www.medicalsystems.it
http://medicalsystems.editoria.com
ISSN 0394 3291

Caleidoscopio
Italiano

Paladino Mario
Cerizza Tosoni Teresa

Umanizzazione dei Servizi Sanitari: il Case Management

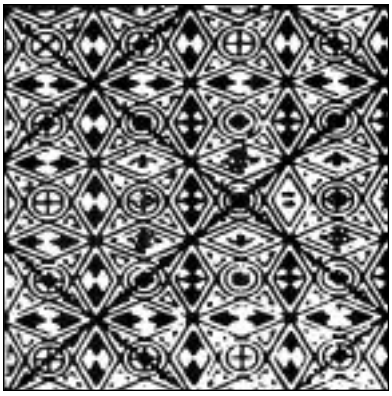
139

Direttore Responsabile
Sergio Rassu

Via Rio Torbido, 40 - Genova (Italy) Tel. 010 83.401
Stampato a Genova 2000

Sped. in A. P. 45% - art.2 comma 20/b legge 662/96 - n°140 - Gennaio 2000 - Direttore responsabile: Sergio Rassu - Editore: Medical Systems S.p.A. Genova - Contiene I.P. - Stampa: Tipolitografia Nuova ATA Genova

Caleidoscopio
Italiano



Paladino Mario
Cerizza Tosoni Teresa

Organizzazione di Studi di Psicoterapia Medica d'Urgenza - OPTEMUR
Milano

Umanizzazione dei Servizi Sanitari: il Case Management

139

Direttore Responsabile
Sergio Rassu

Via Rio Torbido, 40 - Genova (Italy) Tel. 010 83.401
Stampato a Genova 2000

ISTRUZIONI PER GLI AUTORI

Informazioni generali. *Caleidoscopio* pubblica lavori di carattere monografico a scopo didattico su temi di Medicina. La rivista segue i requisiti consigliati dall'*International Committee of Medical Journal Editors*. Gli Autori vengono invitati dal Direttore Responsabile. La rivista pubblica anche monografie libere, proposte direttamente dagli Autori, redatte secondo le regole della Collana.

Testo. La monografia deve essere articolata in paragrafi snelli, di rapida consultazione, completi e chiari. I contenuti riportati devono essere stati sufficientemente confermati. E' opportuno evitare di riportare proprie opinioni dando un quadro limitato delle problematiche. La lunghezza del testo può variare dalle 60 alle 70 cartelle dattiloscritte. Si prega di dattilografare su una sola facciata del foglio formato A4 con margini di almeno 25 mm. Usare dovunque doppi spazi e numerare consecutivamente. Ogni sezione dovrebbe iniziare con una nuova pagina.

Frontespizio. Deve riportare il nome e cognome dell'Autore(i) -non più di cinque- il titolo del volume, conciso ma informativo, la Clinica o Istituto cui dovrebbe essere attribuito il lavoro, l'indirizzo, il nome e l'indirizzo dell'Autore (compreso telefono, fax ed indirizzo di E-mail) responsabile della corrispondenza.

Bibliografia. Deve essere scritta su fogli a parte secondo ordine alfabetico seguendo le abbreviazioni per le Riviste dell'Index Medicus e lo stile illustrato negli esempi:

1) Björklund B., Björklund V.: Proliferation marker concept with TPS as a model. A preliminary report. J. Nucl. Med. Allied. Sci 1990 Oct-Dec, VOL: 34 (4 Suppl), P: 203.

2 Jeffcoate S.L. e Hutchinson J.S.M. (Eds): The Endocrine Hypothalamus. London. Academic Press, 1978.

Le citazioni bibliografiche vanno individuate nel testo, nelle tabelle e nelle legende con numeri arabi tra parentesi. La Redazione è collegata on-line con le più importanti Banche Dati (Medline, Cancerlit, AIDS etc) e fornisce ogni eventuale assistenza agli Autori.

Tabelle e figure. Si consiglia una ricca documentazione iconografica (in bianco e nero eccetto casi particolare da concordare). Figure e tabelle devono essere numerate consecutivamente (secondo l'ordine di citazione nel testo) e separatamente; sul retro delle figure deve essere indicato l'orientamento, il nome dell'Autore ed il numero. Le figure realizzate professionalmente; è inaccettabile la riproduzione di caratteri scritti a mano libera. Lettere, numeri e simboli dovrebbero essere chiari ovunque e di dimensioni tali che, se ridotti, risultino ancora leggibili. Le fotografie devono essere stampe lucide, di buona qualità. Gli Autori sono responsabili di quanto riportato nel lavoro e dell'autorizzazione alla pubblicazione di figure o altro. Titoli e spiegazioni dettagliate appartengono alle legende, non alle figure stesse.

Su fogli a parte devono essere riportate le legende per le figure e le tabelle.

Unità di misura. Per le unità di misura utilizzare il sistema metrico decimale o loro multipli e nei termini dell'International system of units (SI).

Abbreviazioni. Utilizzare solo abbreviazioni standard. Il termine completo dovrebbe precedere nel testo la sua abbreviazione, a meno che non sia un'unità di misura standard.

Presentazione della monografia. Riporre le fotografie in busta separata, una copia del testo e dei grafici archiviati su un dischetto da 3.5 pollici preferibilmente Macintosh.

Il dattiloscritto originale, le figure, le tabelle, il dischetto, posti in busta di carta pesante, devono essere spedite al Direttore Responsabile con lettera di accompagnamento. L'autore dovrebbe conservare una copia a proprio uso. Dopo la valutazione espressa dal Direttore Responsabile, la decisione sulla eventuale accettazione del lavoro sarà tempestivamente comunicata all'Autore. Il Direttore responsabile deciderà sul tempo della pubblicazione e conserverà il diritto usuale di modificare lo stile del contributo; più importanti modifiche verranno eventualmente fatte in accordo con l'Autore. I manoscritti e le fotografie se non pubblicati non si restituiscono.

L'Autore riceverà le bozze di stampa per la correzione e sarà Sua cura restituirle al Direttore Responsabile entro cinque giorni, dopo averne fatto fotocopia. Le spese di stampa, ristampa e distribuzione sono a totale carico della Medical Systems che provvederà a spedire all'Autore cinquanta copie della monografia. Inoltre l'Autore avrà l'opportunità di presentare la monografia nella propria città o in altra sede nel corso di una serata speciale.

L'Autore della monografia cede tutti i pieni ed esclusivi diritti sulla Sua opera, così come previsti dagli artt. 12 e segg. capo III sez. I L. 22/4/1941 N. 633, alla Rivista *Caleidoscopio* rinunciando agli stessi diritti d'autore (ed acconsentendone il trasferimento ex art. 132 L. 633/41).

Tutta la corrispondenza deve essere indirizzata al Direttore Responsabile al seguente indirizzo:

Dott. Sergio Rassu
Via Pietro Nenni, 6
07100 Sassari

Editoriale

Il malato, spesso, oltre alla sfortuna di andare incontro alla malattia deve spesso subire una serie di violenze che rendono la Sua condizione ancora più penosa e la Sua sofferenza ancora maggiore se non umiliante.

Dopo aver superato i non facili percorsi che deve affrontare per stabilire se è realmente malato (levate precoci per poter eseguire gli accertamenti ematochimici, ricerca affannosa di un ambulatorio dove poter essere sottoposto a visita specialistica dopo adeguata attesa di settimane ed altrettanta lunga attesa per poter eseguire ulteriori accertamenti - ecografia, TC, Risonanza magnetica o quanto altro), se ha la 'fortuna" di approdare al ricovero ospedaliero dopo aver superato la "prova" della "Accettazione" subisce un tale trattamento che finisce con avvilire anche il più tenace.

Come primo atto viene "depersonalizzato" per essere trasformato nel "numero tal dei tali", viene strappato agli affetti familiari permettendogli di essere visitato nell'arco delle ventiquattro ore per sole due ore da amici e parenti. Per il resto dovrà rimanere "a disposizione" dei sanitari che gli dedicheranno probabilmente una visita di cinque minuti.

"Gettato" in uno stanzone privo di colore e calore, insieme ad altri sfortunati, viene privato della più elementare della condizione di privacy per dover condividere non solo la propria intimità ma anche aggiungere alla propria pena legata alla condizione di malattia anche quella del vicino di letto. Ma il processo di riduzione in una condizioni di schiavitù psicologica non si arresta qui. Il paziente deve abbandonare tutte le Sue abitudini di una vita: pranzo a metà mattinata, cena all'ora della merenda. E come se non bastasse, la qualità di quello che riceve molto spesso è tale da provocare sommosse anche "nei più pazienti dei pazienti". Deve stare attendo poi a misurare le parole e le modalità con cui chiede informazioni sulla Sua malattia ed a cogliere ogni sfumatura nel volto del medico che lo ha in cura per poter capire il significato di parole che non aveva sentito prima, stando attento a non trovarsi inaspettatamente in un saletta sottoposto alle più stressanti o delicate delle indagini senza aver avuto alcuna preparazione o informazione. E così via, tenendo presente che si parla sempre "dell'ospedale degli altri, non certo del nostro".

Anche il nostro legislatore ha capito di quale violenza era oggetto il malato da dover introdurre "per legge" il principio della umanizzazione dell'assistenza sanitaria che diventa un'obiettivo del Piano Sanitario Nazionale.

Una metodologia che cerca di affrontare questo delicato aspetto dell'assistenza sanitaria è quella del "Case Management". Anche in questo caso crediamo di fornire un servizio cercando di sopperire a quella mancanza di cultura che ci deriva da una preparazione universitaria molto lontana dai bisogni reali.

Gli autori riportano in questa monografia una sintesi delle esperienze di aiuto psicologico condotte in strutture ospedaliere pubbliche e private dal gruppo di psicoterapeuti della Optemur che ha fatto di questa metodologia uno strumento efficace di intervento e che attraverso una serie di corsi di formazione si propone di diffondere questa metodologia a tutte le strutture sanitarie sensibilizzando in primis i responsabili della "Formazione ed aggiornamento" delle varie ASL. Questa monografia rappresenta quindi una sintesi del lavoro di questo gruppo mentre quello dedicato nell'area dell'intervento chirurgico del bambino è stato scritto dalla dott.ssa Paola Maramotti, e il capitolo "L'immagine" da Angelica Tosoni.

Il curriculum dei due autori è culturalmente ricchissimo ed ho dovuto, per motivi evidenti, sintetizzarlo. Il dottor Mario Paladino laureato in Medicina e Chirurgia presso l'Università di Bologna ha conseguito la specializzato in Neurologia e Psichiatria presso la Clinica delle Malattie Nervose e Mentali dell'Università di Modena. E' psicoterapeuta Analista, Faculty Mentor di Psicologia Clinica presso la Columbia Pacific University, S. Rafael, California, U.S.A, Professore Associato di Psicologia e di Psicoterapia Analitica della Westdeutsche Akademie di Mülheim (D), è fondatore e Direttore Sanitario dell'OPTEMUR - Organizzazione di Studi di Psicoterapia Medica d'Urgenza, è fondatore e Docente della "Scuola Post-Universitaria di Psicoterapia Analitica nelle Istituzioni e nelle Situazioni di Crisi", dell'OPTEMUR. E' membro Fondatore e già Docente della "Scuola di Ipnosi Clinica e Sperimentale" dell'AMISI - Associazione Medica Italiana per lo studio dell'Ipnosi. E' infine membro di numerose società scientifiche (Società Italiana di Psichiatria, Società Italiana di Psicoterapia Medica etc). E' stato inoltre giornalista Pubblicista, ha collaborato con numerose riviste ("Oggi - Rizzoli" Epoca, Grazia, Gente, Anna, Il Corriere della Sera, La Notte, Il Corriere d'Informazione e con la televisione (Canale 5).

La dott.ssa Cerizza Tosoni Teresa ha conseguito la laurea in Medicina e Chirurgia conseguita presso l'Università di Milano, quindi la specializzazione in Pediatria presso l'Università di Parma, in Psicologia presso l'Università di Torino, in Neurologia e Psichiatria presso l'Università di Pavia. E' Professore Associato della Westdeutsche Akademie di Mülheim (D). E' Iscritta alla SIPS , all'Albo Professionale degli Psicologi e nell'Albo degli Analisti della Società Italiana di Psicologia Individuale e nell'Elenco degli Psicoterapeuti dell'Ordine dei Medici Chirurghi. E' Direttrice della scuola di Psicoterapia e del corso per counseling nel Case Management dell'Optemur.

Sergio Rassu

Introduzione

L'umanizzazione nei servizi sanitari
(Alfonso Salemi)

Il Piano Sanitario 1998 - 2000 indica con il termine di "umanizzazione" un insieme di attività rivolte al miglioramento del servizio alla persona.

In questo contesto la parola "umanizzazione" assume un significato molteplice che può essere tradotto con i concetti di "accoglienza", "ospitalità", "comprensione", "informazione" e va inteso come l'insieme dei comportamenti acquisiti e resi propri dal Sistema Sanitario per fornire un servizio rispettoso delle esigenze relazionali delle persone che vi accedono senza trascurare gli aspetti organizzativi, burocratici e strutturali.

E' la prima volta che un Piano Sanitario Nazionale individua con tale precisione gli obiettivi da raggiungere riguardanti gli aspetti relazionali ed è bene citare alcuni passi importanti:

• "Il rapporto operatore - utente è fortemente caratterizzato dal grado di personalizzazione, di appropriatezza e di umanizzazione delle prestazioni. Per questo nella produzione dei servizi alla persona il fattore umano è un elemento strategico che influisce direttamente sulla quantità e sulla qualità dell'assistenza oltre che sul grado di soddisfazione delle persone - utenti"

• "I processi di cambiamento del Sistema Sanitario e dei rapporti di lavoro nella pubblica amministrazione postulano un profondo cambiamento di mentalità, una nuova cultura professionale, l'affermazione di nuove logiche operative"

• "La formazione è lo strumento di ottimizzazione delle risorse umane e di cambiamento organizzativo"

• "La formazione, per sua natura, può svolgere funzioni di implementazione qualitativa dei risultati dei servizi, contrastando le patologie organizzative. può facilitare riconversioni professionali e gestionali e può, pi in generale, caratterizzarsi come strategia per incrementare l'efficacia dei servizi"

Non è secondario rilevare che il superamento della fatica dell'operatore rientra a pieno titolo nel processo di umanizzazione del servizio sanitario ed è essenziale prevedere percorsi formativi specifici.

Vivere gran parte della propria vita in ambienti e situazioni in cui viene concentrata la sofferenza delle persone incide profondamente sulla psiche degli operatori ed è indispensabile fornire gli strumenti e le modalità per attutire lo stress conscio o inconscio insieme a momenti di verifica e di controllo.

I primi due termini: "accoglienza ed ospitalità", mutuati dal settore alberghiero, hanno un significato implicito e costituiscono il presupposto per una permanenza soddisfacente in un ambiente nuovo e molto diverso da quello familiare.

I successivi due termini: "comprensione e informazione", sono specifici della nuova situazione e caratterizzano l'intervento sulla persona in senso globale, sia dal punto si vista sanitario che relazionale.

Per "comprensione" si intende un insieme di attività che riguardano la capacita di analizzare i casi individuali utilizzando metodologie e modalità che tengano conto anche degli aspetti relazionali.
In una società variegata e multietnica questo compito diviene molto complesso e passa attraverso la conoscenza ed il rispetto delle altre culture.

Per "informazione" si intendono sostanzialmente due cose:
1. la conoscenza delle regole interne alla struttura in generale ed al reparto in particolare,
2. la conoscenza sull'iter diagnostico, curativo e prognostico della malattia curata

E' sufficiente un primo livello di analisi della problematica per rendersi conto che attualmente in Italia non esiste un servizio capace di rispondere a tutte queste esigenze.
Esiste, invece, un modo frammentario e non coordinato di rispondere all'una o l'altra delle aspettative sulla base di iniziative individuali.

Il Piano Sanitario Nazionale ha dunque centrato un punto fondamentale ponendo l"umanizzazione" fra gli obiettivi prioritari da raggiungere ed i termini utilizzati sono molto chiari, ma appare fin troppo evidente che occorrono nuovi tipi di intervento e nuove professionalità.

In assenza di queste nuove figure professionali è inevitabile l'intervento di un servizio esterno di comprovata affidabilità e competenza dopo avere preventivato con cura gli obiettivi e predisposto modalità di verifica e controllo.
In questo caso si avrebbero due importanti risvolti positivi:
da una parte la previsione dei costi, dall'altra la possibilità di formare ed

aggiornare operatori che rappresentino un indispensabile riferimento interno alla struttura.

La giusta preoccupazione del "costo in più" rispetto al passato appare come un falso problema per almeno due ordini di motivi:

1. L'umanizzazione è un atto dovuto

La qualità delle prestazioni sanitarie, ovvero la soddisfazione del "cliente-utente" passa inevitabilmente attraverso la "umanizzazione" ed anzi la presenza di un servizio dedicato dovrebbe essere annoverato fra i requisiti necessari per l'accreditamento.

Non è, inoltre, trascurabile evidenziare che la permanenza in una struttura di ricovero può essere una occasione preziosa per fare "educazione sanitaria" con il massimo di efficacia.

2. L'umanizzazione non è un costo aggiuntivo

Il finanziamento della "umanizzazione", implicito nella sua inclusione fra gli obiettivi prioritari da raggiungere entro il 2000, non è un costo ulteriore, ma, piuttosto, una ammissione che in passato vi è stato "un costo in meno" rispetto a quanto dovuto.

Non è certamente da sottovalutare che lo sforzo positivo volto alla sua concreta realizzazione porterebbe alla liberazione di enormi potenzialità umane che, in una notevole misura, passerebbero da un contributo volontaristico ad un impiego professionale più consono al reale bisogno sociale.

Tre livelli di intervento

L'umanizzazione dei servizi sanitari è un processo molto complesso che comprende tre distinti livelli di intervento su:

1. sistema organizzativo,
2. strutture e ambiente
3. sistema relazionale

1. Interventi sul sistema organizzativo

Si riferiscono alle tipologie di intervento che possono essere preordinate e standardizzate, finalizzate allo snellimento delle procedure ed alla informazione dell'utenza, come ad esempio:

- le prenotazioni ambulatoriali
- le prenotazioni per ricoveri programmati

• le pratiche amministrative di accettazione e dimissione
• il sistema di comunicazione con i pazienti ricoverati e con l'utenza esterna
• l'individuazione dei riferimenti istituzionali responsabili del servizio offerto e reso

2. Interventi sulle strutture e sull'ambiente

Si riferisce all'insieme delle strutture tecnologiche disponibili per la cura delle patologie e l'accoglienza dell'utenza interna ed esterna, come ad esempio la presenza di:

• letti "attrezzati"
• servizi igienici adeguati
• attrezzature sanitarie adeguate ed aggiornate
• sistemi di sicurezza
• sistemi di aereazione e di illuminazione adeguati
• sistemi per il rispetto della privacy
• arredi funzionali e gradevoli
• ambienti riservati ai pazienti critici ed ai pazienti non allettati
• ambienti per l'accoglienza ed il rispetto delle persone decedute

La presenza di queste strutture è prevista dalla normativa e sono un presupposto indispensabile per ottenere e mantenere l'accreditamento ad operare in campo sanitario, ma accade spesso che le costruzioni esistenti siano costrette a mantenere vincoli e soluzioni migliorabili rispetto alle esigenze reali.

3. Interventi sul sistema relazionale

Gli aspetti relazionali possono essere individuati con precisione anche se non sono definibili al pari dei precedenti, ma è facile comprendere che per offrire un servizio "umanizzato" sia necessario predisporre e mantenere efficiente un sistema di formazione permanente del personale di interfaccia con particolare riguardo a quello sanitario.

Nelle relazioni "operatore - paziente" è fondamentale il "modo" di effettuazione degli interventi e gli operatori devono tenere sempre aggiornate le capacità di comprensione delle esigenze dei pazienti alla stessa stregua di quelle strettamente sanitarie.

Per "umanizzare" un servizio bisogna essere in grado di comunicare con il paziente ed i familiari, mantenere la privacy, mantenere un comportamento disponibile, sereno, professionale.

Questi aspetti non possono essere codificati con procedure dettagliate e l'unico modo sicuro per intervenire con efficacia è rappresentato dalla formazione associata alla verifica, al controllo ed al continuo aggiornamento.

L'intervento formativo ha due aspetti distinti, uno di tipo informativo sulla conoscenza degli strumenti relazionali ed uno più propriamente formativo relativo alla effettiva acquisizione del modo di essere e di operare da parte dei singoli operatori.

Questo secondo aspetto ha una assoluta rilevanza per la creazione ed il mantenimento di un clima ideale all'interno del reparto e di conseguenza dei rapporti con i pazienti, i visitatori, i parenti e con gli operatori degli altri reparti.

