ospedaliero; l'allontanamento dalla propria famiglia e dai riti quotidiani; le paure e il conseguente bisogno di assicurazione ed infine i problemi psicologici legati alla malattia stessa. Ne consegue un impatto psicologico che si può manifestare con reazioni come ansia, aggressività, regressione, depressione e molto spesso con forme di somatizzazione.

E' accertato come ogni condizione di patologia organica comporti una quota di stress, individuale e familiare, cui si affianca uno stress aggiuntivo – a volte maggiore – connesso alle strategie con cui si affronta la malattia. Compito dell'intervento psicologico è quindi aiutare a ridurre il più possibile tale stress aggiuntivo, conseguenza indiretta della patologia. Un ulteriore elemento riguarda il rapporto "coscienza-inconscio". Anche quest'aspetto richiama profondamente l'esigenza di collaborazione tra diversi specialisti. Chi assume un punto di vista psicologico, riconosce quanto in un soggetto che viene ricoverato si attivino inevitabilmente dinamiche profonde che incidono sul processo di cura: ci sono spesso delle regressioni, il paziente è collocato in qualche modo in uno stadio più simile all'infanzia, di conseguenza variano il suo bisogno di protezione e assicurazione, ossia di essere in qualche modo riabbracciato, contenuto. L'ospedale, anche il più moderno e confortevole, induce sempre rispecchiamenti e rimanda alla condizione di essere malato, allontanato dal proprio contesto, in attesa di un percorso che può portare alla morte oppure alla salute (Bertini, 2012).

Aspetti consci e inconsci diventano dinamicamente importanti nel momento in cui si è ospedalizzati e si deve tener conto di essi nella cornice di collaborazione medico-psicologo. Un terzo elemento riguarda infine il dato secondo cui tutta la psicologia moderna è una psicologia relazionale, in quanto si costruisce sui rapporti. Di conseguenza, anche quando il malato entra in ospedale occorre prendersi cura di tutte le dinamiche relazionali in cui è inserito, facendo riferimento sia alle relazioni interne al sistema curante ed istituzionale, sia a quelle del sistema familiare, sia all'incontro fra i due suddetti sistemi.

A partire da tali considerazioni appare evidente la necessità di garantire un ruolo sempre più centrale al paziente ed ai suoi bisogni. Per tale motivo, ci è parso opportuno indagare, con il contributo di un'Associazione di Volontariato da anni presente nella specifica realtà ospedaliera, il grado di soddisfazione da parte dei pazienti ricoverati del trattamento ricevuto ed i loro suggerimenti per il miglioramento della qualità della degenza. Infatti, soltanto mettendosi in una posizione di ascolto attento dei bisogni dei pazienti e dei loro familiari è possibile realizzare concretamente la "personalizzazione" delle strutture sanitarie.

Descrizione del contesto

L'A.O.R.N. Ospedali dei Colli Monaldi-Cotugno-C.T.O. nasce nel 2010, con decreto della Regione Campania⁴, dalla fusione delle disciolte Aziende Ospedaliere V. Monaldi, ad indirizzo pneumo-cardiovascolare e chirurgico, 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 orto-neuro-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 conseguente diminuzione 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, cardiocirurgia, 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, la Direzione Aziendale ha scelto di dotarsi di un'Unità Operativa Semplice Dipartimentale (U.O.S.D.) di Psicologia Clinica - di cui è responsabile il dirigente che guidava l'unica U.O. di Psicologia presente in precedenza nei tre ospedali - per evidenziare l'importanza della presa in carico dei bisogni emotivi e del disagio psichico del paziente al pari delle patologie d'organo. Riguardo all'ospedale C.T.O., esso è nato negli scorsi decenni ed era originariamente monospécialistico, ma nel corso degli anni si è arricchito di altre discipline e specialità finalizzate ad assicurare al paziente il supporto necessario per superare un'assistenza limitata alla sola disciplina orto-traumatologica e riabilitativa. Infatti, negli anni '80 all'Unità Operativa di Oculistica si sono aggiunti gli Istituti Universitari (Neurochirurgia, Neurotraumatologia e Neuroradiologia) della Seconda Università degli Studi di Napoli; è stata poi istituita l'Unità Operativa di Urologia e si è completata la strutturazione dell'Ospedale con il trasferimento dal presidio ospedaliero "Elena d'Aosta" delle U.O. di Medicina e Chirurgia, ed annesso Pronto Soccorso. Nella seconda metà degli anni '90, il C.T.O., nel frattempo confluito nell'ASL NA 1, è stato poi arricchito dell'U.O. di Neurologia, nonché di un'area centrale multi specialistica di DH.

Il già citato Decreto Regionale 49 del 2010 ha consentito una riorganizzazione della rete ospedaliera, con cui il CTO è divenuto parte integrante dell'Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale (AORN) dei Colli "Monaldi-Cotugno-CTO", perdendo la funzione di Pronto Soccorso. Attualmente è in atto nell'Ospedale un ulteriore processo di riqualificazione dei percorsi diagnostici-terapeutici puntando a dare senso compiuto all'indirizzo neuro-ortopedico-riabilitativo che anche in passato lo ha caratterizzato, rafforzando la presenza delle U.O. di Riabilitazione che ora garantiscono il percorso riabilitativo non solo al paziente ortopedico ma anche ai pazienti cardiopatici, ed implementando l'area chirurgica. In tal modo, l'Ospedale ha "cambiato pelle". La Direzione Medica di Presidio coordina i processi organizzativi, rappresentando il tratto d'unione con la Direzione strategica, attenta sia agli aspetti etici che di umanizzazione delle cure, costituenti da sempre un preciso riferimento per l'intera Direzione Aziendale. In tal senso, promuove anche il coinvolgimento di Associazioni di Volontariato nel percorso assistenziale del malato e di supporto psicologico, consapevole della necessità di prenderci cura della persona ammalata, con il suo carico di angoscia e di problematiche sociali che si accompagnano inevitabilmente alla malattia. L'ammalato non ha scelto di essere ammalato.

La ricerca

La nostra ricerca nasce dal ritenere l'ospedalizzazione un evento critico che modifica sensibilmente la vita della persona, in quanto rappresenta una grossa fonte di stress sia fisico che psicologico. Da questa considerazione risulta necessario un cambiamento di approccio al malato. Talvolta, infatti, il personale ospedaliero si relaziona alla patologia, anziché alla persona, dimenticando e soprattutto sottovalutando il fatto che un successo terapeutico dipende anche dalle risorse e dal vissuto del soggetto. La proposta è un cambiamento da una visione tradizionalmente medica del concetto di malattia e di cura focalizzato sulla

⁴ vedi Decreto Regionale n. 49 del 27/09/2010 che riorganizza la rete ospedaliera della Campania, (<http://burc.regione.campania.it>).

patologia ad un approccio orientato alla salute e alla persona, con la presa di consapevolezza dei bisogni non solo fisici, ma anche psicologici e sociali, caratteristici di ogni singolo individuo.

Un primo passo preliminare, nel momento in cui noi psicologi siamo entrati in contatto con una nuova realtà ospedaliera⁵, che ci è parso ineludibile, è stato quello di ascoltare (con il prezioso tramite dell'Associazione "Koinè-Insieme con l'ammalato" e con il sostegno della Direzione Sanitaria dell'Ospedale) i bisogni dei pazienti ed il loro grado di soddisfazione del trattamento sanitario ricevuto, oltre che valutare l'eventuale presenza di disturbi psicologici.

Obiettivo

In merito alla nostra premessa, l'U.O.S.D. di Psicologia Clinica ha avviato uno studio per meglio comprendere la percezione dell'esperienza dell'ospedalizzazione da parte dei pazienti ricoverati presso l'ospedale C.T.O.

Metodo e partecipanti

Il campione è composto da 100 pazienti degenti presso l'ospedale C.T.O. dell'A.O.R.N. dei Colli di Napoli. Lo studio ha utilizzato:

- a) Un'intervista anamnestica caratterizzata da domande a risposta multipla con lo scopo di avere informazioni relative al sesso, età, titolo di studio, status, reparto in cui si è ricoverati e tempi di degenza dei nostri pazienti. Infine una serie di domande relative ai fattori che hanno influito ad affrontare meglio la malattia, cosa potrebbe aiutare ad affrontarla in maniera adeguata in futuro e la possibilità di proporre dei suggerimenti ai fini di migliorare il servizio offerto dall'ospedale tra cui l'utilità di beneficiare di un sostegno psicologico.
- b) Questionario CSQ-8 (Client Satisfaction Questionnaire, ideato da C. Clifford Attkisson) utilizzato per valutare il grado di soddisfazione dell'ospedalizzazione dei nostri pazienti.
- c) Questionario SCL 90 utilizzato per conoscere i vissuti sintomatologici legati all'esperienza dell'ospedalizzazione. La scala contiene 90 item che riflettono il distress psicopatologico in termini di 9 dimensioni sintomatologiche: somatizzazione, ossessività-compulsività, sensibilità ai rapporti interpersonali, depressione, ansia, ostilità, ansia fobica, ideazione paranoide ed infine psicotismo. La somministrazione dei questionari è avvenuta nell'arco di 6 mesi in forma anonima nella totale tutela della privacy, a cura dei volontari. La Ricerca ha ottenuto l'approvazione del Comitato Etico Aziendale.