Tipologia dei ricoveri	Livelli di intervento			Note
	Pratiche amministrative	Interventi sanitari	Interventi relazionali	
1 - Ricoveri programmati				Pazienti con diagnosi definita Interventi relazionali rivolti verso il paziente
2 - Ricoveri urgenti				Urgenze mediche, chirurgiche, psichiatriche Interventi relazionali rivolti verso il paziente, i parenti e gli accompagnatori
3 - Ricoveri in emergenza				Urgenze mediche, chirurgiche, psichiatriche molto gravi Interventi relazionali rivolti verso il paziente, i parenti e gli accompagnatori

Interventi amministrativi : pratiche amministrative di accettazione
Interventi sanitari : diretti o mediati dai servizi di Lab, Rx, altro
Interventi relazionali : modalità di relazione con i pazienti ed i loro accompagnatori

Esempio della rilevanza dei tre livelli di intervento in occasione del ricovero ospedaliero.

Dalla formazione relazionale dipende quindi il controllo dello stress degli operatori e dei pazienti e l'immagine stessa della struttura.

Questa monografia ha lo scopo di fare una disamina della problematica relazionale nei programmi di "umanizzazione" in medicina.

1. Premessa

Nell'ambito della struttura sanitaria, l'aiuto di sostegno psicologico al malato entra nel cuore del processo di "umanizzazione" della medicina, in quanto consente al sofferente di affrontare nel modo più corretto le problematiche emotive, rispondendo alla complessità dei suoi bisogni e facilitandone il percorso clinico, con vantaggio di tutti, personale sanitario e istituzione compresi.

Il degente, che interrompe il ritmo di vita e perde i consueti modelli di riferimento, in particolare quelli di spazio e di tempo, e si sente minacciato nella sua integrità fisica e nell'autonomia, sviluppa intensi sentimenti di ansia e di incertezza. L'azione di sostegno lo allaccia, promuovendo in lui quella *condivisione empatica,* che gli consente di abbassare il livello di angoscia e di migliorare il rapporto con la struttura sanitaria, e di renderlo più capace di partecipare attivamente al processo della sua cura, che lo condurrà a guarigione.

Il degente è una persona in crisi, costretta a mettere in atto dei meccanismi difensivi spesso regressivi, per fronteggiare lo stress. E' questo il momento in cui si innesta l'aiuto di sostegno, che si propone di riportare il malato a livello di funzionamento precedente; pertanto appare chiaro come torni a vantaggio di qualsiasi persona, indipendentemente dall'età e dal tipo di patologia, in particolare modo quando la malattia è grave.

L'aiuto psicologico deve articolarsi con quello del personale sanitario, per integrarlo e completarlo. Spesso può chiarire al medico le reazioni emotive del paziente al suo fare, quando queste gli sembrano insolite o addirittura ostacolanti, e consentire l'introduzione del "soggettivo" all'interno dell'agire sanitario, che per definizione è centrato su dati obiettivi.

Nella crisi, il "focus" è circoscritto allo stress attuale e il materiale sul passato individuale viene utilizzato soltanto per facilitare chiarimenti e ipotesi per progetti futuri; pertanto la tecnica di sostegno psicologico è improntata alla massima flessibilità, in quanto si adegua alle esigenze individuali nel momento della loro comparsa.

2. Il trasferimento delle esperienze

Uno degli obiettivi della nostra équipe psicoterapeutica è quello di trasferire ad altri le nostre esperienze più collaudate, trasformandole in progetti di formazione professionale, a favore del personale demandato a fornire il supposto psicologico.

Per *formazione professionale* alludiamo a un processo articolato e globale che, partendo dalla dotazione ai formandi di tutte le conoscenze necessarie per creare e consolidare in essi un'omogeneità culturale, arrivi a munirli di una migliore abilità a comunicare all'interno e all'esterno dei gruppi di lavoro, fermo restando il rispetto delle loro singole caratteristiche individuali.

L'equipaggiamento delle conoscenze, che costituisce il momento informativo, è fondamentale, ma non serve a molto se manca il supporto dell'appropriata fase formativa in senso stretto. E' questa, infatti, che innalza la maturità della persona. E la migliore "formazione" da noi riscontrata è quella del *Case Management*, che si colloca nel cuore del piano di umanizzazione della medicina.

Le strade per raggiungere tale obiettivo sono numerose, e abbiamo scelto i due seguenti modelli:

- quello della supervisione, che può essere individuale o di gruppo, dove il discente analizza, discute e corregge con un supervisore la conduzione di un caso e gli interventi compiuti;
- quello della formazione secondo il metodo Balint, dove i partecipanti discutono in gruppo gli aspetti relazionali di un momento specifico e, identificandosi con i due poli della relazione, si addestrano a comprendere prima di agire.

I particolari del progetto formativo non possono essere definiti con precisione, in quanto legati a fattori variabili come:

- il tipo di struttura in cui si deve operare;
- la qualifica e la posizione dei destinatari;
- gli obiettivi che si intende raggiungere.

Ogni intervento formativo, dal più semplice al più complesso, determina effetti positivi poiché consente:

- ai destinatari, di stabilire lo stile della comunicazione interna ed esterna;
- alla scuola, di mantenere la propria vitalità e creatività.

Il lavoro degli allievi non finisce in aula, né quello dei conduttori termina in occasione degli incontri programmati. Di fatto, per questi ultimi, le fasi preparatorie di messa a punto e di controllo rappresentano la parte più onerosa dell'attività.

La nostra scuola utilizza la suddetta metodologia in tutti i programmi, da quelli più semplici e di breve durata a quelli più complessi e prolungati, per

evitare il rischio che i risultati si spengano in operazioni di facciata, sempre costose e di scarsa efficacia.

La conoscenza dei presupposti, alla base di queste attività, assume una particolare importanza e non deve sorprendere che una società orientata ai servizi di natura relazionale, rivolti alla persona, sia impegnata nella formazione e nell'aggiornamento del personale, con particolare riguardo a quello dei servizi socio-sanitari.

Le conoscenze dei meccanismi profondi del comportamento e delle relazioni interpersonali consentono, infatti, l'applicazione di metodologie efficaci, efficienti ed economiche in interventi molto differenziati, da quelli rivolti all'alta dirigenza, a quelli non meno importanti destinati al personale di interfaccia con l'utenza.

In linea di principio l'esigenza di mantenere efficienti i sistemi formativi non si discosta molto da quella rivolta ai sistemi tecnologici, ma segue logiche diverse: mentre la strumentazione si usura e perde di valore, i sistemi organizzativi acquisiscono valore in funzione dell'esperienza e della capacità degli operatori. Nel primo caso il costo della manutenzione aumenta nel tempo, mentre nel secondo diminuisce.

In entrambi i casi non si può rinunciare a mantenere efficiente il patrimonio dei fattori produttivi, ed è importante instaurare un corretto rapporto di "partnership" con le società specializzate.

Le modalità di intervento prevedono:

1. La definizione degli obiettivi (lavoro collegiale);
2. L'intervento preliminare di tipo informativo (incontro con i destinatari e inizio della collaborazione);
3. L'intervento formativo in piccoli gruppi (conduzione della formazione e gruppi di lavoro);
4. La verifica dell'apprendimento e la valutazione del corso (test e relazioni sull'apprendimento, valutazione e critica del corso);
5. Le proposte organizzative emerse (relazione di proposte organizzative migliorative);
6. Il controllo successivo e le eventuali azioni correttive (controllo ispettivo di attuazione delle proposte concordate);
7. L'analisi e la valutazione dei risultati (anche sotto il profilo economico).

Chi si occupa di formazione ha come obiettivo la qualità della vita individuale e il miglioramento delle relazioni umane nell'ambiente di lavoro, sia dal punto di vista degli operatori che da quello dei destinatari del servizio. I provvedimenti devono essere orientati all'ottenimento di un risultato concreto, verificato e controllato nel tempo. In questo modo gli effetti della *formazione-aggiornamento*, che solitamente vengono considerati "evanescenti", raggiungono gli obiettivi prefissati con la massima efficacia.

Un assunto di base è la profonda convinzione che le strutture intellettuali di motivazione dei comportamenti siano altrettanto concrete degli oggetti

percepiti dai nostri sensi, perché su di esse sono basate tutte le realizzazioni dell'uomo, ed è la qualità di queste infrastrutture psicologiche che determina la soddisfazione individuale e il successo aziendale. Il fattore umano rappresenta, infatti il patrimonio più prezioso posseduto dalle aziende e, come ogni risorsa di elevato valore, deve essere curata e mantenuta efficiente nel tempo.

La corretta determinazione dei costi aziendali e dei budget settoriali non può trascurare questi fattori, senza mettere in discussione la validità stessa dell'azione direttiva.

Come s'è detto, le esperienze che gli psicoterapeuti hanno condotto in diverse strutture sanitarie costituiscono il punto di partenza per l'elaborazione e lo studio approfondito della possibilità di trasferire le stesse a vari tipi di operatori. I progetti derivati hanno valore di propedeuticità indispensabile per il proseguimento di un ulteriore percorso di formazione – di *case management* - che consenta agli operatori una corretta conduzione del caso, in ogni contesto. (Concluderemo questa esposizione con la presentazione di progetti specifici portati a termine da nostri gruppi multidisciplinari).

3. Il Case Management

Molti Paesi, culturalmente avanzati, prevedono la figura professionale del *Case Manager*, che ha la finalità di migliorare la qualità della vita di persone in difficoltà (anziani, malati, handicappati) e di aumentarne l'autonomia, massimizzando le risorse esistenti e tenendo presenti tutti gli aspetti biologici, psicologici, sociali, evidenziandone i bisogni prioritari, per definire, pianificare, coordinare e seguire le opere necessarie. Il *Case Management* agisce a più livelli, definendo gli obiettivi, i contenuti, i metodi, i criteri di verifica dei provvedimenti, unitamente a fasi di progettazione e di attuazione. Il suo sforzo consiste nel creare la propria struttura, secondo modelli stabiliti, identificando uno spazio di valore e di autonomia per l'assistito, cosa non facile e talvolta deludente, soprattutto quando i percorsi in cui l'assistito si trova sono gravemente compromessi. Se è prevista l'azione di più operatori, la funzione di raccordo del *Case Manager* diventa indispensabile, in quanto i membri del team devono agire unitariamente, conoscere le reciproche attività e saper uscire da approcci settoriali.

L'apporto prevede:

1. *la progettazione*, che include:
   a) l'analisi della realtà in cui si opera;
   b) l'interpretazione dei bisogni;
   c) la comprensione delle necessità;
   d) il reperimento di soluzioni alternative, che restituiscano la dignità, in armonia con le capacità e le attitudini della persona;
   e) la conduzione del caso.

La *programmazione*, che comprende il raggiungimento di obiettivi di portata limitata, tappe per la conquista di quello finale;

Il service planning, cioè l'obiettivo a largo raggio che racchiude tutti quelli intermedi, come, per esempio, nell'anziano, il recupero della dignità personale, delle capacità relazionali, delle capacità residue di movimento, la riappropriazione delle abitudini personali

Le funzioni del *Case Management* si possono così riassumere:

- identificazione del bisognoso;
- raggiungimento della presa in carico;
- identikit e profilo generale;
- raccolta dei dati (cartella clinica e socio-familiare, profilo psicologico, storia personale);
- pianificazione dei servizi necessari e proposta degli interventi;
- operatività decentrata, quindi non nell'ambito delle strutture, né come operatore sociale; (il *case manager* centra la propria attività sui bisogni della

persona incapace di trasmetterli a chi può rispondervi, come a medici, psichiatri, psicologi, assistenti sociali).

Il controllo del suo operare è automatico, in quanto sta nel continuo interscambio con i tecnici con i quali viene in contatto, oltre alla supervisione, se necessaria.

4. L'immagine

L'immagine (illustrazione grafica, film) è largamente utilizzata nei programmi di formazione dell'Optemur.

La presentazione delle esperienze pregresse - presupposti di questo lavoro – parte da una panoramica generale, che sinteticamente ne delinea i contenuti, per giungere a un'esposizione analitica. Sono stati elaborati strumenti che utilizzano anche immagini, le quali, costruite ad hoc, risultano essere validi mezzi per trasmettere più facilmente i loro significati, in particolari situazioni.

L'immagine - "segno iconico" - assomiglia in un certo senso alla cosa rappresentata e ne ha le stesse caratteristiche esterne (la fotografia di una persona lo è per eccellenza, nel senso che la può sostituire ai fini della comunicazione, ma non dice niente del suo carattere, delle sue attitudini particolari; è di facilissima lettura e non richiede decrittazioni particolari). Perciò, assai facilmente, i suoi fruitori – che possono essere numerosi nello stesso tempo – tendono a sostituire la realtà da essa rappresentata ed esercitare un comportamento di natura simbolica nei suoi riguardi.

Il modo in cui l'immagine stimola la partecipazione di chi la guarda può essere letto in prospettiva psicodinamica. La capacità umana di percepire scene, dipende dal contrasto e dalle dimensioni delle immagini che il sistema visivo riesce a distinguere. Murray, forte del noto rapporto funzionale tra i fenomeni percettivi e quelli emotivi, aveva addirittura pensato di poter determinare il grado di bontà-malvagità di persone sconosciute, semplicemente guardandole in fotografia. Comunque, un dato di fatto sicuro è che, come per i suoni, esistono le *armoniche delle immagini*, dove i concetti di durata, di successione, della direzione presente e futuro, hanno grande importanza.

Due sono i meccanismi psicologici fondamentali che intervengono di fronte all'immagine:

l'*identificazione*, per cui l'attore assimila un aspetto, una proprietà, un attributo di un'altra persona e si trasforma del tutto o in parte sul modello di quest'ultima. E' un processo fondamentale nel normale sviluppo della personalità di ciascuno e, nel contempo, un meccanismo di difesa, ben visibile in due situazioni, note come: l'*identificazione con l'aggressore,* quando l'attore evita l'angoscia assumendo il ruolo dell'aggressore e dei suoi attributi, e l'*identificazione con l'oggetto perduto,* dove si difende dall'angoscia e dal lutto per la perdita di una persona amata, mantenendo simbolicamente il rapporto con essa. E' un meccanismo normalmente presente nella nostra vita, contro la cui forza si reagisce continuamente, per evitare che vengano annullate le caratteristiche personali.

La *proiezione*, mediante la quale il soggetto espelle dal sé, e localizza

(proietta) sull'altro, desideri, sentimenti, qualità, significati propri, che di solito censura per sé. E' una difesa arcaica, che placa, spesso in modo labile o illusorio, l'ansia legata a emozioni vissute come pericolose, perché poco controllabili. Si manifesta in forme di pensiero "normali", infatti noi sempre creiamo il nostro mondo secondo il nostro modo di essere. A volte, però, è così forte da portare al non riconoscimento delle distinzioni fra sé e la realtà, quindi alla confusione mentale, alla depersonalizzazione o alla dissociazione.

Le immagini da noi utilizzate sono costruite su elementi visivi e sensoriali particolarmente intensi, in modo che il messaggio metaforico, trasmesso in termini fisici, consenta a certe associazioni di giungere *direttamente* alla sfera irrazionale, eludendo l'elaborazione dalla razionalità. E' noto - sul piano neuropsicologico - che, mentre gli elementi fantastici impegnano prevalentemente l'emisfero cerebrale destro, si abbassi la vigilanza di quello sinistro e, senza che il soggetto ne abbia consapevolezza, le immagini penetrino in lui, conficcandovi i loro valori con grande pregnanza.

Ciascun emisfero ha un proprio stile di elaborazione delle informazioni (specializzazione) e i due emisferi funzionano anche come un'unità di cooperazione (integrazione). Così per il linguaggio. L'elaborazione del linguaggio da parte dell'emisfero sinistro è consequenziale, logica e letterale, mentre quella dell'emisfero destro avviene in forma simultanea, olistica e implicativa. In altre parole, l'emisfero sinistro dispone nel giusto ordine ogni pezzo del puzzle, mentre il destro ne percepisce l'intera figura.

5. La Malattia

Prima, però, ci sembra opportuno accennare brevemente alle reazioni che una persona presenta quando si ammala e come si difende dalla malattia.

Durante il ricovero il degente non può far altro che tollerare la condivisione con altri di spazi, tempi, ritmi di vita diversi dai suoi, e ha l'impressione di essere uno dei tanti. La sua identità va in crisi. Forse, disorientato e confuso per il sentimento di abbandono e lontano dall'ambiente abituale, può non fidarsi di chi lo assiste e divenire esigente. In questo clima egocentrico, per di più amareggiato dalla perdita di intimità, fioriscono le sue rivalse. L'adattamento gli è ancora più difficile se il ricovero è improvviso, mentre può addirittura gradirlo se sta male da lungo tempo, perché ne riceve un senso di sicurezza. Se poi la degenza si prolunga oltre misura, rischia di farsi irritabile o silenzioso e di rinchiudersi in sé, mentre altri, ben sistemati, aiutano i compagni di sventura, dimostrando buona capacità di adattamento alla realtà.

Durante la malattia, il malato si protegge dall'ansia impostando una nuova modalità di relazione con il mondo. Le sue difese vanno riconosciute e rispettate, ma valutate per il loro valore, positivo o dannoso. Spesso scivola in regressione - rifugio frequente - chiede di essere protetto e accudito come un bambino, si lascia curare, e demanda ogni cosa a chi lo assiste, come a una madre. Tale presidio, utile in caso di gravità, è meno buono se la malattia è lieve o se si trascina a lungo, perché impedisce la ripresa normale. Qualcuno reagisce alla regressione in forma proiettivo-aggressiva, con un meccanismo noto come *formazione reattiva,* per fare intendere, a chi lo circonda, che considera la malattia come un attacco proditorio e gratuito. Succede allora che, pur disponendo di un carattere di norma affabile e tollerante, s'inviperisca, rendendo difficili i suoi rapporti con l'ambiente.

Altra difesa è la negazione totale o parziale, per cui il malato si comporta come se non fosse tale per nulla, trasformandosi in iperattivo, "isolando" la malattia, e parlando di essa come di un fatto estraneo alla propria persona.

Regressione, formazione reattiva e negazione sono le difese più frequenti, ma non le sole: a volte compare la *sublimazione* o si verificano cadute in depressione che, salvo quest'ultima, in genere risultano tutte utili e vanno rispettate, a meno che non si irrigidiscano al punto di nuocere o stravolgere idee e pensieri.

Nelle pagine successive illustreremo in sintesi alcune delle nostre esperienze di diverse aree della Medicina.

6. Il Case Management nell'area della gravidanza e maternità

La maternità, nell'arco dell'evoluzione biologica e nel suo iter fisiologico, si ripete in modo quasi sempre uguale, salvi restando gli aspetti psicologici della gestante, che rendono le gravidanze tutte diverse a causa dei vissuti interni, per la maggior parte inconsci. La gestazione è un lungo processo che precede di molto il parto, dove i vissuti profondi influenzano le paure e le fantasie più ricorrenti.

Diventare madri, prendersi cura del figlio, esserne responsabili e proteggerlo può costituire un forte stimolo all'indipendenza e un'occasione per tornare a contatto con certe parti di sé rimosse, quasi sempre riferite alla propria infanzia. E' un momento privilegiato di regressione, in cui la gestante si mette in contatto con l'io nascente del bambino e con quelle parti rimosse di sé bambina, per integrarle in una nuova immagine di sé, più ricca e completa. E' l'inizio di una nuova fase, di un nuovo destino.

Vi sono condizioni da rispettare. Una di queste è la "sicurezza sociale interiorizzata", cioè il bisogno della gravida di tenerezza e protezione che, se soddisfatto dal padre del figlio, le scongiura i pericoli immaginari della maternità e le paure interiori.

Ogni donna vive la sua gravidanza in modo personale, con conflitti e ambivalenze, promossi, da un lato, dai bisogni infantili di essere accudita e protetta e, dall'altro, dai contrapposti bisogni di accudire, difendere ed emancipare. In lei c'è la paura di perdere qualcosa di sé e la gioia di creare, perciò può vivere la nuova creatura come un parassita che la vuole divorare, e come oggetto che le accende l'amore. Ambivalenza normale, che nell'accentuata fragilità emotiva, si esprime con sbalzi di umore, che vanno dalla tristezza alla grande felicità.

Molte gravide riferiscono un calo d'interesse per i fatti esteriori e per le loro occupazioni abituali. E' un fenomeno creato da un meccanismo di introversione. Le loro esperienze psichiche, dovute a un intenso orientamento verso il mondo interiore, sono, da questo punto di vista, simili a quelle infantili, con la differenza che il bambino ha l'incapacità intellettuale di assimilare coscientemente i processi psichici.

La sottrazione delle energie psichiche dal mondo esterno è il primo passo verso l'orientamento interiore. Il figlio è ancora un prodotto della fantasia, ma da essa si va diversificando, perché la sua realizzazione è certa ed ha un termine preciso. Il bambino diviene allora parte della personalità della madre, che lo trasforma in un essere amato.

Per ogni donna – salvo rare eccezioni - la maternità è l'appagamento di

un antico desiderio, la realizzazione di una promessa ricevuta nel momento in cui ha accettato la sua natura femminile.

All'inizio della gestazione il bambino è invisibile e impercettibile. Nonostante la sua invisibilità totale, la madre struttura con lui un tipo particolare di relazione e di identificazione, per cui sposta la sua attenzione dal mondo esterno a quello interno, inducendo la regressione, momento di grande importanza per la fantasmatizzazione del bambino.

Poi il figlio diventa visibile all'esterno con il variare delle dimensioni interne di lei, e percettibile con la comparsa dei movimenti fetali.

Nell'avvicinarsi inconsciamente al figlio, e identificarsi con lui, la donna sembra a volte più bambina, ed è indotta a rafforzare i suoi legami con la propria madre. La sua regressione aumenta con il passare dei giorni e, con l'approfondirsi del rapporto con il figlio, giunge a coglierne e decifrarne i messaggi. E' di osservazione comune l'esistenza di una comunicazione empatica estremamente stretta che lega madre e bambino anche dopo la separazione fisica.

La gravidanza modifica il corpo, e ogni parte della donna contribuisce a questo cambiamento. Le modificazioni sono progressive e a poco a poco lei si rende conto che il suo mondo sta per cambiare attraverso una propria conquista, che toccherà la sua piena espressione a parto avvenuto. L'idea del futuro le suscita reazioni di attesa, utili a preparare l'ambiente per migliorarlo.

Se i rapporti fra lei e il padre del nascituro sono buoni, si costituiscono le basi migliori per il triangolo genitori-figlio. Il futuro padre riflette con stupore i cambiamenti della compagna e cerca di comprenderne il senso della maternità. Per aiutarlo, è bene farlo partecipare il più possibile, tenendo conto dei possibili sentimenti di esclusione e gelosie, che possono comparire in lui sia prima che dopo la nascita.

Anche la sessualità trova un nuovo modo di esprimersi. Possono sorgere timori per la salute del bambino e può diminuire la disponibilità della donna, che realizza con il bambino un rapporto di pienezza.

Alcuni sintomi tipici della gestazione (come il vomito e la nausea iniziali) e alcune paure possono essere comprese e valutate attraverso un esame psicologico. Questo permette all'operatore di chiarire l'importanza dei sintomi che si inseriscono nel progetto di maternità e quale sia la loro forza integrante. Infatti, solo la conoscenza della globalità della situazione permette di tutelare e difendere i desideri materni e i bisogni del futuro bambino.

L'intervento dell'operatore, con la comprensione e l'accettazione delle complesse dinamiche, può essere di aiuto nel superamento delle ansie di separazione e impedire che queste evolvano in angoscia o arrivino a incidere negativamente sui "tempi della gestazione".

Nelle ultime settimane, le contrazioni interne e la tensione emotiva suscitano nella donna un progressivo senso d'impazienza, che incrina l'armonia con il figlio e danno il via al conflitto tra il desiderio di espellere e di trattenere il bambino. E' come se la natura volesse facilitare la separazione.

Il parto è il momento in cui la donna si accinge ad affrontare la nuova creatura che non sarà mai più integrata dentro di lei. E' il momento in cui al rapporto psicologico e fantastico si aggiunge quello reale, il risultato di una poderosa interazione tra fantasia e realtà. E' un passaggio delicato, spesso oggetto di interferenze sociali sbagliate, atte a creare inutili traumi sia alla madre che al bambino.

In questa fase può essere d'aiuto l'utilizzo di un piccolo libro che, al di là dei classici suggerimenti di puericultura, consenta alla neo-mamma di cogliere tutti gli aspetti dei primi "approcci" con il proprio bambino.

Alcune, per esempio, mostrano difficoltà ad assumersi la loro maternità e delegano, con il loro comportamento, ogni responsabilità al personale medico e paramedico; altre tendono ad accollarsi ogni onere da sole, tralasciando anche i particolari utili a una corretta assistenza sanitaria. Spesso sono tormentate da un senso di inadeguatezza rispetto al prototipo socioculturale dell'accudimento e qualcuna teme di non possedere l'istinto materno, perché sente il proprio figlio totalmente sconosciuto.

L'ascolto delle preoccupazioni e la riformulazione delle ansie, al di là di sterili battaglie sul tipo di allattamento o sullo stile giusto della maternità, permetterà loro di recuperare velocemente la serenità, trovando soluzioni che non privilegino di volta in volta il bambino o la madre, ma che, intervenendo sul loro rapporto, realizzino una corretta azione di prevenzione per la salute mentale di entrambi.

La paura del parto trova le sue radici nel senso di colpa non risolto verso la propria madre, nella più profonda paura di separazione e della morte che accompagna la nuova vita. Durante il parto queste forze si combattono tra loro e vengono vissute a livello psicologico come lotta faticosa nel viaggio verso la luce, dove madre e figlio si identificano, e in un certo senso nascono insieme. La madre, nel prepararsi al ruolo materno, tende all'introversione; giocano a suo favore la sua maturità psicologica, interiorizzazione positiva del rapporto con la propria madre, l'amore e l'armonia con il proprio compagno, la serenità dell'ambiente fisico e sociale, l'impegno lavorativo che non ostacoli i bisogni specifici, mentre le forti tensioni, gli atteggiamenti depressivi, l'interferenza negativa sulla costruzione del bambino immaginario, l'immagine di sé svalorizzata, la percezione negativa della coppia di cui è parte, il sentimento di colpa e/o di rifiuto verso il bambino si ripercuotono negativamente e possono causare futuri disturbi della relazione con il suo figlio.

7. Il Case Management nell'area degli anziani in fase di riabilitazione

E' solo la speranza di una qualità di vita migliore che permette al paziente di tollerare il dolore, la fatica e la situazione di attesa di riscontri positivi, che spesso tardano ad arrivare. Il paziente anziano, proprio per la situazione legata all'età, che implica generalmente una perdita dell'autonomia, ha grande difficoltà a proiettarsi nel futuro e ad affrontare gli sforzi che la riabilitazione gli chiede.

Il rapporto con i tecnici della riabilitazione è spesso improntato alla dipendenza. Le richieste che vengono fatte da questi operatori riportano il paziente a una situazione infantile, con la conseguenza di trasmettergli un'immagine di sé svalutata, rispetto a quella precedente.

Questi vissuti individuali, inoltre, si sviluppano frequentemente in un contesto familiare, non solo poco disponibile a comprendere il tipo di aiuto che la persona richiede, bensì propenso a far passare come scelte del paziente soluzioni già previste per il futuro. Questo determina un'inibizione delle possibilità di esprimere sentimenti di aggressività e di rabbia nei confronti di soluzioni non accettate sul piano profondo. L'anziano, infatti, teme la perdita dei pochi legami affettivi rimasti, perdita che determinerebbe l'ulteriore aumento del senso di solitudine che già sperimenta. Il timore di non ritrovare i propri punti di riferimento in termini di spazio, di tempo e di rapporti interpersonali, aumenta la sua angoscia: il problema di eventuali cambiamenti che potrebbero avvenire nella sua vita diventa fortemente destrutturante. Queste circostanze angosciose sono spesso enfatizzate dall'idea della morte che l'anziano sofferente vive con grande ambivalenza.

In un simile contesto l'intervento di sostegno si propone di stimolare la motivazione alla riabilitazione. Facendo recuperare all'anziano il concetto di riappropriazione, anche di minime competenze - non tanto per ciò che queste possono costituire in termini di abilità, quanto piuttosto in termini di conquista e di attività - si può trasmettergli il senso del suo valore come persona.

Il presupposto è che l'anziano venga aiutato a recuperare il valore che aveva nel passato: per ottenere ciò, l'intervento di sostegno deve valorizzare le esperienze positive passate e le capacità di superamento delle difficoltà incontrate nella vita.

L'intervento di ascolto sottolinea il piacere della compartecipazione emotiva: in tal modo l'operatore, ponendosi in una condizione di recettività, trasmette all'anziano la consapevolezza delle proprie potenzialità. Lo aiuta inoltre a vivere meno drammaticamente l'ambivalenza nei confronti della

morte permettendogli di parlarne senza negarla, e programma con lui degli incontri che si succederanno nel tempo, dandogli così il senso della continuazione della vita.

Le esperienze condotte su questi presupposti, oltre a fornirci conoscenze dirette, hanno dato l'impressione che l'anziano aiutato, migliorasse la *compliance* verso gli interventi riabilitativi e farmacologici. In particolar modo l'aver sottolineato l'importanza e la possibilità di ricavare vantaggi anche da piccole conquiste motorie frenava i vissuti di rinuncia e di scoraggiamento.

8. Il Case Management nell'area dell'amputazione

E' di grande utilità un supporto psicologico a pazienti amputati per arteriopatia obliterante, senza alcuna possibilità di chirurgia ricostruttiva e ricoverati in reparto speciale a scopo riabilitativo. Il supporto psicologico mira a favorire l'accettazione e l'uso corretto della protesi, il cui utilizzo deve avvenire il più presto possibile. Questo vale soprattutto per l'anziano, perché quanto più questi rimane in sosta, tanto più gli riesce difficile l'apprendimento dell'uso corretto. Il giovane ha maggiori possibilità di recupero, anche se l'attesa per la protesi è generalmente lunga.

In risposta alla protesi ben accettata e utilizzata si aprono buone possibilità per una qualità di vita migliore. I pazienti, di solito, hanno affrontato l'intervento, senza sapere con sicurezza che sarebbero stati amputati. Nel reparto di riabilitazione vengono ricoverati per circa un mese, effettuano fisiochinesiterapia e devono iniziare la deambulazione con protesi. Di solito, dagli istituti di provenienza viene trasmessa una storia di fallimenti terapeutici, prima di arrivare all'atto estremo che è l'amputazione: sono fatti che determinano sforzi di alternanza tra speranza e delusione, fino alla disfatta. Essi arrivano alla riabilitazione appena amputati da 4-5 giorni, quindi bisognosi di assistenza medica.

L'igiene personale e l'alimentazione sono affidate alle infermiere e il personale paramedico appare piuttosto demotivato per il senso di impotenza.

La riabilitazione e l'uso della protesi mirano al raggiungimento della massima autonomia e dell'autosufficienza, che consistono nel recupero della deambulazione con l'uso degli ausili ortopedici.

I pazienti soffrono per lo schema corporeo alterato, per l'esperienza di arto fantasma, manifestano ambivalenza (atteggiamenti irrealistici, magici e ottimistici, che si alternano ad atti di rifiuto e di negazione della propria condizione attuale), ricercano rifugio nel passato di "sano" per sfuggire al futuro di "invalido", vivono faticosamente il presente, che vogliono percepire come provvisorio.

I parenti e gli amici non sempre riescono utili; condividono le loro illusioni e anche la tristezza che tentano di negare, negando così il diritto di esprimersi; cercano di distrarli e di rimandare nel tempo il confronto con la realtà.

Difficoltà sorgono nel momento in cui cercano di imporre a se stessi la propria identità, rifiutando, per esempio, certe modalità dell'uso della protesi. E finché si comportano da "bambini" e accettano la dipendenza da chi li assiste, trovano aiuto e comprensione, ma il paradosso affiora quando, in virtù di questa dipendenza, viene loro proposto di essere autonomi e autosufficienti.

Essi non sanno fino a quando e fino a che punto possono essere bambini. Da bambini vogliono essere curati, accuditi, educati, da adulti si percepiscono creditori e rivendicano qualcosa che gli altri, secondo loro, devono.

L'intervento di supporto psicologico, condotto per due mesi, mira a favorire la riabilitazione dei vissuti relativi al dolore della storia di perdita subita, a stimolare l'iniziale recupero di una positiva immagine di sé e a valutare l'uso dello strumento "gruppo", scegliendo il modello teorico più confacente (presenza del medico; presenza di pazienti dimessi, ecc.).

Si consultano medici, infermieri, terapeuti, pazienti vecchi e non, allo scopo di capire le differenti problematiche, fatto che può avvenire in forme diverse. Per esempio mediante incontri a piccoli gruppi, per il personale, con discussione sulla patologia dei casi e sugli aspetti psicologici correlati alle richieste dei pazienti; incontri con i singoli pazienti, utilizzando il modello psicoterapeutico, o con i parenti e/o i pazienti di vecchia data.

L'autosufficienza fisica non è altro che la capacità di sfruttare al massimo le proprie risorse residue, per affrontare i complessi compiti del vivere quotidiano nel modo più indipendente possibile. Pertanto l'obiettivo è quello di individuare tali risorse, rendere i pazienti consapevoli della presenza di tali riserve e accompagnarli in un confronto con la realtà, ponendoli di fronte ai possibili progressi che palesino le speranze per il loro futuro.

9. Il Case Management nell'area dei pazienti oncologici in fase avanzata

Sembra opportuno riprendere alcuni concetti anche se noti sulla reazione del paziente in questa situazione. La consapevolezza di avere una malattia mortale fa dare alla persona uno sguardo occasionale alla possibilità della propria morte.

Durante una malattia insorgono dei meccanismi di difesa, mobilitati dal bisogno di sopravvivere, che permettono di fronteggiare il nuovo stato di vita pieno di tensioni. La prima fase psicologica è caratterizzata dal rifiuto e dalla negazione: "*No, io no, non può essere vero*". Il rifiuto ansioso che consegue alla comunicazione della diagnosi è presente quasi sempre in ogni malato: ha la funzione di paracolpi, permette di ritrovare il coraggio e, col tempo, di mobilitare altre difese meno arcaiche e radicali. Nelle fasi successive il ritorno della negazione significa considerare la morte come possibilità, ma solo per un certo tempo, per accantonare ben presto questo pensiero, per continuare a vivere. Pertanto la prima reazione può essere un temporaneo stato di shock, dal quale il malato ne esce a poco a poco: chi lo ascolta con sensibilità e intuizione riconosce il suo stato, gli permette di difendersi, senza fargli notare la contraddizione, e rispetta i suoi tempi di rielaborazione.

Più avanti il malato potrà parlare della sua salute e della sua malattia, della sua mortalità e immortalità, come se fossero cose che possono coesistere, guardando così in faccia la morte, pur conservando la speranza.

Secondo il modo in cui viene informato, di quanto tempo ha a disposizione per riconoscere gradualmente l'inevitabile evento, e di come si è preparato durante la vita ad affrontare con esito positivo le situazioni, egli sostituirà il rifiuto con una parziale accettazione.

La seconda fase è caratterizzata dalla rabbia, dall'invidia e dal risentimento: *"perché proprio a me?"*. Contrariamente alla precedente, questa fase della collera è molto difficile da affrontare dal punto di vista della famiglia e del personale medico e paramedico. La ragione sta nel fatto che questa collera è proiettata in ogni direzione e sull'ambiente: dovunque il malato guardi in questo momento, troverà motivi per lamentarsi. Sarà solo attraverso la capacità di identificazione, ovvero la capacità di mettersi nei panni del malato, che il Case Manager riuscirà a tollerare l'aggressività, a comprendere le ragioni della ribellione, senza farne un problema personale, sapendo che il sollievo che gliene deriva è utilissimo e che lo porterà a sentirsi accettato, rispettato e compreso.

Potrà però fare questo, solo a patto di aver affrontato egli stesso la sua paura della morte, i suoi desideri distruttivi, nonché attraverso la consapevolezza delle sue stesse difese.

La terza fase è quella del compromesso: se il sofferente, nel primo periodo non è stato capace di affrontare la penosa realtà, e nel secondo è stato arrabbiato con Dio e con tutti, in questa terza fase viene a patti: da bambino ha imparato che se "fa il bravo" ottiene più facilmente quel che desidera; ora ha come desiderio fondamentale di veder prolungata la vita e di essere liberato almeno un po' dal dolore e dal disagio fisico. Pertanto prometterà una vita dedicata a Dio, o lascerà il corpo intero o in parte alla scienza in cambio di un po' di tempo in più da vivere.

Psicologicamente queste promesse si possono collegare con qualche colpa nascosta, e sarebbe quindi utile che queste reazioni non venissero sottovalutate dall'entourage, che finirebbe per rinforzare i potenti desideri di punizione. Il venire a patti, in realtà, è un tentativo di dilazione: deve includere un premio offerto per buona condotta, ponendo anche un determinato limite di tempo (cioè: ancora uno spettacolo, il matrimonio del figlio) e una promessa implicita che non chiederà di più, se gli verrà concessa questa dilazione. Inutile aggiungere che nessuno mantiene mai la promessa.

Quando il malato, con l'evolvere della sua patologia, non può più illudersi, allora scivola nella depressione. Una depressione reattiva, legata alla perdita subita (integrità corporea, ferita narcisistica, perdita di ruolo, di lavoro, di denaro) e una depressione preparatoria che prende invece in considerazione le perdite che stanno per accadere.

Gli interventi sono improntati all'incoraggiamento.

Possiamo incoraggiarlo se lo riconosciamo nella depressione reattiva (a una donna che si senta menomata nella sua femminilità per un intervento al seno, possiamo fare dei complimenti per qualche altro suo tratto particolarmente femminile) possiamo aiutarlo se è in crisi con il suo ruolo, prendendoci cura dei suoi problemi esistenziali, e offrirgli la nostra solidarietà e alleanza.

Quando invece la depressione è preparatoria all'imminente perdita di tutti gli oggetti del proprio amore, non occorre incoraggiare o rassicurare, ma condividere la preoccupazione, permettendo al malato di esprimere tutto il suo dolore. Sarà grato alle persone che sapranno stare con lui in silenzio, senza riproporgli costantemente la sua tristezza. Se ha avuto il tempo sufficiente, ed è stato aiutato a superare la fase sopra descritta, raggiungerà uno stadio in cui non sarà né depresso, né arrabbiato per il suo destino; potrà esprimere i sentimenti precedenti, invidia per le persone vive e sane, e collera verso coloro che non devono affrontare la loro fine così presto. Proverà tristezza al pensiero di dover lasciare persone e luoghi cari, e contemplerà la sua prossima fine con un certo grado di serenità. Sarà stanco e debole, avrà bisogno di assopirsi spesso e a brevi intervalli.

L'accettazione è quasi un vuoto di sentimenti, dove è soprattutto la famiglia ad aver bisogno di comprensione e appoggio più del malato stesso.

E' importante in questo senso, saper riconoscere i bisogni del morente, per non stordirlo con notizie o problemi del mondo: può rassicurarlo sapere

che non lo si lascerà solo quando non parlerà più, e che si è pronti a tenergli la mano e accarezzarlo in silenzio. Queste cose sono molto più comunicative e significative di molte parole "dette".

Abbiamo accennato alle diverse fasi che le persone vivono quando attraversano un percorso difficile: i loro meccanismi di difesa serviranno per diverso tempo e si sostituiranno l'uno dopo l'altro o esisteranno contemporaneamente l'uno accanto all'altro.

L'unica cosa che rimane è la speranza. Ogni ammalato lascia aperta una possibilità per una cura non ancora provata, per la scoperta di una nuova medicina o per il successo all'ultimo momento di un progetto di ricerca. E' questo barlume di speranza che lo mantiene in vita per giorni, settimane o mesi di sofferenza. E' necessario che chi gli si avvicina riesca a condividere con lui questa speranza, il che non vuole necessariamente dire che i medici gli debbano mentire: significa semplicemente che credano insieme con lui che possa succedere qualcosa di imprevisto, che possa avere una remissione clinica, e vivere ancora più a lungo.

In questo difficile percorso l'intervento di case management dev'essere duttile, volgersi in direzioni diverse e con diverse modalità.

10. Il Case Management nell'area nell'ambito della chirurgia estetica

L'intervento di chirurgia estetica può permettere al paziente di superare il sentimento di inadeguatezza personale determinato da una immagine corporea svalutata e non completamente accettata.

L'identità personale si correla strettamente all'aspetto fisico sin dai primi anni dello sviluppo. L'immagine e il valore del sé si integrano, attraverso le vie senso-motorie, con affetti e informazioni del vissuto personale e il confronto con le variabili ambientali e socio-culturali. L'*io psichico* si viene a strutturare su un *io somatico,* che costituisce non solo l'asse portante del mondo soggettivo, ma anche di quello relazionale. Le modificazioni estetiche, apportate dall'intervento chirurgico determinano perciò un positivo superamento del disagio psicofisico legato alla dicotomia creatasi tra Io reale e Io ideale, riducendo la sofferenza causata dalla incompleta utilizzazione del proprio corpo.

Il recupero armonico e consapevole dell'apparenza somatica desiderata consente alla persona di riacquisire l'emozione corporea originaria. Il corpo "rivalutato" e adeguato entra come parte positiva e attiva nella struttura della personalità: perde quindi la sua funzione di spettatore passivo e non appare più come un peso che impedisce un'apertura al vissuto dell'altro. Infine, l'intervento, ricomponendo l'unità Io-corpo, permette di riappropriarsi del significato delle molteplici esperienze passate, di cogliere appieno il senso della vita emotivo-affettiva e di risvegliare il dinamismo delle proiezioni. Si realizza in tal modo un'identità tra corpo ed esistenza, un benessere in cui l'Io aderisce al suo stato corporeo.