Risultati e Discussione

In premessa, occorre ribadire che la ricerca si è avvalsa di questionari psicodiagnostici distribuiti nei vari reparti ospedalieri grazie alla collaborazione dell'Associazione di Volontariato Koinè-Insieme con l'ammalato⁶, attiva da molti anni presso il C.T.O. La presenza di un volontariato adeguatamente⁷ formato che

⁵ Prima della costituzione della neo Azienda, l'U.O. di Psicologia era collocata nell'Ospedale Cotugno e svolgeva la propria attività rivolta prevalentemente a pazienti infettivologici ed oncologici.

⁶ In particolare, si ringraziano la dott.ssa Maria Paola Garofano, la dott.ssa Cesarina De Silvia, il dott. Sergio Zofra. Nella sua mission, l'Associazione, operante in diversi ospedali napoletani, si propone di rendere, a mezzo di un'attività personale e spontanea, un servizio gratuito e qualificato ai malati negli ospedali, supportandoli durante l'esperienza della degenza ospedaliera che li allontana dalle loro abitudini, dalla loro casa, dai loro affetti e li porta a vivere in una realtà per molti sconosciuta e di cui non è facile comprendere il linguaggio. Per questo, persone anche molto diverse per esperienze di vita, cultura, opinioni politiche, fede religiosa ma accomunate da un medesimo desiderio di solidarietà, hanno deciso di rendersi disponibili per cercare "Insieme con l'ammalato" di ritrovare un linguaggio comune.

mantiene un atteggiamento di contenimento e vicinanza emotiva ha effetti benefici sullo stato di salute in quanto, come per la relazione medico-paziente, anche quella tra volontario e malato può influire positivamente sul benessere di quest'ultimo, sulla qualità di vita e sul grado di soddisfazione dei servizi ricevuti. Tale figura, che nella realtà dei fatti è talvolta erroneamente considerata ancillare proprio perché non si occupa di quegli aspetti organici considerati essenziali, costituisce quindi un valore aggiunto di cui l'ospedale ha bisogno e di cui può usufruire. In tale logica di valorizzazione dell'opera del volontariato, ci è parso molto opportuno che fossero loro, e non direttamente gli operatori dell'Azienda, a chiedere ai pazienti il giudizio sulla qualità dell'assistenza ricevuta. In tal modo, si è provato a rendere i pazienti più liberi di esprimere la loro opinione, evitando un ipotetico timore di esplicitare critiche mentre l'ospedalizzazione era tuttora in corso.

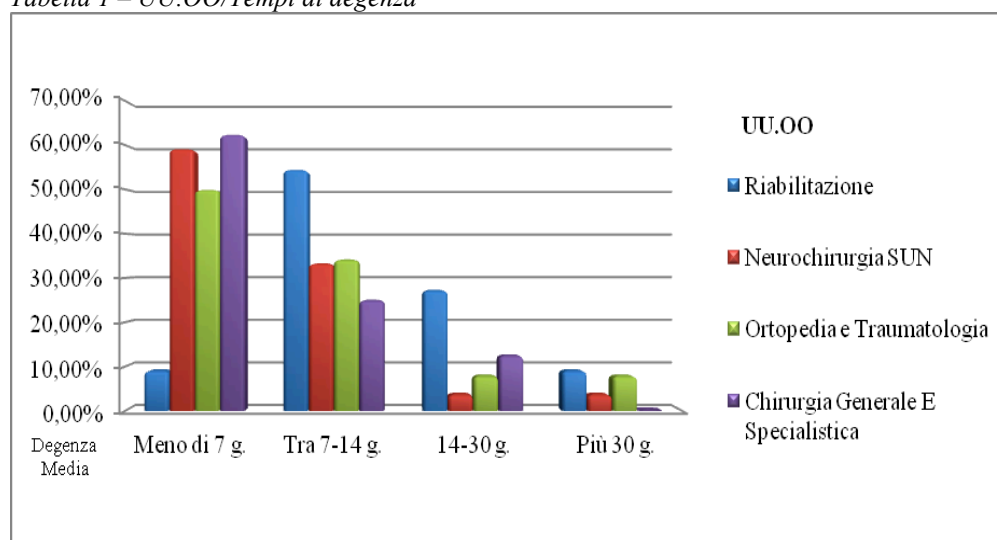
I dati raccolti attraverso gli strumenti su citati sono stati elaborati attraverso l'uso del programma SPSS 19 IBM per l'analisi dei dati.