Il paziente che richiede l'operazione di chirurgia estetica svela i suoi bisogni più profondi e il suo universo interiore. Nella donna, il problema della consapevolezza di un aspetto fisico gradevole è più accentuato, perché si esige da lei bellezza e giovinezza, in linea con i canoni estetici dominanti . D'altra parte, anche nell'uomo si nota con sempre maggiore frequenza la necessità di un'immagine corporea efficiente, simbolo di potere e affermazione professionale e affettiva.

L'indicazione all'intervento di sostegno è stato focalizzata nella fase preoperatoria, che consente di esaminare con il/la paziente le sue esperienze, le fantasie e le aspettative, che costituiscono la motivazione della domanda di ricostruzione plastica. E' una domanda che simbolicamente rappresenta una guarigione e che, senza una adeguata riflessione, può rappresentare la negazione dell'angoscia di perdita e quindi un ostacolo al suo superamento.

In questa fase, l'ansia e le preoccupazioni sono contenute dall'operatore

di sostegno che le analizza alla luce della personalità del/ della paziente e del suo ambiente affettivo, relazionale e socio-culturale.

La precisione delle informazioni sull'operazione si pone come momento fondamentale per un ottimale adattamento psicologico. L'operatore, in collaborazione con il chirurgo, fornisce informazioni dettagliate sulle modalità, rischi e limiti dell'intervento, fatto che può prevenire un rapporto ambivalente e aggressivo verso il chirurgo, quando la ricostruzione non corrisponde alle aspettative.

Nella fase post-operatoria, il/la paziente può avere la necessità di manifestare le proprie ansie e paure per elaborare e creare una nuova immagine di sé.

La depressione, che a volte segue per qualche tempo un intervento di chirurgia estetica, può essere considerata una normale elaborazione del lutto, talvolta complicata da angosce, quando il paziente si sente minacciato dalla paura del rifiuto da parte delle persone dalle quali dipende emotivamente. La comprensione e 1'empatia del medico e dell'operatore consentiranno all'operato di giungere a una graduale modificazione dell'immagine corporea e a una nuova integrazione dell'Io corporeo.

11. Il Case Management nell'area dell'intervento chirurgico dell'adulto

Le ansie legate a un intervento sul proprio corpo alimentano nei pazienti fantasie minacciose e paure inconsce, tali da creare forti tensioni emotive e rendere la situazione di malattia poco controllabile a livello razionale e quindi molto angosciosa.

Per evitare che fattori emotivi soggettivi interferiscano negativamente sull'andamento in generale del trattamento chirurgico, è importante fornire al paziente le informazioni più chiare possibili relativamente alla realtà che deve affrontare, che deve essergli chiarita entro i limiti della sua comprensione e tolleranza emotiva. Per queste ragioni un intervento di sostegno centrato sulla problematica operatoria, sia prima che dopo l'intervento, può essere di aiuto al paziente e anche, indirettamente, al chirurgo.

In quest'ottica, l'intervento psicologico di sostegno consente al paziente di non negare le fantasie paurose, ma di condividerle e affrontarle: tutto ciò di cui si può parlare, e che può essere compreso e condiviso da altri, è più sopportabile. Naturalmente l'operatore dev'essere in grado di misurare la capacità del paziente a tollerare la frustrazione, e di valutarne il livello di crisi in rapporto alla sua storia e ai suoi vissuti. Il paziente così rassicurato diviene meno angosciato e confuso e più disposto a comprendere i termini della realtà che deve affrontare e quindi più disponibile a cooperare.

La preparazione all'intervento è stata svolta individualmente, per tenere nel massimo conto l'individualità e il funzionamento dei meccanismi di difesa del singolo paziente. Comunque può realizzarsi anche in gruppo, infatti le persone che vivono o hanno vissuto la stessa esperienza sviluppano sentimenti di solidarietà che concorrono a far sopportare meglio le ansie e le incertezze, che predispongono a una più corretta comprensione delle informazioni che si vogliono trasmettere.

In ogni caso, qualsiasi progetto di lavoro di sostegno centrato sulla problematica operatoria può essere elaborato solo con 1'apporto del chirurgo e di tutta la struttura sanitaria, per garantire l'impostazione corretta del programma di informazione.

12. Il Case Management nell'intervento chirurgico del bambino

L'intervento chirurgico scuote in modo traumatico la vita di un bambino, perché è un evento sconosciuto e pauroso che provoca un'interruzione nel suo normale processo di crescita.

La sua struttura psicologica, ancora molto dipendente dall'ambiente, e la sua modalità di rapporto con la realtà, dominata dal pensiero egocentrico e da intense valenze emotive, non gli permettono di elaborare e integrare correttamente gli elementi di realtà: la situazione di ospedalizzazione diviene per lui ancora meno controllabile e più ansiogena che per gli adulti. Le ansie legate a un intervento sul proprio corpo alimentano le sue fantasie e le paure inconsce di interventi punitivi da parte degli adulti.

Essere adeguatamente preparato e avere idee chiare sull'operazione consentirà al bambino di affrontarla con minore ansia e di ridurre il rischio di una rielaborazione esclusivamente emotiva.

Il bambino deve essere rassicurato su certe paure infondate, che spesso sono le stesse dei genitori. Può temere l'anestesia, e allora è importante che questa venga riportata a un sonno-sogno e non alla sospensione della vita. Può aver paura di sentire dolore durante l'intervento: è quindi necessario rassicurarlo che l'anestesia e i farmaci non lo faranno soffrire. Deve invece sapere che, subito dopo l'operazione, avvertirà dei disagi e un po' di dolore, ma che si farà di tutto per alleviarglieli e che, comunque, si risolveranno presto.

Preparare all'intervento ha anche lo scopo di eliminare l'ansia di fronte a situazioni sconosciute che non comportano sofferenza. Per questo è utile far vedere al bambino, qualche giorno prima, il posto dove verrà ricoverato, scegliendo di mostrargli l'ambiente più allegro (per esempio la sala giochi o la sala da pranzo) e fargli conoscere anche alcuni oggetti che verranno adoperati durante la degenza, senza tuttavia renderlo partecipe di situazioni sicuramente angoscianti.

Dire la verità infonde al bambino fiducia e lo predispone a credere nell'onestà delle persone che lo circondano. Un bambino non informato su quanto accadrà, sarà forse meno agitato, perché non sa a cosa va incontro, però la sua reazione successiva potrà essere più grave e sconfinare nella patologia. L'importanza della preparazione è valutabile solo a distanza, perché porta a un recupero più rapido e impedisce l'instaurarsi di sintomi reattivi o nevrotici .

I metodi con cui si possono raggiungere gli obiettivi desiderati devono tenere conto della capacità di apprendimento e di controllo delle tensioni ai vari livelli di età.

Il programma elaborato si rivolge a bambini di età compresa tra i tre e i dieci anni e si serve di uno strumento grafico con illustrazioni, con ricchezza di elementi sensoriali o spiegazioni verbali. E' stata scelta questa modalità perché più aderente alle caratteristiche del pensiero infantile.

I protagonisti della storia sono animali o altri personaggi, per consentire una identificazione, senza suscitare troppa tensione.

La storia presenta il percorso del piccolo paziente nei vari momenti della sua esperienza di malattia. Ogni scena è arricchita di elementi sensoriali e simbolici e di espressioni mimiche dei sentimenti, per far pervenire a livello inconscio dei messaggi positivi, al fine di sostenere l'Io, di scaricare la tensione e contenere la regressione. A rinforzo di questo, si suggerisce di offrire al bambino opportunità di vivere liberamente, attraverso la finzione del gioco o del disegno, gli elementi della storia che lo hanno più coinvolto emotivamente.

La storia deve essere letta dal genitore, anche dopo l'intervento chirurgico, perché il bambino possa riappropriarsi dei suoi vissuti, rivivendo i momenti più significativi della sua vicenda; infatti, portando alla luce le paure provate durante i giorni dell'ospedalizzazione, sarà più facile per lui superare la depressione e l'ansia.

E' importante che i genitori siano preparati a rispondere alle domande del bambino prima dell'operazione e che siano a conoscenza dei comportamenti da tenere subito dopo, per non scaricare sul figlio le proprie angosce. Inoltre è necessario fornire loro delle indicazioni su come affrontare il rientro a casa, per comprendere e tollerare meglio le possibili reazioni del bambino.

Questo programma di preparazione all'intervento chirurgico necessita di una stretta collaborazione con tutto il personale sanitario, che deve essere messo al corrente degli scopi che si prefigge, affinché anch'esso possa partecipare costruttivamente alla preparazione di ogni mezzo per realizzarlo.

Questa esperienza viene esposta più analiticamente.

Introduzione

La trattazione qui esposta è una sintesi dell'effettivo lavoro di presentazione di tutti i contenuti dell'argomento esaminato. Tale scelta deriva dalla impossibilità di concentrare in uno spazio limitato una materia oggetto di osservazione diretta, ed essendo un lavoro che si sviluppa su un tipo di intervento, ha la necessità di agganci teorici complessi e multipli, che non possono essere trascurati, per non rischiare di non essere compreso il significato globale di un certo tipo di procedura clinica. Di conseguenza il condensato potrebbe rendere più difficile la comprensione di alcuni elementi, quindi, per un eventuale approfondimento dei singoli argomenti, si rimanda al lavoro più esteso, giacente presso l'Optemur.

Le parti teoriche più generali e le interviste sono state ridotte a schemi, lasciando spazio maggiore alle conclusioni, da cui emerge l'importanza di una adeguata preparazione non solo del bambino e dei suoi genitori, ma anche di tutto il personale che con loro entra in contatto (infermiere, volontarie, insegnanti).

Certi interventi psicologici, indirizzati al bambino e alla sua famiglia, sono senz'altro utili, ma anche la preparazione più corretta, e meglio condotta, rischia di non raggiungere la sua piena efficacia, se coloro che circondano il paziente e i suoi familiari non sono poi in grado, in questi momenti di particolare tensione emotiva, di dare il sostegno più corretto e competente in linea con i messaggi trasmessi, ossia non abbiano ricevuto un'adeguata formazione specifica.

Da statistiche ufficiali riguardanti sia l'Italia che l'Europa, risulta che un bambino su due prima dei quattordici anni viene ospedalizzato almeno una volta. Il ricovero in ospedale non presuppone necessariamente la presenza di una patologia grave: può trattarsi di un pronto soccorso per piccoli incidenti o di interventi chirurgici semplici e minimali, se considerati da un punto di vista strettamente medico. Tuttavia, la permanenza in ospedale, e soprattutto la prospettiva di essere sottoposti a un intervento, se non sono stati oggetto di preparazione o spiegazione, possono rappresentare dei fattori traumatici e ansiogeni notevoli. Numerosi studi hanno evidenziato che la tensione che l'intervento chirurgico in particolare provoca nel bambino, non solo può produrre alterazioni emotive nella circostanza contingente, ma anche determinare compromissioni a lungo termine a livello psichico.

E' per questo motivo che da circa quarant'anni la psicologia ha cercato di rispondere al quesito: "è possibile ridurre le connotazioni ansiogene e traumatiche inerenti all'intervento chirurgico?".

Questa domanda rimanda alla ricerca dell'origine di ansie e traumi, alle reazioni del bambino, alla sua vita affettiva ed emotiva.

Aspetti Teorici

La situazione psicologica del bambino che affronta l'intervento chirurgico.

Il mondo interno del bambino è caratterizzato dalla compresenza (e dalla ancora scarsa differenziazione) di un pensiero di tipo "razionale" e di uno definito "fantastico"; ossia, nel mondo infantile, realtà e fantasia ancora si confondono. Proprio a causa di questa modalità di pensiero, la malattia può assumere per il bambino una valenza del tutto particolare: per lui è difficile comprendere la reale portata del suo disturbo, per cui anche un semplice intervento può assumere, ai suoi occhi, una connotazione di gravità superiore a quella reale. Inoltre, spesso il bambino interpreta la situazione come la con-

cretizzazione di minacce di punizioni per trasgressioni alle regole degli adulti, commesse nella realtà o nella fantasia. Può sentirsi quindi responsabile della propria malattia, sviluppando sensi di colpa. Infine, l'intervento chirurgico può suscitare fantasie di aggressione da parte dell'adulto, fantasie che sono ritenute il risultato della sopravvivenza di paure arcaiche e angosce primitive.

Lo stato emotivo del bambino è spesso difficile da comprendere. Come il piccolo paziente ha vissuto l'esperienza lo si può capire soprattutto nel periodo che segue la dimissione dall'ospedale; il valore della preparazione, infatti, appare in genere dopo all'intervento, osservando la mancanza o la presenza di sintomi di disagio.

Implicazioni teoriche relative alla preparazione all'intervento chirurgico

La ricerca scientifica e in particolare gli studi sulla percezione hanno messo in evidenza che quanto più uno stimolo è vago o poco strutturato, tanto più viene elaborato e riconosciuto in base all'azione di fattori emotivi; l'esperienza clinica ha ampiamente avallato questo dato, segnalando che tensioni, ansie e paure vengono generalmente risvegliate e alimentate da situazioni ambivalenti, non immediatamente riconoscibili.

Il rapporto proporzionalmente inverso tra il livello di chiarezza percettiva e cognitiva di una situazione e il livello d'ansia inerente alla stessa spiega almeno in parte, il fatto che un paziente con le idee chiare relativamente a ciò che deve subire, generalmente, lo affronta con minore apprensione.

Riferendoci alla già citata tendenza del bambino a sviluppare determinate fantasie nei confronti dell'intervento, risulta evidente come il chiarire la situazione con dati reali diminuisca la possibilità di un'elaborazione dell'esperienza in base a fattori emotivi. Esiste quindi un generale accordo sull'opportunità di anticipare e chiarire al bambino gli eventi a cui andrà incontro durante la propria permanenza in ospedale.

E' opportuno intervenire a diversi livelli (Plank, 1977).

1) l'azione deve essere mirata a eliminare paure infondate (ad esempio, la preoccupazione di non risvegliarsi dall'anestesia o di avvertire dolore durante l'operazione);

2) è necessario preparare il bambino sia a situazioni dolorose, che avverte confusamente come una minaccia, sia a potenziali sofferenze che non si aspetta e che, cogliendolo di sorpresa, potrebbero spaventarlo e indurre uno stato di continuo allarme e di sospetto;

3) un terzo livello di intervento è inerente alla preparazione all'ambiente ospedaliero, in quanto luogo nuovo e sconosciuto, che può indurre ansia e tensione.

Procedure di preparazione all'intervento chirurgico

Per raggiungere la complessità degli obiettivi descritti, sono stati studiati vari metodi che, pur basandosi sugli stessi denominatori, utilizzano procedure diverse per preparare il bambino all'intervento chirurgico.

Le tecniche oggi maggiormente utilizzate sono:

a) le informazioni;

b) il gioco;

c) il sostegno specifico da parte del personale sanitario;

d) il modeling.

Esse possono essere impiegate singolarmente oppure, più spesso, combinate nell'ambito di un programma integrativo.

Le informazioni

Scopo: ridurre l'ansia del paziente, aumentando la prevedibilità dell'evento temuto.

Fattori ansiogeni per il paziente:

- incertezza circa gli eventi;
- incertezza circa le sensazioni, soprattutto dolorifiche;
- incertezza circa le proprie capacità di affrontare la situazione.

Tre tipi di informazioni trasmesse:

Informazioni sulle *procedure*: descrivono la sequenza degli eventi, la loro motivazione e l'uso degli strumenti e dei materiali impiegati.

Informazioni *sensoriali:* descrivono le sensazioni che precedono, accompagnano e seguono le procedure mediche.

Informazioni di *coping:* suggeriscono al paziente quali comportamenti adottare per minimizzare le esperienze di dolore e gli altri effetti negativi dell'intervento.

Strumenti delle procedure tramite informazioni:

- comunicazione verbale;
- materiale scritto: libri;
- opuscoli.

Il Gioco

- Il gioco come attività essenziale per lo sviluppo intellettivo, affettivo, motorio e sociale del bambino;
- il gioco come attività utile a ridurre la tensione nel bambino ospedalizzato.

Sue diverse funzioni:

a) aiuta il bambino a superare i disagi causati dal ricovero;

b) permette al bambino di esprimere e scaricare angosce e conflitti attraverso il capovolgimento dei ruoli;

c) viene utilizzato come strumento per preparare i bambini alle procedure mediche.

Strumenti delle procedure basate sul gioco:

- drammatizzazione mediante bambole o pupazzi di peluche e materiale medico, vero o finto;
- disegno.

Il Sostegno specifico da parte del personale sanitario

Importanza del sostegno sociale per il benessere e la salute dell'individuo.

Il sostegno assolve tre funzioni principali:

1) un aiuto strumentale, ossia le azioni o i materiali forniti da chi svolge determinate mansioni;

2) un soccorso socio-emotivo, ossia la dimostrazione di simpatia, amore, stima, cura;

3) un aiuto informativo, ossia la comunicazione di fatti e opinioni rilevanti per le difficoltà che il soggetto sta affrontando, in modo da rendergli più facile l'adattamento alla situazione stressante.

Condizione indispensabile per prestare l'assistenza è l'empatia verso il prossimo.

Il tipo di sostegno fornito dipende sia dalla situazione obiettiva che dal tipo di risposta allo stress data dal paziente.

Fondamento teorico: le teorie di Richard Lazarus.

Strumenti di sostegno:

- capacità di ascolto e di comprensione di messaggi verbali e non verbali;
- supporto emotivo;
- finzione informativa al paziente e alla sua famiglia.

Il Modeling

Modello di apprendimento basato sull'osservazione e l'imitazione di un comportamento altrui.

Sottoprocessi che influiscono sull'apprendimento imitativo di un certo comportamento:

- a processi attentivi;
- processi di ritenzione;
- processi di riproduzione motoria;
- processi motivazionali.

Le procedure di modeling vengono utilizzate come metodo di:
- acquisizione;
- facilitazione.

Variazioni di modeling maggiormente utilizzate:
- modeling graduato: il modello dà vita a comportamenti via via più difficili da imitare;
- modeling guidato con e senza rinforzo: al modeling si aggiungono altri interventi per guidare il soggetto a ripetere l'azione osservata, a volte con l'utilizzo di un rinforzo subito dopo la ripetizione per fissare l'apprendimento;
- modeling partecipante: il soggetto, oltre a osservare il modello, viene fisicamente guidato ad entrare in contatto con la situazione temuta per ridurre al propria paura;
- modeling simbolico (o metaforico): il soggetto osserva il modello che affronta la situazione temuta attraverso strumenti quali video o libri che utilizzano metafore.

Il modeling metaforico

Per chiarire il senso di questa procedura, occorre necessariamente fare un breve excursus teorico sulla metafora terapeutica, sui cui principi tale tecnica si basa:

a) la metafora è una forma di linguaggio simbolico usato nei secoli come metodo di insegnamento per comunicare indirettamente e più significativamente (le parabole del Vecchio e del Nuovo Testamento, gli scritti della Qabbalah, del Buddismo, dello Zen);

b) nella comunicazione con i bambini, l'uso delle metafore avviene spontaneamente, per fare comprendere al bambino una situazione che altrimenti non potrebbe cogliere.

La metafora è una forma di conoscenza (Kopp, 1985) ossia un mezzo di comunicazione con cui una cosa viene espressa nei termini di un'altra.

Nell'elaborazione della comunicazione metaforica viene attivato l'emisfero cerebrale destro, che partecipa ai processi emozionali e immaginativi più del sinistro, sede, invece, dei processi razionali.

La metafora, come strumento terapeutico, si basa sul fatto che i bambini non cercano di capire la storia che viene loro raccontata e che non è necessario analizzarla o rendere coscienti i suoi elementi; i bambini entrano nella storia con la loro immaginazione e, una volta attivata, questa facoltà diventa la causa determinante del cambiamento.

Per avere efficacia terapeutica, la metafora deve evocare una familiarità relazionale, una realtà condivisa e sperimentata nella vita, in modo che il bambino possa identificarsi con i personaggi e con la storia.

Nella storia, è necessario che il problema appaia in forma abbastanza pre-

cisa, ma in maniera indiretta, per evitare disagio. Bisogna che la connessione fra il problema del bambino e il problema metaforico rimanga inconscia, al fine di favorire l'attenzione delle capacità e delle risorse in modo non minaccioso.

E' l'identificazione che rende terapeutica la metafora. Attraverso l'identificazione, il senso di isolamento del bambino ("nessuno ha il mio problema") viene sostituito da un senso di esperienza condivisa. Tale connessione rimane inconscia e può attivare capacità e risorse, senza minacce.

Riassumendo, l'efficacia terapeutica della metafora si basa su:

- familiarità relazionale;
- realtà condivisa e sperimentata dal bambino;
- identificazione nei personaggi della storia.