Il campione è composto da 100 pazienti ricoverati nei vari reparti dell'ospedale C.T.O., di cui il 60% è composto da donne, e di età abbastanza eterogenea che varia tra i 18 e i 79 anni.

Il 32% del campione ha un diploma di scuola superiore, il 26% ha conseguito la licenza media e solo l'11% è in possesso di una laurea. Il 62% dei partecipanti al nostro studio dichiara di essere coniugato/a e il 74% afferma di vivere in famiglia con partner e figli.

La ricerca si rivolge ad un campione caratterizzato prevalentemente da pazienti ricoverati per un periodo breve, infatti la degenza nelle UU.OO. è nel 50% circa dei casi durata meno di una settimana (Tabella 1). Come è ovvio, le degenze più lunghe si registrano nell'area riabilitativa. Il 45% dei pazienti è ricoverato nelle U.O.C. di Ortopedia, il 33% nel U.O.C. di Neurochirurgia, il 12% presso l'U.O.C. di Riabilitazione e il 10% nell'U.O.C. di Chirurgia Generale.

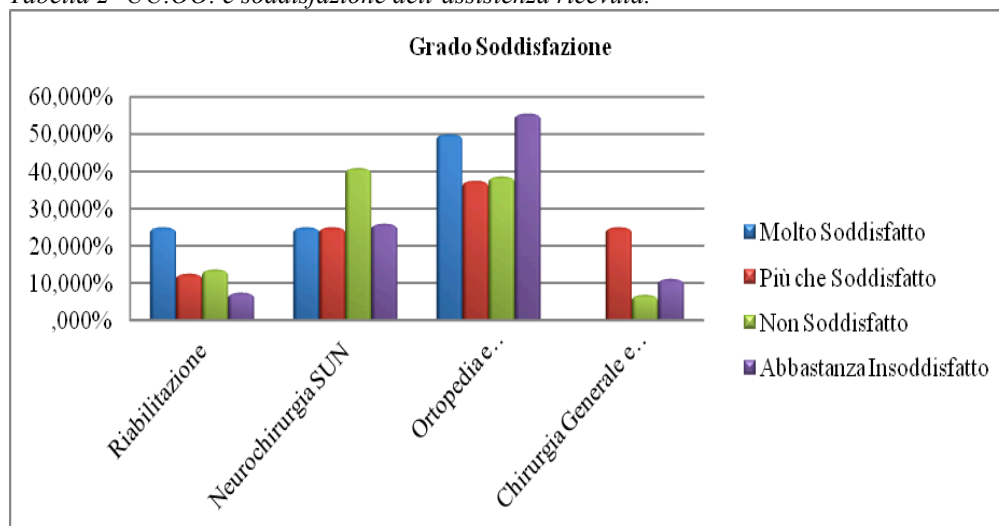
Tabella 1 – UU.OO./Tempi di degenza



Come prima osservazione possiamo affermare che i nostri intervistati tendono ad essere abbastanza soddisfatti dei servizi ricevuti. Infatti, il 34,3% del campione dichiara di essere molto soddisfatto, il 48,5% risulta soddisfatto, mentre solo il 9% afferma di non essere soddisfatto e l'8% abbastanza insoddisfatto. In pratica, l'80% sceglie le due opzioni positive e solo il 20% quelle negative. Inoltre, ad un quesito successivo, il 42% dichiara di aver ricevuto il servizio desiderato, il 50% dei pazienti valuta buona la qualità del servizio ricevuto e il 30% eccellente (in Tabella 2 compare un'analisi più dettagliata che mostra come i ricoverati di ogni singolo reparto siano soddisfatti o meno dell'assistenza ricevuta. Occorre tener conto, per una corretta lettura della tabella che, come già detto, il numero di ricoverati non è uguale in tutti i reparti).

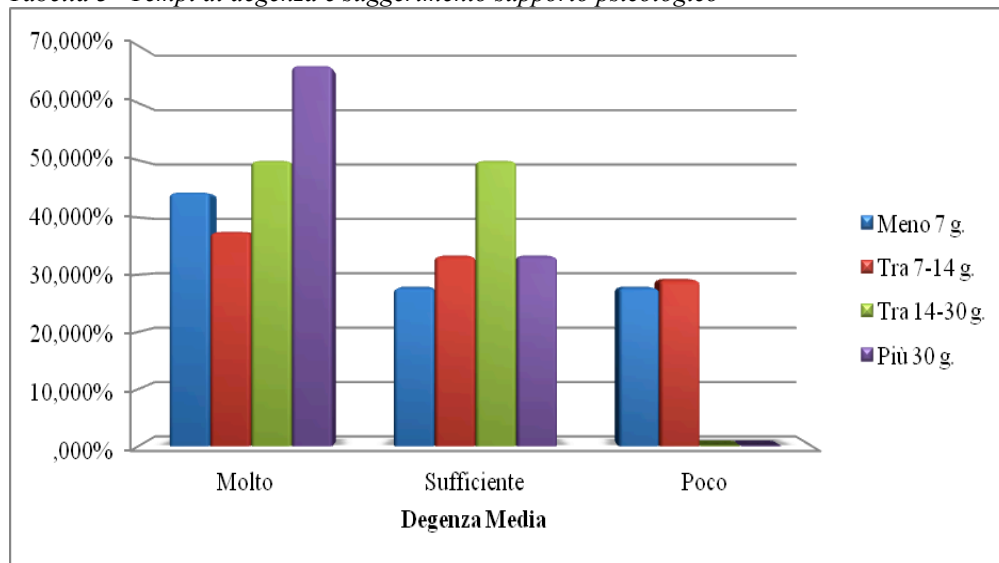
7 Annualmente si svolge un corso di formazione teorico-pratico per aspiranti volontari della durata di circa cinque mesi, con incontri settimanali a cui si accede dopo un test e un colloquio di ammissione.

Tabella 2- UU.OO. e soddisfazione dell'assistenza ricevuta.



Quando ai partecipanti al nostro studio è stato chiesto quali siano i fattori che li hanno aiutati ad affrontare meglio la malattia e la disabilità, l'84% risponde che gli affetti familiari hanno un ruolo fondamentale mentre quando viene chiesto di suggerire cosa potrebbe aiutare in futuro ad affrontare meglio la malattia il 44% suggerisce un supporto psicologico. All'interno di questo sottogruppo, l'esigenza del trattamento psicologico aumenta con l'aumentare del tempo di degenza dei pazienti (Tabella 3). Dai dati emerge come la richiesta di supporto psicologico cresca con la durata della degenza, che può diventare progressivamente più faticosa da accettare.

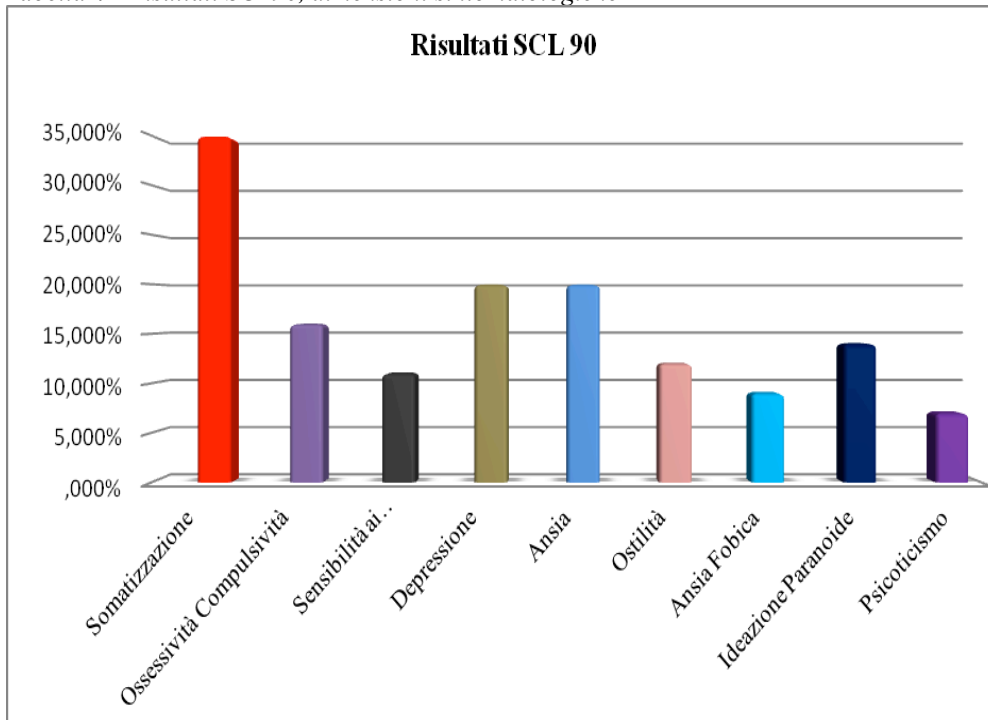
Tabella 3 –Tempi di degenza e suggerimento supporto psicologico