Il modeling, soprattutto quello metaforico, è la tecnica maggiormente utilizzata con i bambini ospedalizzati; è impiegato come procedura di preparazione all'intervento chirurgico per ridurre le ansie e le preoccupazioni a esso connesse. Il bambino viene infatti gradualmente esposto agli stimoli che causano paura, osservando il modello che affronta con successo l'esperienza stressante. Lo scopo di tale procedimento non consiste soltanto nel ridurre le paure disadattive, ma anche nel prevenire l'instaurarsi di eventuali comportamenti problematici. Il suo fine è anche quello di migliorare la compliance (cooperazione) e di diminuire l'ansia e i comportamenti negativi post-operatori.

Un'esperienza di modeling metaforico

Analisi e descrizione di un programma di preparazione all'intervento chirurgico tramite modeling metaforico.

Questo programma è stato elaborato per preparare all'intervento chirurgico bambini dai tre ai dieci anni; coinvolge sia i piccoli pazienti che i loro genitori.

Questo tipo di preparazione (collettiva) prevede l'utilizzo integrato di alcune delle tecniche fin qui esaminate, ossia le informazioni, il gioco e il modeling. Esso include la presentazione di un libro illustrato (modeling) che leggono anche i genitori, seguita da un momento di drammatizzazione con pupazzi e materiale chirurgico (gioco) o, in alternativa, di espressione grafica tramite disegno; questo per quanto riguarda i bambini.

Ai genitori vengono invece fornite adeguate informazioni in merito alle condizioni psicologiche del bambino ospedalizzato e alcuni suggerimenti pratici di carattere generale, per assistere nel modo migliore il proprio figlio durante il ricovero, e accolte eventuali domande. E' importante che anche i genitori vengano adeguatamente preparati, perché il loro stato d'animo si ripercuote inevitabilmente sul bambino. Alla fine dell'incontro, bambini e

genitori vengono condotti in corsia, dove possono prendere un primo contatto con l'ambiente dove il piccolo paziente verrà presto ricoverato.

Verrà descritto, punto per punto, come si svolge la preparazione e quali sono i presupposti teorici che sono alla base dei singoli momenti in cui essa si articola.

Indagine condotta

Interviste con i genitori dopo l'intervento chirurgico.

Le interviste, eseguite pochi giorni dopo le dimissioni dall'ospedale, sono state analizzate in base a cinque indici, per sondare l'efficacia dello strumento preso in esame:

1) aspettative dei genitori nei confronti della preparazione;
2) a preparazione avvenuta, come è stata affrontata la fase pre-operatoria;
3) come sono stati affrontati i primi momenti post-operatori;
4) eventuali comportamenti alterati del bambino al rientro a casa;
5) eventuali suggerimenti dei genitori.

Conclusioni

Ipotesi circa l'effettiva utilità della procedura e del metodo utilizzato.

La preparazione del bambino all'intervento chirurgico, sulla base dei recenti studi, che sostengono come una persona precedentemente informata sull'intervento che deve subire risulti, in genere, meno turbata dall'esperienza del ricovero e come anche il suo percorso di guarigione diventi più rapido (Schneider, 1972) ha stimolato l'interesse a esaminare, in bambini preparati, il comportamento e le reazioni emotive di fronte all'esperienza del ricovero.

Il modeling metaforico è indubbiamente uno strumento ben accettato. Può essere usato efficacemente in gruppo, quindi ben si presta all'utilizzazione nella struttura ospedaliera con interventi chirurgici programmati, anche se si può affermare che al giorno d'oggi le condizioni del bambino in ospedale siano buone, se raffrontate al passato; grazie infatti alla progettazione di ambienti sempre più ampi e stimolanti e all'apporto di figure competenti, quali le assistenti di gioco, l'ospedale non evoca più necessariamente un'immagine triste e desolante, ma può trasformarsi in un ambiente in cui anche i bambini costretti a vivervi per lungo tempo possono ben adattarsi, esprimere se stessi e soprattutto essere aiutati nel loro processo di guarigione e crescita (Calza 1988).

Si è potuto osservare come la presenza della figura materna sia senz'altro un elemento indispensabile per migliorare e rendere al bambino più sopportabile il ricovero. Gli psicologi infantili sostengono che "il legame madre-

bambino è unico e insostituibile, a volte perfino efficace ai fini della cura, in quanto la relazione madre-figlio è l'unico punto rassicurante per il bambino ospedalizzato, disorientato da una serie di eventi e situazioni che può anche non comprendere " (Calza, 1988).

E' altresì opportuno sottolineare che, affinché la madre contribuisca a mitigare le ansie del proprio bambino, è necessario che le venga dispensata una preparazione e quante più informazioni possibili sul ricovero e l'eventuale intervento del figlio; non possiamo parlare di "preparazione del bambino all'intervento chirurgico" se prima non provvediamo a "preparare" e a informare il genitore del bambino; pertanto qualsiasi iniziativa inerente alla preparazione del bambino all'intervento chirurgico si rivelerà poco efficace se il genitore non vi prenderà parte o non ne comprenderà lo scopo.

Il gruppo di discussione con i genitori risulta molto utile e riscuote notevole interesse; il suo obiettivo, incentrato sul dare spazio ai vissuti della madre, a come questa vive la situazione di ricovero del figlio, sul dispensare spiegazioni verbali di tipo psicopedagogico, risulta subito ben chiaro.

L'incontro con i genitori dimostra come una preparazione all'intervento possa agevolare madre e bambino insieme: la mamma si rende conto che la si vuole aiutare, che si pensa anche alle piccole cose, che con lei si desidera instaurare un clima familiare.

Quasi un'ora di tempo è dedicata alla preparazione dei genitori e alla spiegazione dello scopo di tale iniziativa, altro tempo è utilizzato per spiegare il senso e l'utilità del libro illustrato.

Poiché, per ragioni organizzative, può accadere che non sempre i tempi ritenuti ottimali per la preparazione vengano rispettati, il libro illustrato rischia di restare poco impresso, senza centrare lo scopo per cui è progettato. Anche Melamed e Siegel (1975), a proposito del momento più adatto per preparare il bambino all'intervento, ritengono che, soprattutto i bambini più piccoli, avrebbero bisogno di una preparazione a breve distanza dal ricovero; nel caso dunque del libro illustrato preso in esame, forse potrebbe risultare più utile se venisse spiegato più di una volta.

Il più delle volte sono presenti alla preparazione i bambini più piccoli (3-7 anni), per cui le informazioni vengono presentate loro in modo visivo, in quanto ritenuto più adatto ed efficace per loro, mentre per i più grandi (8-10 anni) risultano più efficaci le informazioni verbali o le visite del reparto effettuate prima dell'ammissione. L'incontro di preparazione potrebbe dare risultati più soddisfacenti se il libro illustrato fosse supportato da un dialogo tra chirurgo e bambini, in cui il medico potrebbe dispensare ai pazienti meno piccoli, in relazione ai loro dubbi e alle loro ansie, informazioni di carattere sensoriale e procedurale. Anche Shulters e alt. (1987) sono del resto d'accordo nell'osservare come la preparazione all'intervento basata su un solo tipo di procedura sia utile ma non sufficiente per mitigare l'ansia del paziente,

mentre l'utilizzo di più procedure insieme (es. modeling + informazioni verbali) più facilmente può produrre effetti positivi.

Poiché il disegno di avvale di simboli, difficilmente questi ultimi si possono interpretare se non si conosce bene la storia del soggetto autore del disegno. I disegni dei bambini hanno quindi permesso di effettuare una serie di osservazioni piuttosto superficiali; non si possono azzardare interpretazioni troppo ardite proprio perché, essendo a contatto con i pazienti per poco tempo, non c'è il tempo sufficiente per conoscere nei particolari la storia dei singoli soggetti. Anche se i disegni forniti, che è stato possibile esaminare non sono apparsi particolarmente significativi, hanno confermato il fatto che i bambini non hanno vissuto il ricovero e l'intervento in maniera traumatica; nessun disegno raffigura infatti immagini tristi o angoscianti.

Per concludere, si può affermare che la preparazione del bambino all'intervento medico-chirurgico è senz'altro utile, proprio perché ormai, come già accennato, esiste un generale accordo sulla necessità di intervenire per eliminare le paure infondate presenti nel bambino ricoverato e per prepararlo ad affrontare situazioni che, seppur dolorose, almeno non lo colgano di sorpresa. Naturalmente è necessario prendere in considerazione diverse variabili che possono influire positivamente o negativamente sull'efficacia di un metodo di preparazione; si tratta cioè di intervenire tenendo bene in considerazione elementi quali l'età del bambino, il tipo di intervento che deve subire, la durata della degenza, se si tratta della prima esperienza di ricovero, ecc.

Non è possibile certo stabilire quale delle procedure di preparazione sia più efficace delle altre, anche perché sarebbe necessario un confronto tra procedure diverse utilizzate in differenti ospedali e oggi sono ancora pochi gli ospedali in cui esiste un programma di preparazione appositamente organizzato per i bambini e i rispettivi genitori.

Pertanto l'indagine sulla procedura del modeling metaforico, indicato dalla letteratura, si è confermato come il metodo più utilizzato e più adatto al giorno d'oggi per preparare i bambini all'intervento chirurgico (Eiser, 1984).

Certamente esistono difetti all'interno del programma di cui sopra, dovuti a problemi di carattere organizzativo; in ogni caso è comunque positivo il fatto che anche in Italia, sulla scia di iniziative già da anni presenti in molti ospedali all'estero, l'interesse nei riguardi del bambino ospedalizzato non sia più focalizzato soltanto sulla guarigione fisica, ma anche su problemi di ordine emotivo e psicologico.

Appendice

Analisi e descrizione di un programma di preparazione all'intervento chirurgico tramite modeling metaforico.

In questo programma la preparazione si svolge in un'unica seduta e ha luogo solitamente due-tre settimane prima del ricovero, per consentire ai bambini di rielaborare e assimilare bene le informazioni ricevute.

La preparazione deve infatti essere fatta in un tempo ottimale, ossia né troppo presto né troppo tardi: se si parla dell'operazione troppo in anticipo, i meccanismi di difesa che il bambino mobilita come reazione all'ansia si disintegrano; se se ne parla troppo poco tempo prima, tali meccanismi non hanno il tempo di costituirsi, né le informazioni di essere assimilate adeguatamente.

1. Presentazione del libro illustrato

Bambini e genitori vengono convocati nella sala giochi del reparto, dove assistono, in gruppo, alla presentazione del libro illustrato, appositamente studiato. Esso, come strumento di modeling metaforico (misto, in quanto contiene anche la comunicazione di informazioni), illustra come fosse una fiaba, ma con contenuti vicini alle esperienze del bambino, l'iter che il cagnolino Toby deve percorrere prima durante e dopo l'intervento chirurgico.

La storia illustra questo percorso: il cagnolino Toby viene visto nel suo ambiente domestico, intento a giocare, con la mamma poco distante da lui, che si occupa delle faccende di casa. Ad un certo punto, il cagnolino si lamenta per un dolore all'addome, talmente persistente che la mamma (impersonata da una cagnetta) decide di condurlo dal medico dei piccoli animali, il cui ruolo è invece impersonato da un uomo. Il dottore fa una diagnosi e prospetta la necessità di un ricovero per verificare l'eventualità di un intervento chirurgico.

Il cagnolino Toby viene così condotto in ospedale, dove viene confermata l'esigenza di sottoporlo ad un'operazione.

Vengono poi mostrate le varie fasi della degenza (l'accoglienza l'assegnazione del lettino, l'incontro con altri animaletti ricoverati) e della vita di reparto (i pasti, le visite, gli accertamenti clinici).

E' importante sottolineare come la figura materna sia sempre presente accanto al cagnolino.

Il giorno dell'operazione, Toby viene preparato e quindi condotto in sala operatoria, dove sono presenti medici e infermieri, sempre impersonati da adulti, e viene anestetizzato; tale procedura prevede che Toby soffi in un palloncino: questo lo farà addormentare e gli farà fare un lungo e piacevole sogno ambientato in un ricco e rilassante giardino. Toby sogna di giocare. Viene sottolineato, in questo contesto, il fatto che durante l'operazione non sentirà alcun dolore.

Il libro mostra poi tutta la fase post-operatoria, le terapie, i disagi, nonché le eventuali sensazioni dolorose che Toby potrà avvertire.

Tutto questo viene naturalmente presentato senza elementi ansiogeni per il bambino; lo stesso dolore viene preannunciato come sopportabile e transitorio, comunque finalizzato al benessere successivo del piccolo paziente. Lo stesso dicasi per i farmaci poco gradevoli e per le manovre mediche. Anche in questi casi, viene comunque messa in rilievo la costante e rassicurante presenza della mamma.

Il libro rimanda in conclusione, a una soluzione positiva: il cagnolino Toby è guarito, sta bene e può tornare a casa, ai suoi giochi.

Presupposti teorici

Molteplici sono i contenuti di questo libro, nonché i messaggi che esso si propone di inviare. Analizziamoli nel dettaglio.

La paura dell'ignoto

Come già accennato in precedenza, maggiore è il livello di chiarezza cognitiva e percettiva di una situazione, minore è il ricorso a fattori emotivi nell'elaborazione personale di essa; quindi, maggiore è il grado di conoscenza di ciò che si deve affrontare, minore sarà il livello di ansia sviluppata.

Questo vale soprattutto per i bambini, che non hanno ancora ben acquisito la distinzione tra realtà e fantasia e possono caricare di significati abnormi la malattia, l'intervento chirurgico, l'ambiente ospedaliero, ecc.. Il bambino non adeguatamente preparato a tutto ciò può riportare un grosso trauma dall'esperienza del ricovero; da qui, la necessità di mostrare anticipatamente al piccolo non solo l'iter completo dal ricovero alla dimissione, ma anche l'ambiente fisico (ospedale, stanza, letti, ecc.) in cui egli si troverà inserito.

La scelta della metafora

Il libro si basa sugli stessi contenuti della metafora terapeutica: vi è familiarità relazionale tra le esperienze del piccolo paziente e il protagonista della storia e le sue vicende; sono rappresentate le difficoltà da superare, sono individuate e mobilitate risorse interne ed esterne e vi è, infine, una fase finale di riconoscimento e celebrazione.

La metafora, come la fiaba favorisce processi identificatori, ma in questo caso, a differenza della favola, si riferisce a una realtà che il bambino dovrà affrontare personalmente; osservando il comportamento del cagnolino Toby che funge da modello, il bambino può apprendere e imitare diverse strategie

di coping che potranno essergli utili nel momento in cui affronterà l'intervento.

Bambini e cagnolini

Nel libro, i ruoli del piccolo paziente, dei suoi genitori e dei suoi amici, vengono affidati ad animali. Questo viene fatto con uno scopo ben preciso: la scelta di far assumere a un cagnolino, anziché a un bambino in carne ed ossa, un ruolo che può implicare ansia e sofferenza è giustificata dalla necessità di assicurare al bambino un livello emotivo tollerabile attraverso un confronto che gli consenta di identificarsi nella situazione, rimanendone però, nel contempo, un po' "distanziato".

Il ruolo dei protagonisti attivi, i medici e gli infermieri, ossia gli adulti che curano e intervengono, è svolto invece da persone, ossia da adulti, in quanto più rassicuranti; il piccolo paziente deve sentirsi protetto e avere la certezza di essere seguito da persone competenti. La figura umana, anche se infantile, risulta, a questo scopo, più adatta, più rassicurante, più competente, rispetto a un animale.

Gli elementi sensoriali

Nel bambino, a causa del pensiero concreto che lo caratterizza, come Piaget ha segnalato, l'apprendimento è tanto più facile quanto più si basa su caratteristiche sensoriali e quanto più il soggetto può apprendere in modo attivo.

Ciò è stato tenuto in considerazione nella scelta dell'impostazione del libro, che è quindi molto ricco di elementi sensoriali quali colori, riferimenti a odori, che permettono una migliore e più diretta ricezione dei messaggi del libro stesso, ossia facilitano l'apprendimento.

Questa tecnica permette infatti di arrivare direttamente ai livelli inconsci più profondi.

La presenza della mamma

Un messaggio fondamentale che il libro si propone di trasmettere è: "La tua mamma ci sarà sempre!".

La presenza materna caratterizza infatti, tutto lo svolgimento della vicenda; l'angoscia della separazione, dell'abbandono, della solitudine, può essere molto forte nel piccolo: è importante, quindi, rassicurarlo sulla costante vicinanza della figura di attaccamento. Ai piccoli pazienti verrà a questo scopo, mostrato il letto in cui uno dei genitori pernotterà e i genitori stessi (la

cui presenza viene, tra l'altro, incoraggiata e non solo tollerata) vengono invitati ad avvisare il bambino ogniqualvolta avranno la necessità di allontanarsi dalla sua stanza.

Il concetto di tempo

Il bambino ha una concezione del tempo molto diversa da quella dell'adulto, soprattutto il bambino piccolo. In lui, questo concetto non è ancora ben sviluppato, è soggettivo, in quanto improntato su valenze emotive; a lui ogni attesa può apparire lunghissima. Bisogna quindi tenere conto di queste sue caratteristiche nel momento in cui lo si invita ad attendere o a sopportare un disagio o una sofferenza. Da qui, la necessità di riportare il piccolo a qualcosa di concreto, a qualcosa che gli serva come punto di riferimento reale a cui rapportare ciò che, altrimenti, rimarrebbe, per lui, un concetto astratto.

Sempre in riferimento al concetto di tempo, è necessario focalizzare l'attenzione del bambino sulla transitorietà della situazione, ossia sul fatto che la degenza, l'intervento, ecc., hanno una durata ben precisa e limitata.

Il libro presenta quindi un percorso, collocando i vari avvenimenti in un contesto temporale definito, ossia mostrando che ogni evento ha un inizio e una fine (ricordiamo che il bambino piccolo può vivere certe situazioni come "eterne").

La condivisione dell'esperienza

Il bambino può verificare, tramite il libro, che non sarà il solo a vivere certe esperienze, ma che esse potranno essere condivise con altri parenti, rappresentati qui da altri animali. Questo serve a sdrammatizzare parzialmente la situazione.

La stabilità del mondo esterno

Il bambino piccolo, proprio a causa di quella particolare percezione del tempo può percepire il breve allontanamento da casa, motivato dal ricovero, come un periodo lunghissimo e può insinuarsi in lui il timore che, nel frattempo, si verifichino dei cambiamenti nell'ambiente che gli è familiare, ossia a casa.

Nel libro viene, quindi, posta in rilievo la continuità di determinati fattori (gli spazi, gli oggetti d'arredo, le piante, i giocattoli, ecc.) affinché il bambino si rassicuri sul fatto che, al suo rientro, troverà ciò che aveva lasciato. Il

mondo esterno gli viene quindi rimandato come stabile. In sede di successivo colloquio informativo, verrà suggerito ai genitori, proprio per sottolineare l'importanza di questo rapporto continuativo, di portare in ospedale un giocattolo del bimbo, magari il suo preferito, o comunque uno dei suoi oggetti, che possa agganciarlo alla sua realtà.

L'anestesia

Nel libro, il periodo di tempo in cui il bambino è anestetizzato viene presentato come un momento in cui il piccolo, addormentato, può fare un bellissimo sogno. Viene messo in rilievo il fatto che durante l'intervento non verrà percepito alcun dolore e che al sonno seguirà come sempre, il risveglio.

I principali timori manifestati dal paziente si riferiscono, infatti, alle sensazioni dolorifiche, nonché alla sensazione di "perdita di controllo" che accompagna il momento dell'addormentamento. Quest'ultima, in particolare, è una paura indotta dagli adulti, a volte eredi di vecchi retaggi culturali che vedevano nell'anestetico un fattore di potenziale pericolo.

Bambini e adulti vengono quindi rassicurati, soprattutto nel corso del colloquio informativo che segue la lettura del libro, sulla totale sicurezza dei farmaci odierni; i genitori, in particolare, vengono invitati a non disturbare il bambino appena rientrato dalla sala operatoria, al fine di accertarsi delle sue condizioni, in quanto tale verifica è già stata effettuata in altra sede dal personale preposto.

Il riconoscimento del dolore

E' molto importante non negare il dolore fisico che il bambino può provare: per quanto lieve e transitorio esso possa essere, è comunque, per il piccolo, un dato concreto, e come tale va riconosciuto da chi gli è accanto. Come si vede anche nella storia, mamma stessa dice al cagnolino Toby: "Ti fa male la pancia", ossia prende atto della sofferenza del bambino e non la sottovaluta.

Il bambino va eventualmente consolato e rassicurato, riconoscendo la sua sofferenza e inserendola in un contesto concreto, ossia circoscrivendola entro limiti temporali percepibili e riconoscibili (es. "Ti passerà questa sera, quando mangerai la pappa").

L'esperienza del dolore deve inoltre essere riportata a un vissuto precedente, che il bambino aveva già affrontato e ben superato in passato.

La ribellione

Il bambino, soprattutto se piccolo, non disponendo dei necessari strumenti cognitivi, non può comprendere la necessità terapeutica dell'intervento a cui viene sottoposto, né l'utilità e lo scopo delle varie indagini diagnostiche, delle terapie e delle manipolazioni a cui deve sottostare.

Spesso, egli viene ricoverato per risolvere patologie quali il criptorchidismo (malformazione per cui non avviene la normale discesa dei testicoli nello scroto) oppure il trattamento di ernie, cisti, ecc., ossia situazioni che il piccolo non percepiva come fastidiose, e può quindi non riuscire a cogliere l'utilità di un intervento di cui non comprende la necessità e che può anche, a volte, comportare una modificazione rilevabile del suo corpo e, di conseguenza del suo schema corporeo. Inoltre, il bambino non riesce a cogliere la differenza tra grave e non grave, perciò anche un intervento obiettivamente banale può assumere ai suoi occhi una rilevanza sproporzionata e risultare traumatizzante.

I genitori vengono pertanto invitati a tollerare pazientemente i pianti e le ribellioni del bimbo, manifestazioni, tra l'altro, normali in un paziente "sano" e non "depresso".

La conclusione positiva

Il libro rimanda l'immagine di una soluzione positiva di tutta la vicenda: il cagnolino Toby, guarito, ritorna a casa dove può ritrovare il suo ambiente e tornare ai suoi giochi. E' importante presentare al bambino un felice esito dell'esperienza vissuta, accompagnandolo con alcuni concreti propositi per il futuro (es. "Andiamo a casa, dove faremo questo e quest'altro").

La regressione

Può accadere che il bambino, tornato a casa, manifesti atteggiamenti regressivi, ossia torni a fasi di sviluppo già superate, per esempio nell'alimentazione, nelle pratiche igieniche, nel linguaggio, nella motricità, mostrando dipendenza ed esigendo cure e attenzioni non proporzionate all'età. E' un meccanismo di difesa funzionale al piccolo in questo momento, che si rivela utile per superare la tensione e l'impatto con i nuovi ambienti che ha dovuto affrontare.

In genere, i comportamenti regressivi hanno carattere transitorio e se persistono è solo perché vengono in qualche modo incoraggiati dagli adulti che vivono accanto al bambino.

La rievocazione

Nell'ambito del colloquio informativo con i genitori viene infine sottolineata l'importanza della rievocazione dell'esperienza, da parte del bambino, una volta tornato a casa. Per lui è molto importante rivivere mentalmente gli episodi di cui è stato protagonista parlarne, esprimere i suoi sentimenti, le sue tensioni, raccontare la sua vicenda; tutto ciò gli serve per elaborare l'ansia e per acquisire il controllo e la consapevolezza della propria esperienza, così da poterla superare positivamente. Il bimbo non va quindi ostacolato né, d'altra parte, forzato se non desidera parlarne.

In sintesi, possiamo riscontrare come il modello di preparazione presentato ottemperi a tutti quelli che sono i contenuti e le modalità con cui si deve costruire un mezzo preparatorio, tenendo conto delle caratteristiche specifiche di apprendimento del bambino. Tali contenuti sono qui di seguito riportati schematicamente:

1) rassicurazione;
2) transitorietà della situazione (concetto di tempo);
3) condivisione dell'esperienza con altri bambini;
4) presenza costante della madre;
5) possibilità di esprimere sentimenti angoscianti o colpevolizzanti (paura, rabbia);
6) stabilità del mondo esterno;
7) ruoli medici sicuri;
8) riconoscimento del dolore riportandolo ad un'esperienza superata;
9) conclusione positiva.

La drammatizzazione

Successivamente alla lettura viene offerta ai bambini la possibilità di vivere liberamente, attraverso la finzione del gioco, gli elementi della storia che li hanno più coinvolti emotivamente.

A coloro che rifiutano la drammatizzazione (di solito sono i bambini più grandi) viene suggerito di rappresentare graficamente ciò che maggiormente ha attirato la loro attenzione. In questa fase si è tenuto conto del fatto che i bambini hanno ritmi di apprendimento diversi da quelli degli adulti e, soprattutto nelle situazioni ansiogene o disturbanti, affinché l'apprendimento immediato non venga cancellato, vi è la necessità per il bambino, di ritornare su tali situazioni, riprendendole e ripetendole con mezzi a lui congeniali, così da riuscire a rielaborarle e assimilarle definitivamente.

Fornendo, per la drammatizzazione, materiale medico (cuffie, mascherine, ecc.), travestimenti e animali di peluche, i bambini vengono incoraggiati ad agire attivamente attraverso il capovolgimento dei ruoli: assumendo i

ruoli del medico o dell'infermiera essi possono vivere in maniera attiva ciò che nella realtà sono costretti a subire. In questo modo si favorisce al bambino non solo la conoscenza di ciò che lo aspetta nel prossimo futuro, ma soprattutto gli si offre una possibilità di compensazione a livello emotivo secondo modalità che gli sono congeniali.

La drammatizzazione, grazie anche alla possibilità offerta ai bambini di toccare e indossare strumenti propri dell'ospedale, serve a creare un clima di familiarità tra i piccoli pazienti e l'ambiente ospedaliero.

Poiché i bambini solitamente si recano in ospedale per visite, prelievi, interventi, comunque sgradevoli, tale incontro prima del ricovero si rivela utile perché rende l'ambiente accettabile e meno sconosciuto.

I bambini più piccoli tendono a rappresentare più frequentemente il cagnolino Toby con la mamma o con entrambi i genitori (evidenziando così la propria paura dell'abbandono), mentre i più grandi si focalizzano maggiormente sugli elementi più specificamente legati all'intervento (la sala operatoria, i medici la propria persona, ecc.), mostrando una maggior preoccupazione per il proprio corpo, essendo ormai superato il problema della separazione.

La discussione con i genitori e la visita al reparto

Il programma si conclude con un incontro dei genitori con l'operatore e la caposala o la responsabile del volontariato, per illustrare i contenuti psicologici e i presupposti teorici del libro e del programma di preparazione nel suo complesso, nonché per rispondere a eventuali domande.

E' importante che ai genitori vengano date le istruzioni necessarie per assistere nel modo migliore il proprio figlio durante il ricovero, senza intralciare la routine degli operatori sanitari, anzi affiancandoli nella cura quotidiana del bambino. E' altresì necessario che essi siano preparati a rispondere alle domande del piccolo, prima dell'operazione, e che siano a conoscenza dei comportamenti da tenere subito dopo, per non scaricare sul piccolo le proprie angosce. Inoltre è necessario fornire ai genitori delle indicazioni su come affrontare il rientro a casa, per comprendere e tollerare meglio le possibili reazioni del bambino. In ultimo, bambini e genitori vengono accompagnati a visitare brevemente il reparto dove avverrà la degenza.

Un'ultima parola va spesa sull'opportunità di attuare la preparazione in situazione di gruppo. Ciò nasce dall'osservazione che i bambini degenti nella stessa corsia e nello stesso reparto hanno una disponibilità notevole a solidarizzare tra loro e quindi ad avvertire una situazione comune come meno ansiogena. Inoltre, è più semplice, in gruppo, fare domande, mentre chi è più timido viene rassicurato dalle risposte ottenute dagli altri.

Un gruppo di bambini che aveva potuto usufruire di tale preparazione è

stato confrontato con un gruppo con cui non era stato possibile intervenire a questo livello; i due gruppi erano omogenei per età (dai cinque ai dieci anni) sesso (maschile) patologia (criptorchidismo); tutti affrontavano per la prima volta un intervento chirurgico. Entrambi i gruppi, dai quattro ai sei giorni dopo l'intervento, furono sottoposti a un test, studiato appositamente per questa indagine. Il test consisteva nella presentazione di un racconto e nella richiesta successiva di disegnare una scena dello stesso, liberamente scelta dal bambino. Si trattava di un racconto metaforico, che permetteva al bimbo di rivivere in parallelo la propria storia relativa all'intervento chirurgico (una piantina si trova in un bel giardino con tanti altri alberi e fiori, quando un giorno il giardiniere si accorge che ha una foglia sciupata; viene quindi portata nel giardino di uno specialista, dove è curata e sottoposta ad un intervento alla radice; la foglia è di nuovo sana e smagliante e la piantina può tornare nel suo giardino). I disegni successivi indicarono che i due gruppi si differenziavano, in quanto i bambini che avevano avuto la preparazione rappresentarono, con frequenza significativamente maggiore rispetto agli altri, il momento dell'intervento, evidenziando di essere in grado di fare emergere ed elaborare gli aspetti più ansiogeni della loro esperienza. Il gruppo di controllo, invece, rifuggendo da questi contenuti e rappresentando soprattutto scene che non rimandavano alla malattia e all'operazione, sembrò difendersi con la rimozione da questi eventi. Si poté quindi dedurre che la preparazione all'intervento chirurgico rendesse realmente l'esperienza meno traumatica; lo dimostrò il fatto che i bambini dell'esperimento non sentirono l'urgenza di dimenticarla, negarla, ma al contrario scelsero di riviverla per la soddisfazione che deriva dalla consapevolezza e dal controllo della propria esperienza.

13. Il Case Management in cardiochirurgia

Nella malattia cardiaca le difese emotive sono forse più intense che altrove. Le funzioni fisiologiche del cuore subiscono la possente influenza della psiche, attraverso il sistema neurovegetativo: basti pensare al rossore del viso, al pallore, alla cefalea, all'ipertensione, ai disturbi del ritmo, alla perdita di coscienza, che non sono malattie, bensì precursori di malattie, nel senso che talvolta si organizzano in malattie psicosomatiche, quali l'ipertensione, i disturbi coronarici e gli infarti. Che le tensioni emotive favoriscano lo slittamento verso la patologia è noto da tempo nell'immaginario collettivo, che privilegia il cuore come centro degli affetti e delle emozioni. Il "crepacuore" è un'immagine di morte per angoscia, e il "colpo al cuore" lo è di pugnalata. E' quindi facilmente immaginabile quali fantasmi susciti l'intervento chirurgico su quest'organo e come sia importante aiutare chi lo deve subire.

Descriveremo due tipi di supporto psicologico, i problemi che hanno contribuito all'elaborazione del mezzo utilizzato (manuale illustrato da somministrare prima dell'intervento) e le teorie relative alla preparazione chirurgica.

In un centro di cardiochirurgia abbiamo raccolto la storia di numerosi pazienti, soppesato attentamente i loro aspetti relazionali, i loro bisogni, le difficoltà a chiedere aiuto, l'ansia e la paura di perdere il controllo, abbiamo delineata l'area dei sentimenti e atteggiamenti prima dell'intervento chirurgico, le motivazioni, l'apporto e il sostegno della famiglia durante la degenza. Il disagio era diffuso e rilevante, l'ansia generalizzata, e nessuno aveva modo di risolvere l'ambivalenza fra la parte che rifiutava la malattia e l'altra che l'accettava, né di adattarsi a essa, in qualche misura. Erano tutti molto angosciati, male adattati alla malattia e all'imminente intervento chirurgico. Come avevano già osservato Bellak e Small, manifestavano reazioni alterate, disinvestimenti affettivi nelle relazioni d'oggetto con reinvestimenti infantili sul proprio corpo e, a volte, fissazioni narcisistiche, soprattutto quando le loro precedenti relazioni d'oggetto erano povere.

Dalla letteratura sappiamo che il processo narcisistico porta cambiamenti all'immagine di sé, a quella corporea e a quella d'organo. L'organo sofferente cattura l'attenzione, e la parte malata può assumere significati antropomorfi, fino a essere trattata come una creatura separata dal sé, quasi un bambino bisognoso di particolare sollecitudine da parte del mondo esterno.

La persona sana, nel corso dello sviluppo, passa da investimenti affettivi sul proprio sé a quelli sulle molteplici figure della sua vita. Il nevrotico, no. Il nevrotico rimane aggrappato sul sé, con tenacia maggiore quando si ammala, tanto che gli è ancor più difficile staccarsi una volta superata la crisi.

Schilder dice che l'immagine corporea è la rappresentazione mentale del corpo e che al bambino serve per differenziarsi dal resto del mondo. Ciascuno ha concezioni particolari del proprio corpo, lo sminuisce o lo idealizza. La malattia ne distorce l'immagine, la quale può ingigantirsi fino a influenzare tutte le altre, consentendo l'insorgere dell'ipocondria, di depressioni e ansia. In caso, poi, di concezioni errate di anatomia, prendono il via false interpretazioni, elaborate a livello inconscio, cariche di significati simbolici. Spesso la malattia viene associata a qualcosa di sporco, a un attacco alla virilità, a una punizione, e l'organo arriva ad assumere le caratteristiche del controllore "*il mio cuore non consente che…*" o di un proprio bambino. Le informazioni scorrette e distorte sulla natura della patologia provocano di solito più tensione e angoscia, ma, accanto all'angoscia, talvolta irrobustiscono i già presenti "vantaggi secondari", quali, per esempio, la tirannia verso la famiglia.

La malattia cardiaca è spesso associata all'eventualità della morte, un vissuto pesante per lo più sostenuto da fattori intrapsichici, radicati in sentimenti antichi di impotenza, inferiorità e abbandono. Poi c'è la negazione. Il cardiopatico, quando nega la malattia, anche se superata, può porsi in situazioni di notevole rischio.

Sulle cardiopatie si dicono cose curiose. Per esempio, certi medici, che già appartengono a categorie a rischio coronarico, impongono limitazioni eccessive ai loro pazienti, proiettando su di essi le proprie ansie.

Tutti i malati da noi visti, candidati all'intervento chirurgico a cuore aperto, presentavano difficoltà psicologiche relative all'intervento stesso, per cui, confortati dalle parole di Bellak *"un intervento psicoterapeutico dovrebbe essere attuato prima e dopo l'operazione; durante la fase precedente l'intervento di psicoterapia breve potrebbe essere indirizzato verso il significato del particolare trauma, ad esempio, interrogarsi sulle eventuali implicazioni nel sentimento di autostima del paziente oppure su fattori che alimentano il suo bisogno di passività"*, non abbiamo fatto altro che verificare cose note e già nella nostra aspettativa, e ritenuto valido un modello di aiuto articolato in cinque incontri. Del resto già Bellak e Small, parlando di psicoterapia d'urgenza, segnalano la possibilità di svolgerla in cinque incontri, mentre Malan ritiene che cinque incontri siano il numero minimo richiesto per una psicoterapia breve.

I momenti specifici da noi individuati per offrire aiuto sono stati:
la fase della coronarografia;
la preparazione all'intervento chirurgico;
la fase depressiva;
la fase di dimissioni e la fase di recupero.

La fase della coronarografia

Il momento della coronarografia è quello in cui il paziente riceve la comunicazione della necessità dell'intervento chirurgico e deve prendere una decisione importante per la sua vita. E' comprensibile come egli si dibatta tra tensioni contrapposte che lo spingono a sviluppare sintomatologie psicoemotive (ansia, depressione o anche sollievo).

Il tipo di risposta a tali tensioni varia da un paziente all'altro, e il rapporto con l'operatore di sostegno, in tanto difficili frangenti, può aiutarlo a riconoscere la forza del desiderio di una qualità di vita migliore e di una immagine di sé più adeguata.

La preparazione all'intervento chirurgico

Ogni intervento chirurgico sviluppa un senso di passività e di impotenza per gli effetti dell'anestesia, la paura, il senso di profanazione del proprio corpo, l'attacco, l'amputazione e il significato che assume l'area operata, nonché fenomeni transferali tra paziente e chirurgo. La chirurgia a cuore aperto alimenta reazioni specifiche: l'idea che il cuore cessi di battere, che debba essere tolto dalla cassa toracica e collegato a una pompa artificiale accentua il problema della vita e della morte. La lunga incisione e l'idea delle costole segate influenza in modo drammatico l'immagine corporea.

La preparazione psicologica all'intervento cardiochirurgico tende a smorzare l'impatto con l'evento traumatico, affinché la struttura psichica venga compromessa nella minor misura possibile e sia favorito al massimo il recupero dell'immagine corporea, della sicurezza emotiva e dell'identità sociale.

Come s'è detto, gli stimoli vaghi e poco strutturati vengono elaborati soprattutto a livello emotivo, ed è altrettanto noto che le situazioni confuse o non chiaramente riconoscibili accrescono le ansie, le paure e le tensioni. Per contro, gli stimoli chiari e facilmente identificabili le rendono meno laceranti. Perciò, il paziente che ha le idee chiare sull'intervento e sull'iter chirurgico, ha un livello d'ansia notevolmente abbassato. Naturalmente, un peso notevole hanno la struttura della sua personalità, la sua storia, la possibilità di controllo che può esercitare sulle situazioni che incontra e il grado di partecipazione; comunque il chiarirgli la realtà entro i limiti della comprensione, onde permettere che le fantasie paurose non vengano negate, ma avvicinate, affrontate e verbalizzate, può rassicurarlo e diminuirgli la confusione e l'angoscia.

Il paziente può essere rassicurato su alcune paure, per esempio su quella del dolore fisico e sulla possibilità di controllarlo attraverso gli analgesici, o su quella dell'anestesia, trasformando l'immagine della sospensione della vita in quella del sonno, che è condizione ben nota e abitualmente vissuta. Può

venire preparato ad affrontare situazioni dolorose, anticipandole. Infatti, quando esse si presentano inaspettate, possono traumatizzare maggiormente e creare uno stato di allarme tale da investire anche situazioni non dolorose, che finiscono per stabilizzare lo stato ansioso.

Un altro obiettivo è quello di trasformare in cooperazione la passività o l'opposizione, che sono reazioni possibili, tutt'altro che infrequenti.

Nella preparazione all'intervento, l'operatore può servirsi anche dello strumento grafico e illustrato che propone la storia dell'intervento stesso.

Il protagonista della storia illustrata favorisce un processo identificatorio che non genera eccessiva tensione e che fornisce anche un programma di informazioni che investe tutte le fasi del trattamento, le loro difficoltà e l'importanza delle terapie necessarie. Tutto è fatto senza abbondare in particolari pesantemente angoscianti, valutando bene quanto il paziente può tollerare.

Il manuale in questione è costruito sulla base delle teorie psicologiche universalmente accettate, sia nella parte illustrata che in quella verbale.

La fase depressiva

I sentimenti depressivi che caratterizzano in genere la prima fase della ripresa dopo l'intervento possono causare nuove difficoltà e tensioni. Al terzo giorno è quasi comune una caduta in depressione, dopo l'euforia per l'esito felice dall'operazione.

L'operatore, in questo momento di grande bisogno emotivo, centra l'azione sulla condivisione empatica della esperienza dolorosa, sulla verbalizzazione e l'accettazione del dolore fisico. Informare il paziente che la fase depressiva è un evento quasi scontato nell'iter post-operatorio la rende più tollerabile, la scinde da una visione di peggioramento clinico e aiuta l'operato a recuperare, attraverso la fantasia, elementi della sua storia passata, dell'ambiente di vita e a proiettarsi nel futuro. Per uscire dalla depressione e dalla inibizione vissuta durante l'intervento, l'operato ha spesso bisogno di ripercorrere il tragitto della malattia, al fine di integrarlo meglio nella propria esperienza di vita. Questo lo aiuta a rielaborare le paure e le tensioni vissute durante la degenza e a collaudare il recupero emotivo. L'operatore non solo gli permette questa revisione, ma gliela rinforza e gli presenta anche delle modalità per organizzare il futuro, illustrandogli i possibili limiti come parte di un nuovo modo di essere e del continuo evolvere della vita. Per completare l'aiuto, è opportuno che lo segua nelle fasi successive alle dimissioni, con un appoggio di tipo ansiolitico che ribadisca la comunicazione già trasmessa e ne decodifichi gli eventuali punti rimasti oscuri. Serve all'operatore per cogliere precocemente l'insorgenza di difese inadatte, come meccanismi ossessivi di controllo della malattia, o negazioni o ipercompensazioni, che rischiano di inficiare qualunque intervento medico. Si può agire anche sull'ambiente.

Che il supporto psicologico nella malattia cardiaca sia significativo è un fatto universalmente acquisito, come è riconosciuto l'intervento breve, di crisi, dal versante teorico.