Per quanto riguarda le dimensioni sintomatologiche si è evidenziato che il 35% dei nostri intervistati presenta punteggi più alti alla scala della somatizzazione, il 20% invece alla dimensione relativa all'ansia e depressione. E' noto che l'ambiente fisico dell'ospedale provoca ansia ed irritazione, senso di minaccia, frustrazione e depressione per una serie di fattori: lontananza dalla famiglia, abbandono delle vecchie abitudini, organizzazione e orari dell'ospedale, rumori, limitazioni dello spazio personale ed infine perdita della propria intimità. L'ansia è un vissuto molto comune, anche perché può essere manifestata in relazione a tutti gli aspetti e le fasi dell'ospedalizzazione. Si esprime attraverso alterazioni fisiologiche come quella del sonno, elevati livelli di eccitabilità ed irritabilità. E' necessario contenere queste reazioni procurando rassicurazione, mentre ansiolitici e ipnotici non comprendono il bisogno sottostante e quindi non risolvono il

problema. L'aggressività può essere una reazione al vissuto di ansia, alla paura di diagnosi e terapie e più in generale alla percezione che i propri bisogni e necessità non vengano capiti e soddisfatti.

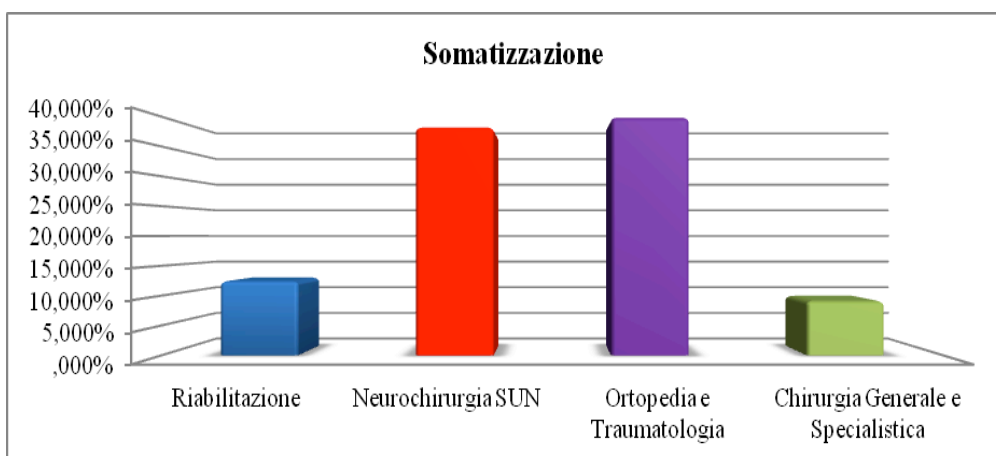
Tabella 4 - Risultati SCL90, dimensioni sintomatologiche



In particolare, evidenziamo come il campione a cui abbiamo somministrato i nostri questionari sia composto da pazienti non psichiatrici e ciò spiega la bassa percentuale (7%) di soggetti che ottiene punteggi più alla scala "Psicoticismo". Tale scala include ritiro, isolamento, stile di vita schizoide e sintomi tipici della schizofrenia.

Di conseguenza, la nostra attenzione si è spostata sulla scala che ha presentato punteggi più alti nel nostro campione: quella relativa alla dimensione della "Somatizzazione". Abbiamo osservato come tali punteggi alti si siano manifestati nei vari reparti (Tabella 5). I diversi risultati nei vari reparti vanno messi in relazione alla diversità delle patologie, oltre che delle situazioni personali di ciascun paziente.