Dal punto di vista storico le psicoterapie nascono tutte come interventi brevi. Freud nel 1906 cita la cura a Bruno Walter in 6 sedute. Jhon, biografo di Freud, riferisce di essere stato curato brevissimamente con risultati duraturi dallo stesso Freud, il quale parla di trattamento di emergenza. Nel 1946 Alexander e French tentarono di sistematizzare una tecnica breve. Il grande interesse per i trattamenti brevi sorse nel mondo anglosassone intorno agli anni '50, motivato dalla necessità di rispondere a richieste sempre crescenti di trattamenti psicoterapici. Presto fu evidente che questi metodi non solo consentivano la riduzione delle liste di attesa, ma ottenevano buoni risultati quanto le terapie a lungo termine e rendevano accessibili le cure a pazienti, che per varie ragioni sembravano esclusi da psicoterapie dinamiche. Oggi, uno degli orientamenti della psicoterapia breve è la psicoterapia di crisi, dove per crisi psicologica s'intende la risposta di una persona a un evento sentito come doloroso e stressante. Nella crisi, il paziente mobilita le sue risorse per ristabilire l'equilibrio emotivo e, se questa operazione riesce, ed è *adattiva*, impara a usarla in futuro per raggiungere una condizione migliore della precedente. Se invece è *disadattiva*, il disagio si intensifica e insorgono sintomi psichiatrici, che si organizzano in disturbi nevrotici più o meno gravi.

Gli eventi variano da soggetto a soggetto. La durata della crisi va da poche ore a 5-6 settimane, ed è caratterizzata da tensione crescente, seguita da processi di problem-solving che avranno più o meno fortuna. Quasi tutte le energie della persona in crisi tendono a diminuire la pena.

L'idea di affrontare rapidamente la crisi con una psicoterapia dinamica breve trovò la prima applicazione negli Ospedali Militari per reduci; poi Limdemann pubblicò le osservazioni sugli interventi di emergenza nei superstiti del Boston, che si incendiò, così introdusse l'idea di una psicoterapia dinamica all'interno del concetto di brevità, appartenente soprattutto alle psicoterapie comportamentali sistemiche, che sono brevi per definizione.

Lo scopo dell'intervento sulla crisi è quello di riportare l'individuo almeno al livello di funzionamento precedente o a fornirgli nuove strategie per affrontare le difficoltà future. Il superamento dello stato di emergenza può elevare il livello di autostima. Questo tipo di trattamento è rivolto a pazienti che, pur disponendo di una personalità abbastanza sana, presentano problemi emotivi causati da stress. I sintomi, conseguenza di una crisi emotiva non del tutto risolta, sono chiari e circoscritti, e non interferiscono radicalmente con il funzionamento globale della personalità.

La tecnica di sostegno breve può essere di due tipi, secondo la personalità del paziente. Il riferimento teorico è quello di Sifneos che delinea un inter-

vento di sostegno e uno di crisi. Quello di sostegno è finalizzato al superamento dell'emergenza e si prefigge il ripristino del livello precedente: l'operatore utilizza il materiale del passato per facilitare il chiarimento della crisi. Il sostegno rientra nella psicoterapia ansiolitica, come Sifneos la definisce, e si propone come obiettivo prioritario la riduzione dell'ansia: l'operatore aiuta il paziente nella comprensione delle proprie reazioni emotive, talvolta dà indicazioni o consigli, e cerca di prevedere le possibili difficoltà future; utilizza la rassicurazione, la manipolazione dell'ambiente e, se occorre, la collaborazione dei familiari.

La prima reazione del paziente è determinata dai sentimenti che la situazione gli accende: si sente impotente e incapace di affrontare le difficoltà ed è disposto a tutto, pur di ricevere aiuto. L'aiuto che chiede è per superare la crisi, e questo è anche compito dell'operatore che deve sfruttare il transfert regressivo, cercando nello stesso tempo di evitare che il paziente gli rimanga dipendente. Quindi è necessario che lo spinga a partecipare in modo attivo e consapevole al processo di cura. La relazione è del tipo figlio-madre. Il compito dell'operatore è quindi quello di aiutare il paziente a capire meglio se stesso e a lavorare più efficacemente sui suoi conflitti e sui problemi inerenti alla realtà.

Kenrberg ritiene che vi siano molte concezioni errate riguardo al sostegno, come per esempio quella di ritenerlo di facile attuazione, con la conseguenza di assegnarlo agli operatori meno esperti. In realtà, per condurlo a regola d'arte, occorre una notevole abilità e preparazione, e non basta certo il buon senso: ci sono sempre da fronteggiare situazioni patologiche o conflittuali, non sempre evidenti. Dice ancora Kenrberg, che la terapia, anche di sostegno, incomincia là dove finisce l'efficacia del buon senso. Quindi occorrono solide basi di esperienze e di conoscenze. Inoltre, quando parla di consigli, manipolazione, chiarificazione o messa a confronto, l'operatore deve avere prima esplicitamente accordato fiducia al giudizio critico del paziente e alla sua capacità di capire. L'alleanza operatore-paziente è infatti estremamente importante, perché produce modificazioni benefiche alle distorsioni precedenti in quanto, nel flusso della relazione, si può verificare nel paziente una identificazione che determina un comportamento imitativo, quando sussiste in lui un certo grado di motivazione.

E' necessario che l'operatore comprenda appieno il disagio attuale del paziente, anche alla luce delle sue esperienze precedenti, e che metta pertanto in evidenza il denominatore comune che unisce il presente ad alcuni eventi passati, così potrà meglio individuare il focus e scegliere i metodi e le sequenze per realizzare la propria azione.

Bellak e Small sostengono l'opportunità di un supporto breve, quando la dimensione di separazione o di perdita delle parti sane del corpo siano rilevanti.

Gli strumenti utili allo scopo sono molteplici e, accanto a quelli classici analitici, sono accettabili quelli che favoriscono l'esame di realtà, quelli direttivi e persino le consultazioni congiunte. I messaggi che l'operatore invia al paziente devono essere semplici, chiari e incisivi, perché la trasformazione in consapevolezza di impulsi inconsci può richiedere un rinforzo dell'Io. Nella catarsi indiretta, l'operatore esprime al posto del paziente certi sentimenti di lui non accettati, e il paziente li vive in tal modo più sopportabili: *"se io fossi al suo posto non avrei mai potuto farlo"*. A volte la soluzione migliore può essere il rinforzo delle difese oppure lo sprone alla sublimazione. Anche l'intellettualizzazione, riconosciuta come rigido meccanismo di difesa, assume grande importanza, perché consente al paziente di comprendere la causa dei propri sintomi e quindi un nuovo approccio a essi.

Ogni trattamento dovrebbe favorire un accrescimento dell'autostima e fornire rassicurazioni e sostegno. La disponibilità dell'operatore può essere di grande aiuto, anche nei confronti della famiglia e dell'ambiente.

Kenrberg, ritiene che nella pratica clinica molti pazienti vengano trattati con un misto di tecniche espressive e di sostegno, e che a volte si attui un passaggio da una modalità all'altra. Noi pensiamo che l'orientamento tecnico possa essere suggerito dalla sensibilità e dalle caratteristiche culturali dei pazienti. Sono loro che attraversano i momenti critici e gli stress s'imbattono in stati di disagio e disorientamento, con tanto di ferite narcisistiche, che richiedono definizioni psicologiche. Comunque se esistono criteri di selezione per stabilire se un paziente è adatto o no a questo o a quell'altro metodo, l'unico requisito che un soggetto deve possedere per un intervento di crisi è quello di essere in crisi. Il sostegno può essere offerto a persone con qualunque tipo di patologia: è sufficiente che al momento della richiesta di aiuto le loro difese siano abbastanza flessibili e che essi percepiscano di essere in situazione critica. L'intervento di crisi prescinde dallo stato socioeconomico, dal livello scolastico e dal tipo di funzionamento precedente, dalla capacità di riflessione psicologica e dall'intelligenza. Le qualità possedute influenzano soltanto la scelta e il livello del supporto e, in ogni caso, non precludono una risoluzione positiva.

Nella crisi, i sentimenti sono intensi, e il paziente non è in grado di sopportarla per molto tempo e cerca comunque qualche soluzione. Se non è correttamente aiutato può trovare un compromesso non idoneo per sé o per le persone che gli sono vicine. Ecco perché il "focus" dell'intervento psicologico nella crisi dev'essere circoscritto allo stress, e il materiale sul passato va utilizzato solo per facilitare il chiarimento e la spiegazione della crisi stessa.

Il confine fra intervento di sostegno e intervento di crisi, come proposto da Bellak e Small, è sfumato e tutti gli autori utilizzano entrambi i metodi. Noi siamo convinti che ciascun tipo abbia la sua validità, buono a produrre estesi e immediati cambiamenti, seppure iniziali, e che prevengano il rischio di evoluzione psicopatologica.

Sull'esperienza fatta nell'Unità Cardiochirurgica di un noto centro, presentiamo le caratteristiche generali, senza entrare in merito alle molte difficoltà incontrate.

I pazienti, informati che la struttura offriva loro la possibilità di un aiuto psicologico, sarebbero stati contattati dall'operatore, con ovvia libertà di rifiutare.

La maggior parte degli interventi, rientranti nel tipo di sostegno, li abbiamo definiti con voci diverse: di ascolto, supporto, riformulazione dei problemi, consapevolezza di patologia e preparazione psicologica all'operazione chirurgica. Le interpretazioni sono comparse raramente, fatto scontato, perché in una situazione traumatica, i rischi delle interpretazioni forzate erano troppo grandi e avrebbero probabilmente causato un aumento dell'angoscia. Cautela obbligatoria, dato il notevole stato di ansia e di depressione delle persone viste. Soltanto quelle che avevano consapevolezza di un disagio psichico riportabile ad altre cause erano motivate a rivedere la situazione attuale all'interno di una problematica psicologica.

La preparazione all'intervento

In alcuni ospedali degli U.S.A. il percorso dell'intervento chirurgico viene presentato con una tale abbondanza di particolari tecnici da far temere per i pazienti un aumento di angoscia. A essi, che corrono sempre il rischio di ricevere informazioni distorte da reazioni profonde, viene fornito un libretto ricavato da un certo modello.

Nell'intento di arrivare a preparare tutti i pazienti, abbiamo elaborato anche noi un mezzo (manuale illustrato) riferito teoricamente al T.A.T. che, nel suo bagaglio, ha strumenti psicologici atti a comunicare con pazienti a volte scarsamente accessibili. La sua importanza è dovuta alla capacità di riflettere la rappresentazione dinamica effettiva dei patterns conflittuali.

Il manuale doveva quindi disporre di immagini buone a consentire la rappresentazione dinamica dell'evento, al fine di consentire un rapporto fra operatore e paziente anche quando era difficile, per consentire la trasmissione delle informazioni giuste e necessarie. I pazienti operati in stato di angoscia rischiano maggiormente le complicanze, sia durante la narcosi, sia nella fase post-operatoria. Schneider ribadisce la validità dell'intervento di preparazione, perché permette al paziente di instaurare i meccanismi di difesa adeguati ad affrontare l'evento e tende a smorzarne la durezza dell'impatto. La struttura psichica viene così compromessa in misura minore ed è fortemente favorito il recupero dell'immagine corporea, della sicurezza emotiva e dell'identità sociale.

Come s'è detto, stimoli vaghi e poco strutturati vengono elaborati soprattutto a livello emotivo e le situazioni confuse o non chiaramente riconosciute

accrescono ansia, paure e tensioni. Per contro gli stimoli chiari e facilmente identificabili le rendono meno laceranti. Perciò il paziente che ha le idee chiare su ciò che incontrerà, ha un livello d'ansia nettamente abbassato. Naturalmente gran peso ha la struttura della sua personalità, della storia, della possibilità di controllo che può esercitare sulle situazioni che incontra, e il grado di partecipazione. Comunque il chiarirgli la realtà entro i limiti della comprensione, permettendo che le fantasie paurose vengano avvicinate, affrontate, verbalizzate e non negate, può rassicurarlo e diminuirgli la confusione e l'angoscia.

Il paziente può essere rassicurato su alcune paure, per esempio su quella del dolore fisico e sulla possibilità di controllarlo attraverso gli analgesici, o su quello dell'anestesia, trasformando l'immagine della sospensione della vita in quella del sonno, che è condizione ben nota e abitualmente vissuta. Può venire preparato ad affrontare momenti dolorosi, semplicemente anticipandoli. Infatti quando si presentano inaspettati, possono traumatizzare maggiormente, creare uno stato di allarme tale da investire anche situazioni non dolorose, che finiscono per stabilizzare lo stato ansioso.

Un altro obiettivo dell'operatore è quello di trasformare in cooperazione la passività o l'opposizione, che sono reazioni tutt'altro che infrequenti.

Il manuale da noi realizzato ha uno scopo informativo e una finalità curativa. Si tratta di una storia illustrata che descrive e spiega le vicissitudini dell'intervento, dall'arrivo nel luogo di cura fino alla conclusione della convalescenza.

Il protagonista della storia illustrata favorisce un processo identificatorio, che non genera eccessiva tensione e che fornisce anche un programma di informazioni su tutte le fasi del trattamento, sulle loro difficoltà e sulll'importanza delle terapie necessarie. Senza abbondare in particolari angoscianti, valutando bene quanto il paziente può tollerare.

Il manuale è costruito, nella parte illustrata e in quella verbale, sulla base delle teorie psicologiche universalmente accettate.

Lo scritto è privilegiato rispetto alle illustrazioni, volutamente inferiori per quantità, ma ricche di elementi sensoriali, come il colore, il simbolo, l'espressione mimica di sentimenti. L'illustrazione, attraverso un'altra modalità, intende aiutare la parola a mobilitare con maggiore efficacia i processi identificatori nell'inconscio, mediante meccanismi di tipo onirico o fantastico (teoria di Erikson). La parola, come pensiero secondario, trasmette un certo ordine di messaggi che la figura rinforza e, in armonia con la teoria di Erickson, relativa alla differenziazione funzionale dei due emisferi cerebrali (dove il destro è prettamente creativo e il sinistro squisitamente adibito ai processi razionali, quali per esempio il linguaggio) comunica un identico messaggio attraverso due vie differenti, col vantaggio di aumentarne la pregnanza.

14. La formazione al Case Management

Lo scopo di tramutare le nostre esperienze in progetti di formazione è quello di migliorare il modo di essere degli operatori sanitari nella loro realtà di lavoro e di equipaggiarli con un sostegno efficace, anche per allontanarli dal rischio di burn-out. Abbiamo infatti constatato come l'attività di contatto con il malato sia impegnativa e stressante sul piano fisico, e ancor più su quello emotivo, e come crei notevoli difficoltà e incida, oltre che sulla persona, sull'economia generale dell'azienda. La conclusione ovvia è stata quella di assumere il momento formativo personale come "conditio sine qua non" di ogni progetto.

L'aspetto più importante di ogni programma formativo è il contesto relazionale. La formazione è un processo di apprendimento di modalità e capacità di comunicare, diretto al perfezionamento delle proprie attitudini professionali, dove le attività informative tradizionali - lezioni, i audiovisivi, ecc. - sono escluse, mentre i contenuti vengono veicolati con strumenti diversi. La formazione ha i suoi tempi, variabili secondo le finalità e gli ambiti in cui si opera.

Formarsi significa rimettersi in discussione, per modificare e affinare la personalità professionale, in modo da divenire più consapevoli delle proprie modalità di risposta nei confronti di chi chiede aiuto. Tutto ciò si ottiene lavorando in gruppo. Pertanto, il riferimento teorico più adatto, a nostro giudizio, deriva dal modello Balint, presente in ogni nostro corso.

La tecnica Balint si applica a piccoli gruppi di partecipanti - da otto a dodici - che si riuniscono periodicamente, in genere una volta la settimana. Il conduttore ha una preparazione specifica, e nel gruppo vige con assoluto rigore la regola dell'*eterocentratura*, nel senso che la discussione è imperniata su casi concreti portati da uno dei partecipanti, senza alcun coinvolgimento della sua vita privata.

La discussione consente la possibilità di osservare e di osservarsi attraverso una serie di processi di identificazione e di distanziamento. Chi espone il caso può rivedere la situazione vissuta con minor coinvolgimento emotivo, cosa che gli permette di comprendere con maggiore obiettività i bisogni di colui che ha assistito. Gli altri partecipanti, identificandosi ora con l'assistito, ora con l'operatore, intervengono nella discussione e divengono essi stessi più consapevoli del proprio modo di sentire e di pensare quando esercitano la loro attività. Attraverso l'ascolto degli interventi propri e altrui, i partecipanti acquisiscono una superiore consapevolezza delle emozioni e degli strumenti di lavoro, tale da rendere più corretti i loro interventi.

I contenuti informativi, invece, sono raggruppati secondo un criterio di specificità, per ampliare le conoscenze specialistiche, partendo dal presupposto di una già raggiunta propedeuticità dei formandi. In assenza o carenza, essa viene proposta a coloro che non intervengono in situazioni specifiche.

15. Conclusioni

Le esperienze nei diversi ambiti della medicina sono giunte alla loro trasformazione in operazioni concrete da trasferire agli operatori nei singoli settori. La formazione di questi, nei singoli settori, consente di migliorare le condizioni del malato, con grande vantaggio dell'istituzione.

Allo scopo, abbiamo istituito corsi ad hoc, che prevedono, per i partecipanti, avanzamenti in nuovi ruoli, indirizzati alla corretta conduzione dei casi.

Bibiliografia

1. Ajuraguerra J.: "Manuale di psichiatria del bambino" Masson Italia, Milano 1984.
2. Ajuraguerra J., Marcelli: Psicopatologia del Bambino.
3. AA.VV.: "L'esperienza ospedaliera nella vita del bambino" in "*Prospet - tive in pedagogia*", 1975.
4. Balint M.: Medico, paziente, malattia. Feltrinelli, Milano 1976.
5. Bettelheim B.: Il mondo incantato. Feltrinelli, Milano 1977.
6. Bowlby J.: Attaccamento e perdita. Boringhieri, Torino, 1975 .
7. Bregani P., Cerizza T.: "La preparazione del bambino all'intervento chirurgico" in "*Arte Terapia*", Atti del II Corso di Aggiornamento, Settembre 1993.
8. Bregani P., Cipollini T., Gabetta T., Maspero L.: "La preparazione all'intervento chirurgico dei bambini e dei loro genitori", Pediatria medica Chirurgica, 1984.
9. Cazzullo, Invernizzi: "Aspetti psicodinamici della dialisi e del trapianto renale" in Minerva Chirurgica, 30, 877, 1975.
10. Chiesa S.: "Il trapianto d'organo. Crisi e adattamento psicologico", in Psichiatria e medicina, dic. 1989 .
11. Filippazzi G.: "Un ospedale a misura di bambino - Esperienze e proposte", Franco Angeli Editore, 1997.
12. Freud A.: L'io e i meccanismi di difesa, Martinelli, Firenze, 1978.
13. Freud A. Bergmann T.: Bambini malati. Boringhieri, Torino, 1974.
14. Jandolo C.: L'approccio umano al malato. Armando, Roma, 1979.
15. Klein M.: La psicanalisi dei Bambini. Martinelli, Firenze 1970 .
16. Klinzing D.R., Klinzing D.G.: "Il bambino in ospedale", La Nuova Italia Editrice, Firenze, 1977.
17. Malher M., Pine F.: La nascita psicologica del bambino. Boringhieri, Torino, 1978.
18. Malher M., Le psicosi infantili. Boringhieri, Torino, 1968.
19. Melamed B.G., Siegel L.J.: "Medicina comportamentale", Raffaello Cortina Editore, Milano, 1983.
20. Ridgeway V., Mathews A.: "Psychological preparation for surgery: a comparision of methods", British Journal of Clinical Psychology, 1982.
21. Schneider P.: "Psicologia medica", Feltrinelli, Milano, 1972.
22. Schultheis K., Peterson L., Selby V.: "Preparation for stressful medical procedures and person tratment interactions" in "*Clinical Psychology Review*", 1987.
23. Van Der Brugger H.: Il malato, protagonista sconosciuto. Armando, Roma 1980.
24. Winnicott D.: Gioco e realtà. Armando, Roma 1974.
25. Paladino M., Cerizza Tosoni T.: Il Case Management nella realtà socio-sanitaria italiana, Franco Angeli - Milano 2000

Indice

Editoriale . . . . . » 3
Introduzione: L'umanizzazione nei servizi sanitari (Alfonso Salemi) . . » 5
1. Premessa . . . . . » 10
2. Il trasferimento delle esperienze . . . . . » 11
3. Il Case Management . . . . . » 14
4. L'immagine . . . . . » 16
5. La Malattia . . . . . » 18
6. Il Case Management nell'area della gestazione: gravidanza e maternità (esempio breve) . . . . . » 19
7. Il Case Management nell'area degli anziani in fase di riabilitazione . » 22
8. Il Case Management nell'area dell'amputazione . . . . . » 24
9. Il Case Management nell'area dei pazienti oncologici,in fase avanzata» 26
10. Il Case Management nell'area nell'ambito della chirurgia estetica . . » 29
11. Il Case Management nell'area dell'intervento chirurgico dell'adulto» 31
12. Il Case Management nell'area dell'intervento chirurgico del bambino» 32
Introduzione . . . . . » 33
Aspetti Teorici . . . . . » 34
Implicazioni teoriche relative alla preparazione all'intervento chirurgico . . . . . » 35
Procedure di preparazione all'intervento chirurgico . . . . . » 36
Le informazioni . . . . . » 36
Il Gioco . . . . . » 36
Il Sostegno specifico da parte del personale sanitario . . . . . » 37
Il Modeling . . . . . » 37
Il modeling metaforico . . . . . » 38
Un'esperienza di modeling metaforico . . . . . » 39
Indagine condotta . . . . . » 40
Conclusioni . . . . . » 40
Appendice . . . . . » 43
Presupposti teorici . . . . . » 44
La paura dell'ignoto . . . . . » 44
La scelta della metafora . . . . . » 44
Bambini e cagnolini . . . . . » 45
Gli elementi sensoriali . . . . . » 45
La presenza della mamma . . . . . » 45
Il concetto di tempo . . . . . » 46
La condivisione dell'esperienza . . . . . » 46
La stabilità del mondo esterno . . . . . » 46
L'anestesia . . . . . » 47