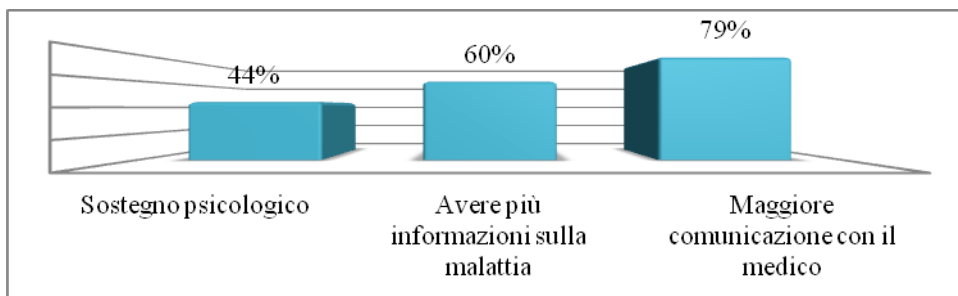
Tabella 5- Reparti e dimensione di somatizzazione.



Le conclusioni della ricerca, con la presenza di dimensioni di “somatizzazioni” in circa un terzo dei nostri pazienti, fanno riflettere su quanto sia importante la presa in carico del paziente non solo dal punto di vista medico, e quindi la cura della malattia fisica, ma anche dal punto di vista psicologico. Il paziente, infatti, vive una situazione di stress non solo fisico ma anche emotivo per cui diventa oggi una richiesta dello stesso paziente dare voce a tali vissuti ai fini di una buona guarigione fisica. Molto spesso il disagio emotivo si manifesta con disturbi o disagi del sistema gastrointestinale (ad es. nausea e vomito), cardiovascolare, muscolare, etc. Tali sintomi, benché possano essere la manifestazione di patologie organiche, frequentemente sono anche espressione di un vissuto di somatizzazione dei pazienti e quindi vanno letti come spia di un malessere psicologico. Diventa quindi fondamentale alleviare la sofferenza psichica cercando di prevenire e/o gestire il disagio emotivo legato alla patologia.

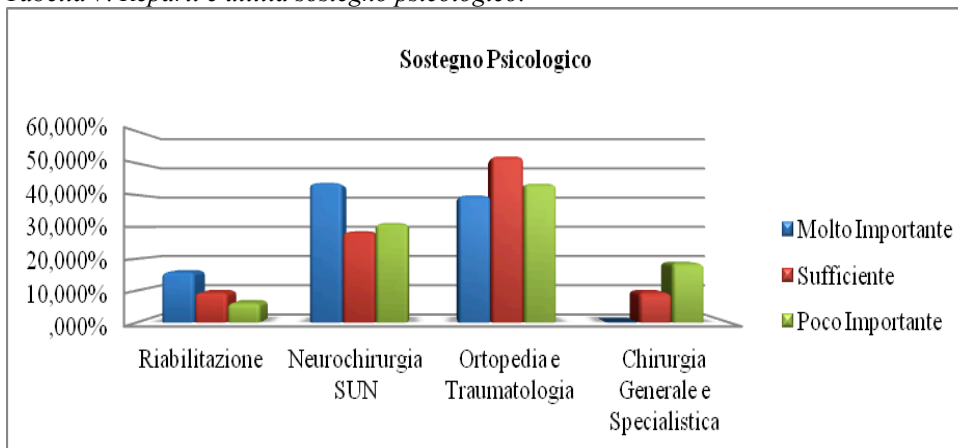
Quando viene chiesto ai pazienti di esprimere quanto alcuni fattori (carattere, affetti familiari, equipe medica, amici e colleghi) hanno influito ad affrontare meglio la malattia, il 70% degli intervistati afferma che è l’equipe ciò che ha un ruolo determinante per affrontarla meglio. Invece, quando viene chiesto di esprimere cosa potrebbe aiutare ad affrontare meglio in “futuro” la malattia i partecipanti allo studio propongono di avere maggiore comunicazione con i medici (78%), avere maggiori informazioni sulla malattia (60%) e il 44% degli intervistati valuta positivamente un sostegno psicologico (Tabella 6). Ciò sembrerebbe rafforzare ancora l’ipotesi dell’importanza del lavoro di equipe.

Tabella 6 – Cosa potrebbe aiutarla in futuro ad affrontare meglio la malattia?



In Tabella 7, infine, è riportato come viene valutata l’utilità di poter beneficiare di un sostegno psicologico all’interno dell’ospedale nei vari reparti in cui abbiamo somministrato i nostri questionari.