Il riconoscimento del dolore . . . . . » 47
La ribellione . . . . . » 48
La conclusione positiva . . . . . » 48
La regressione . . . . . » 48
La rievocazione . . . . . » 49
La drammatizzazione . . . . . » 49
La discussione con i genitori e la visita al reparto . . . . . » 50
13. Il Case Management in cardiochirurgia . . . . . » 52
La fase della coronarografia . . . . . » 54
La preparazione all'intervento chirurgico . . . . . » 54
La fase depressiva . . . . . » 55
La preparazione all'intervento . . . . . » 59
14. I metodi di Formazione . . . . . » 61
15. Conclusioni . . . . . » 62
Bibliografia . . . . . » 63
Indice . . . . . » 64

Caleidoscopio

1. **Rassu S.:** ***Principi generali di endocrinologia.*** **Gennaio '83**
2. **Rassu S.:** ***L'ipotalamo endocrino.*** **Giugno '83**
3. **Rassu S.:** ***L'ipofisi.*** **Dicembre '83**
4. **Alagna., Masala A.:** ***La prolattina.*** **Aprile '84**
5. **Rassu S.:** ***Il pancreas endocrino.*** **Giugno '84**
6. **Fiorini I., Nardini A.:** ***Citomegalovirus, Herpes virus, Rubella virus (in gravidanza).*** **Luglio '84.**
7. **Rassu S.:** ***L'obesita'.*** **Settembre '84**
8. **Franceschetti F., Ferraretti A.P, Bolelli G.F., Bulletti C.:*****Aspetti morfofunzionali del - l'ovaio.*** **Novembre '84.**
9. **Kubasik N.P.:** ***Il dosaggio radioimmunologico (1).*** **Dicembre '84.**
10. **Kubasik N.P.:** ***Il dosaggio radioimmunologico (2) parte prima.*** **Gennaio'85.**
11. **Kubasik N.P.:** ***Il dosaggio radioimmunologico (2) parte seconda.*** **Febbraio '85.**
12. **Kubasik N.P.:** ***Il dosaggio radioimmunologico (3) parte prima.*** **Aprile '85.**
13. **Nacamulli D, Girelli M.E, Zanatta G.P, Busnardo B.:** ***Il TSH.*** **Giugno '85.**
14. **Facchinetti F. e Petraglia F.:** ***La β-endorfina plasmatica e liquorale.*** **Agosto '85.**
15. **Baccini C.:** ***Le droghe d'abuso (1).*** **Ottobre '85.**
16. **Kubasik N.P.:** ***Il dosaggio radioimmunologico (3) parte seconda.*** **Dicembre '85.**
17. **Nuti R.:** ***Fisiologia della vitamina D: Trattamento dell'osteoporosi post-menopausale.*** **Febbraio '86**
18. **Cavallaro E.:** ***Ipnosi: una introduzione psicofisiologica.*** **Marzo '86.**
19. **Fanetti G.:** ***AIDS: trasfusione di sangue emoderivati ed emocomponenti.*** **Maggio '86.**
20. **Fiorini I., Nardini A.:** ***Toxoplasmosi, immunologia e clinica.*** **Luglio '86.**
21. **Limone P.:** ***Il feocromocitoma.*** **Settembre '86.**
22. **Bulletti C., Filicori M., Bolelli G.F., Flamigni C.:** ***Il Testicolo. Aspetti morfo-funzionali e clinici.*** **Novembre '86.**
23. **Bolcato A.:** ***Allergia.*** **Gennaio '87.**
24. **Kubasik N.P.:** ***Il dosaggio enzimoimmunologico e fluoroimmunologico.*** **Febbraio '87.**
25. **Carani C.:** ***Patologie sessuali endocrino-metaboliche.*** **Marzo '87.**
26. **Sanna M., Carcassi R., Rassu S.:** ***Le banche dati in medicina.*** **Maggio '87.**
27. **Bulletti C., Filicori M., Bolelli G.F., Jasonni V.M., Flamigni C.:** ***L'amenorrea.*** **Giugno '87.**
28. **Zilli A., Pagni E., Piazza M.:** ***Il paziente terminale.*** **Luglio '87.**
29. **Pisani E., Montanari E., Patelli E., Trinchieri A., Mandressi A.:** ***Patologie prostatiche.*** **Settembre '87.**
30. **Cingolani M.:** ***Manuale di ematologia e citologia ematologica.*** **Novembre '87.**
31. **Kubasik N.P.:** ***Ibridomi ed anticorpi monoclonali.*** **Gennaio '88.**
32. **Andreoli C., Costa A., Di Maggio C.:** ***Diagnostica del carcinoma mammario.*** **Febbraio '88.**

33. **Jannini E.A., Moretti C., Fabbri A., Gnessi L., Isidori A.:** ***Neuroendocrinologia dello stress.*** **Marzo '88.**
34. **Guastella G., Cefalù E., Carmina M.:** ***La fecondazione in vitro.*** **Maggio '88.**
35. **Runello F., Garofalo M.R., Sicurella C., Filetti S., Vigneri R.:** ***Il gozzo nodulare.*** **Giugno '88.**
36. **Baccini C.:** ***Le droghe d'abuso (2).*** **Luglio '88.**
37. **Piantino P., Pecchio F.:** ***Markers tumorali in gastroenterologia.*** **Novembre '88.**
38. **Biddau P.F., Fiori G.M., Murgia G.:** ***Le leucemie acute infantili.*** **Gennaio '89.**
39. **Sommariva D., Branchi A.:** ***Le dislipidemie.*** **Febbraio '89.**
40. **Butturini U., Butturini A.:** ***Aspetti medici delle radiazioni.*** **Marzo '89.**
41. **Cafiero F., Gipponi M., Paganuzzi M.:** ***Diagnostica delle neoplasie colo-rettali.*** **Aprile '89.**
42. **Palleschi G.:** ***Biosensori in Medicina.*** **Maggio '89.**
43. **Franciotta D.M., Melzi D'Eril G.V. e Martino G.V.:** ***HTLV-I.*** **Giugno '89.**
44. **Fanetti G.:** ***Emostasi: fisiopatologia e diagnostica.*** **Luglio '89.**
45. **Contu L., Arras M..:** ***Le popolazioni e le sottopopolazioni linfocitarie.*** **Settembre '89.**
46. **Santini G.F., De Paoli P., Basaglia G.:** ***Immunologia dell'occhio.*** **Ottobre '89.**
47. **Gargani G., Signorini L.F., Mandler F., Genchi C., Rigoli E., Faggi E. :** ***Infezioni oppor - tunistiche in corso di AIDS.*** **Gennaio '90.**
48. **Banfi G., Casari E., Murone M., Bonini P.:** ***La coriogonadotropina umana.*** **Febbraio '90.**
49. **Pozzilli P., Buzzetti R., Procaccini E., Signore E.:** ***L'immunologia del diabete mellito.*** **Marzo '90.**
50. **Cappi F.:** ***La trasfusione di sangue: terapia a rischio.*** **Aprile '90.**
51. **Tortoli E., Simonetti M.T.:** ***I micobatteri.*** **Maggio '90.**
52. **Montecucco C.M., Caporali R., De Gennaro F.:** ***Anticorpi antinucleo.*** **Giugno '90.**
53. **Manni C., Magalini S.I. e Proietti R.:** ***Le macchine in terapia intensiva.*** **Luglio '90.**
54. **Goracci E., Goracci G.:** ***Gli allergo-acari.*** **Agosto '90.**
55. **Rizzetto M.:** ***L'epatite non A non B (tipo C).*** **Settembre '90.**
56. **Filice G., Orsolini P., Soldini L., Razzini E. e Gulminetti R.:** ***Infezione da HIV-1: patogenesi ed allestimento di modelli animali.*** **Ottobre '90.**
57. **La Vecchia C.** ***Epidemiologia e prevenzione del cancro (I).*** **Gennaio '91.**
58. **La Vecchia C.** ***Epidemiologia e prevenzione del cancro (II).*** **Febbraio '91.**
59. **Santini G.F., De Paoli P., Mucignat G., e Basaglia G., Gennari D.:** ***Le molecole dell'adesività nelle cellule immunocompetenti.*** **Marzo '91.**
60. **Bedarida G., Lizioli A.:** ***La neopterina nella pratica clinica.*** **Aprile '91.**
61. **Romano L.:** ***Valutazione dei kit immunochimici.*** **Maggio '91.**
62. **Dondero F. e Lenzi A.:** ***L'infertilità immunologica.*** **Giugno '91.**
63. **Bologna M. Biordi L. Martinotti S.:** ***Gli Oncogèni.*** **Luglio '91.**
64. **Filice G., Orsolini P., Soldini L., Gulminetti R., Razzini E., Zambelli A. e Scevola D.:** ***In - fezione-malattia da HIV in Africa.*** **Agosto '91.**
65. **Signore A., Chianelli M., Fiore V., Pozzilli P., Andreani D.:** ***L'immunoscintigrafia nella diagnosi delle endocrinopatie autoimmuni.*** **Settembre '91.**
66. **Gentilomi G.A.:** ***Sonde genetiche in microbiologia.*** **Ottobre '91.**
67. **Santini G.F. , Fornasiero S., Mucignat G., Besaglia G., Tarabini-Castellani G. L., Pascoli L.:** ***Le sonde di DNA e la virulenza batterica.*** **Gennaio '92.**
68. **Zilli A., Biondi T.:** ***Il piede diabetico.*** **Febbraio '92.**
69. **Rizzetto M.:** ***L'epatite Delta.*** **Marzo '92.**
70. **Bracco G., Dotti G., Pagliardini S., Fiorucci G.C.:** ***Gli screening neonatali.*** **Aprile '92.**
71. **Tavani A., La Vecchia C.:** ***Epidemiologia delle patologie cardio e cerebrovascolari.*** **Luglio '92.**

72. Cordido F., Peñalva A., De la Cruz L. F., Casanueva F. F., Dieguez C.: *L'ormone della crescita.* Agosto '92.
73. Contu L., Arras M.: *Molecole di membrana e funzione immunologica (I).* Settembre '92.
74. Ferrara S.: *Manuale di laboratorio I.* Ottobre '92.
75. Gori S.: *Diagnosi di laboratorio dei patogeni opportunisti.* Novembre '92.
76. Ferrara S.: *Manuale di laboratorio II.* Gennaio '93.
77. Pinna G., Veglio F., Melchio R.: *Ipertensione Arteriosa.* Febbraio '93.
78. Alberti M., Fiori G.M., Biddau P.: *I linfomi non Hodgkin.* Marzo '93.
79. Arras M., Contu L.: *Molecole di membrana e funzione immunologica (II).* Aprile '93.
80. Amin R.M., Wells K.H., Poiesz B.J.: *Terapia antiretrovirale.* Maggio '93.
81. Rizzetto M.: *L'epatite C.* Settembre '93.
82. Andreoni S.: *Diagnostica di laboratorio delle infezioni da lieviti.* Ottobre '93.
83. Tarolo G.L., Bestetti A., Maioli C., Giovanella L.C., Castellani M.: *Diagnostica con radionuclidi del Morbo di Graves-Basedow.* Novembre '93.
84. Pinzani P., Messeri G., Pazzagli M.: *Chemiluminescenza.* Dicembre '93.
85. Hernandez L.R., Osorio A.V.: *Applicazioni degli esami immunologici.* Gennaio 94.
86. Arras M., Contu L.: *Molecole di Membrana e funzione immunologica. Parte terza: I lnfociti B.* Febbraio '94.
87. Rossetti R.: *Gli streptoccocchi beta emolitici di gruppo B (SGB).* Marzo '94.
88. Rosa F., Lanfranco E., Balleari E., Massa G., Ghio R.: *Marcatori biochimici del rimodel - lamento osseo.* Aprile '94.
89. Fanetti G.: *Il sistema ABO: dalla sierologia alla genetica molecolare.* Settembre '94.
90. Buzzetti R., Cavallo M.G., Giovannini C.: *Citochine ed ormoni: Interazioni tra sistema endocrino e sistema immunitario.* Ottobre '94.
91. Negrini R., Ghielmi S., Savio A., Vaira D., Miglioli M.: *Helicobacter pylori.* Novembre '94.
92. Parazzini F.: *L'epidemiologia della patologia ostetrica.* Febbraio '95.
93. Proietti A., Lanzafame P.: *Il virus di Epstein-Barr.* Marzo '95.
94. Mazzarella G., Calabrese C., Mezzogiorno A., Peluso G.F., Micheli P, Romano L.: *Im - munoflogosi nell'asma bronchiale.* Maggio '95.
95. Manduchi I.: *Steroidi.* Giugno '95.
96. Magalini S.I., Macaluso S., Sandroni C., Addario C.: *Sindromi tossiche sostenute da prin - cipi di origine vegetale.* Luglio '95.
97. Marin M.G., Bresciani S., Mazza C., Albertini A., Cariani E.: *Le biotecnologie nella diagnosi delle infezioni da retrovirus umani.* Ottobre '95.
98. La Vecchia C., D'Avanzo B., Parazzini F., Valsecchi M.G.: *Metodologia epidemiologica e sperimentazione clinica.* Dicembre '95.
99. Zilli A., Biondi T., Conte M.: *Diabete mellito e disfunzioni conoscitive.* Gennaio '96.
100. Zazzeroni F., Muzi P., Bologna M.: *Il gene oncosoppressore p53: un guardiano del genoma.* Marzo '96.
101. Cogato I. Montanari E.: *La Sclerosi Multipla.* Aprile '96.
102. Carosi G., Li Vigni R., Bergamasco A., Caligaris S., Casari S., Matteelli A., Tebaldi A.: *Malattie a trasmissione sessuale.* Maggio '96.
103. Fiori G. M., Alberti M., Murtas M. G., Casula L., Biddau P.: *Il linfoma di Hodgkin.* Giugno '96.
104. Marcante R., Dalla Via L.: *Il virus respiratorio sinciziale.* Luglio '96.
105. Giovanella L., Ceriani L., Roncari G.: *Immunodosaggio dell'antigene polipeptidico tis - sutale specifico (TPS) in oncologia clinica: metodologie applicative.* Ottobre '96.

106. Aiello V., Palazzi P., Calzolari E.: ***Tecniche per la visualizzazione degli scambi cromatici (SCE): significato biologico e sperimentale*****. Novembre '96.**
107. Morganti R.: ***Diagnostica molecolare rapida delle infezioni virali*****. Dicembre '96.**
108. Andreoni S.: ***Patogenicità di Candida albicans e di altri lieviti*****. Gennaio '97.**
109. Salemi A., Zoni R.: ***Il controllo di gestione nel laboratorio di analisi*****. Febbraio '97.**
110. Meisner M.: ***Procalcitonina*****. Marzo '97.**
111. Carosi A., Li Vigni R., Bergamasco A.: ***Malattie a trasmissione sessuale (2)*****. Aprile '97.**
112. Palleschi G. Moscone D., Compagnone D.: ***Biosensori elettrochimici in Biomedicina.*** **Maggio '97.**
113. Valtriani C., Hurle C.: ***Citofluorimetria a flusso*****. Giugno '97.**
114. Ruggenini Moiraghi A., Gerbi V., Ceccanti M., Barcucci P.: ***Alcol e problemi correlati*****. Settembre '97.**
115. Piccinelli M.: ***Depressione Maggiore Unipolare*****. Ottobre '97.**
116. Pepe M., Di Gregorio A.: ***Le Tiroiditi*****. Novembre '97.**
117. Cairo G.: ***La Ferritina.*** **Dicembre '97.**
118. Bartoli E.: ***Le glomerulonefriti acute*****. Gennaio '98.**
119. Bufi C., Tracanna M.: ***Computerizzazione della gara di Laboratorio*****. Febbraio '98.**
120. National Academy of Clinical Biochemistry: ***Il supporto del laboratorio per la diagnosi ed il monitoraggio delle malattie della tiroide.*** **Marzo '98.**
121. Fava G., Rafanelli C., Savron G.: ***L'ansia*****. Aprile '98.**
122. Cinco M.: ***La Borreliosi di Lyme*****. Maggio '98.**
123. Giudice G.C.: ***Agopuntura Cinese*****. Giugno '98.**
124. Baccini C.: ***Allucinogeni e nuove droghe (1)*****. Luglio '98.**
125. Rossi R.E., Monasterolo G.: ***Basofili*****. Settembre '98.**
126. Arcari R., Grosso N., Lezo A., Boscolo D., Cavallo Perin P.: ***Eziopatogenesi del diabete mellito di tipo 1*****. Novembre '98.**
127. Baccini C.: ***Allucinogeni e nuove droghe (1I)*****. Dicembre '98.**
128. Muzi P., Bologna M.: ***Tecniche di immunoistochimica*****. Gennaio '99.**
129. Morganti R., Pistello M., Vatteroni M.L.: ***Monitoraggio dell'efficacia dei farmaci antivirali*****. Febbraio '99.**
130. Castello G., Silvestri I.:***Il linfocita quale dosimetro biologico*****. Marzo '99.**
131. AielloV., Caselli N., Chiamenti C.M.: ***Tumorigenesi gastrica Helicobacter pylori - correlata.*** **Aprile '99.**
132. Messina B., Tirri G., Fraioli A., Grassi M., De Bernardi Di Valserra M.: ***Medicina Termale e Malattie Reumatiche.*** **Maggio '99.**
133. Rossi R.E., Monasterolo G.: ***Eosinofili.*** **Giugno '99.**
134. Fusco A., Somma M.C.: ***NSE (Enolasi Neurono-Specifica)*****. Luglio '99.**
135. Chieffi O., Bonfirraro G., Fimiani R.: ***La menopausa*****. Settembre '99.**
136. Giglio G., Aprea E., Romano A.: ***Il Sistema Qualità nel Laboratorio di Analisi.*** **Ottobre '99.**
137. Crotti D., Luzzi I., Piersimoni C.: ***Infezioni intestinali da Campylobacter e microrganismi correlati.*** **Novembre '99.**
138. Giovanella L.: ***Tumori Neuroendocrini: Diagnosi e fisiopatologia clinica*****. Dicembre '99.**
139. Paladino M., Cerizza Tosoni T.: ***Umanizzazione dei Servizi Sanitari: il Case Management*****. Gennaio 2000.**

Caleidoscopio
Rivista mensile di Medicina
anno 18, numero 139

Direttore Responsabile
Sergio Rassu
Via Pietro Nenni, 6
07100 Sassari
Tel.-Fax 079 270464
Tel. mobile 0338 2202502
E-mail: rassu@ssnet.it

Responsabile Ufficio Acquisti
Giusi Cunietti

EDITORE

Consulenti di Redazione
Giancarlo Mazzocchi ed
Angelo Maggio

Segretaria di Direzione
Letizia Cuccuru

Servizio Abbonamenti
Maria Grazia Papalia
Flavio Damarciasi

Via Rio Torbido, 40
16165 Genova (Italy)
Tel. (010) 83401 Numero Verde 800 801005 (senza prefisso);
Telefax (010) 803498- 809070.
Internet URL:http://medicalsystems.editoria.com e http://www.medicalsystems.it
La Medical Systems pubblica anche le seguenti riviste: Journal of Clinical Ligand Assay, Guida Pratica Immulite®, Caleidoscopio, Kaleidoscope, Caleidoscopio letterario, Pandora, Journal of Preventive Medicine and Hygiene, Tribuna Biologica e Medica.

Stampa
Tipolitografia ATA
16143 Genova - Via G. Torti, 32 c.r.
Tel. (010) 513120 - Fax (010) 503320

Registrazione Tribunale di Genova n. 34 del 31/7/1996
Iscrizione al Registro Nazionale della Stampa n° 2661 del 2 Settembre 1989

Finito di stampare: Gennaio 2000
Sped. in Abb. Post. 45%

Pubblicazione protetta a norma di legge dall'Ufficio proprietà letteraria, artistica e scientifica della Presidenza del Consiglio dei Ministri, dedicata all'aggiornamento professionale continuo e riservata ai medici.

Caleidoscopio viene anche letto e rilanciato da:
"L'ECO DELLA STAMPA"
Via Compagnoni, 28 - Milano