Tabella 7. Reparti e utilità sostegno psicologico.



Conclusioni

I risultati della nostra ricerca impongono una riflessione su quanto sia importante la presa in carico del paziente non solo dal punto di vista medico, e quindi la cura della malattia fisica, ma anche dal punto di vista psicologico. Pur in un contesto in cui i pazienti a gran maggioranza (circa 80%) si dichiarano soddisfatti o più che soddisfatti del trattamento ricevuto, tra i valori significativi emersi dal nostro studio si evidenzia il dato relativo alla dimensione della somatizzazione presente nel 35% del campione. Esso segnala come il corpo tenda a dare voce ad un malessere di natura psicologica. Il corpo, così, diventa il mezzo con cui esprimere la sofferenza. Psiche e soma sono parte di un unico sistema e la non integrazione genera un disagio che si può manifestare sia a livello psichico che fisico. Ciò ci porta a valutare quanto in contesti ospedalieri sia importante poter offrire un supporto psicologico ai pazienti ricoverati nei diversi reparti. La presenza di un operatore esperto nell'ascolto potrebbe aiutare i medici, curatori del corpo, a comprendere dove è necessario intervenire per poter alleviare un disagio di altra natura. L'attenzione, quindi, va posta anche sul modo in cui l'intera equipe sanitaria si pone nei confronti del malato ai fini di farlo sentire una persona e non "una parte del corpo" da curare. Diventa così fondamentale formare gli operatori ad un approccio relazionale volto a gestire il paziente attraverso una relazione empatica di cura, attenta al vissuto emotivo della persona. Ciò ovviamente implica anche un'attenzione alle condizioni di lavoro dell'equipe in modo da permettere allo stesso operatore di svolgere il suo lavoro nelle migliori condizioni possibili ed essere pronti a supportare eventuali momenti di eccessivo stress. Il personale sanitario dovrebbe avere la possibilità di portare i propri vissuti psicologici di disagio o difficoltà in apposite riunioni o in gruppi specifici (ad esempio gruppi periodici con uno psicologo) in modo da poter limitare il proprio disagio conseguente ad un lavoro a stretto contatto con la sofferenza umana.

Infine, occorre allargare l'intervento di supporto psicologico anche al nucleo familiare, che da un lato costituisce la principale risorsa per il paziente ed in tal senso va sostenuto e valorizzato, dall'altro è esso stesso colpito dallo stress e dal dolore emotivo connesso alla malattia.

Bibliografia

- Antonovsky, A. (1997). *Salutogenese: zur Entmystifizierung der Gesundheit* [Salutogenesis: The demystification of health]. Tübingen: Dgvt-Verlag.
- Attkisson, C.C., & Greenfield, T.K. (2004). The UCSF Client Satisfaction Scales: I. The Client Satisfaction Questionnaire-8. In M. Maruish (Ed.), *The use of psychological testing for treatment planning and outcome assessment* (3rd. ed., pp. 799-811). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Bertini, M. (1989). Tema del numero: Psicologia e ospedale. Introduzione [Theme of the issue: Psychology and health. Introduction]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 2, 143-138.
- Bertini, M. (2012). *Psicologia della Salute* [Health psychology]. Milano: Cortina.
- Bollettino Ufficiale Regione Campania (2010, 27 settembre). *Decreto commissariale n. 49 del 27 settembre 2010 "Riassetto della rete ospedaliera e territoriale"* [Commission Decree No. 49 of 27 September 2010 "Reorganization of the hospital and territorial network"]. Retrieved from <http://burc.regione.campania.it>
- Canguilhem, G. (1998). *Le normal et le pathologique* [The Normal and the Pathological]. (M. Porro, Trans.). Torino: Einaudi (Original work published 1966).
- Carli, R. (2013). Psicologia clinica e Ospedale. Introduzione al tema [Clinical psychology and hospital: Introduction to the theme]. *Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 55 - 62. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it/quaderni>
- Carli, R., Paniccia, R.M., & Giovagnoli, F. (2010). L'organizzazione e la dinamica inconscia [Organization and unconscious dynamics]. *Rassegna italiana di sociologia*, 51(2), 183-204.

Vito, A. (2014). *Psicologi in Ospedale. Percorsi operativi per la cura globale di persone* [Psychologists at hospital. Practical routes for persons' total care]. Milano: FrancoAngeli.