

Comunicare in piastra. Una novità al Policlinico Agostino Gemelli *Policlinico A. Gemelli Servizio di Consultazione Psichiatrica, Università Cattolica Sacro Cuore di Roma (Direttore Prof. Pietro Bria)*

Albertina Del Lungo, Massimiliano Luciani, Daniele Malizia, Laura Minguell

Nell'aprile 2005 è stata avviata alla Piastra Chirurgica del Policlinico Agostino Gemelli di Roma un'esperienza innovativa di facilitazione della comunicazione tra i sanitari, i pazienti ed i loro parenti. Il progetto s'inserisce nel processo di potenziamento dei flussi comunicativi all'interno del Policlinico, su cui si è concentrato lo sforzo della Direzione Sanitaria durante gli ultimi due anni.

L'intera piastra tecnologica polifunzionale spazia su 7 livelli e nel corso del 2005 ha ospitato circa 16 mila interventi. Dispone di venticinque sale operatorie in cui operano più di 300 chirurghi, circa 50 anestesisti ed oltre 200 persone tra farmacisti, infermieri, tecnici ed ausiliari. Ogni settimana sono programmati ed effettuati oltre 300 interventi, allestiti circa 400 kit di dispositivi e farmaci e sterilizzati più di 350 set di strumenti chirurgici. Le 4 slitte passamalati permettono l'efficace trasferimento dei pazienti dai letti di reparto ai letti chirurgici, che sono lavati, disinfettati e asciugati in modo automatico da due tunnel di lavaggio che effettuano oltre 300 operazioni di lavaggio a settimana. Anche i 44 armadi mobili che permettono di fare arrivare in sala oltre 3500 articoli gestiti dalla farmacia, vengono disinfettati ogni giorno per mezzo dei due tunnel di lavaggio. 3 punti di *chek-in* completamente informatizzati, 50 postazioni informatiche di sala e 30 *web-cam* permettono di monitorare il flusso dei pazienti, gli eventi di sala ed assicurare una ottimale gestione del materiale.

13 posti di terapia intensiva post-operatoria, 22 posti di *recovery* e 16 salette di risveglio permettono poi un adeguato e continuo monitoraggio post intervento.

30 postazioni di refezione, dislocate tra le aree di soggiorno e gli studi medici, rendono possibile una tempestiva compilazione dei regimi operatori e delle cartelle anestesologiche.

Tra le apparecchiature, nei nuovi blocchi operatori, sono presenti più di 50 lampade scialitiche, 8 microscopi chirurgici, 8 colonne laparoscopiche, oltre 30 elettrobisturi, 5 apparecchi RX, 40 respiratori e oltre 80 apparecchi di monitoraggio.

Un avanzato sistema permette di gestire le numerose fonti video presenti in ogni sala, di effettuare filmati di elevatissima qualità e di distribuire in tempo reale le immagini su tutta la rete informatica del Policlinico.



L'incontenibile onda dei familiari

Il bisogno che ha ispirato questa iniziativa è quello di contenere e dare informazioni ai familiari dei pazienti ricoverati per un intervento chirurgico alla Piastra chirurgica del Policlinico. I familiari costituiscono, infatti, "l'onda incontenibile

dei parenti”, onda che assale il Medico nel momento in cui esce dalle Sale Chirurgiche per avventurarsi in quel *limbo* che tecnicamente chiamiamo “sala di transito” ma che nella percezione del familiare è vissuto come una “scomoda e asettica sala d’aspetto”. Infatti, nonostante la prescrizione data ai parenti di attendere il proprio congiunto in Reparto o nella Sala d’aspetto del Pronto Soccorso, essi inevitabilmente accompagnano il proprio congiunto fino alla “porta rossa” sopra la quale troneggia una moderna e simbolica dicitura di dantesca memoria: **Divieto di Accesso**. Su quella soglia la processione dei parenti si arresta mentre il paziente viene ingoiato dal *lay-out* del Blocco operatorio.

Nella realizzazione della nuova Piastra Tecnologica Polifunzionale i progettisti, probabilmente, avevano sottovalutato la variabile relazionale che circonda il paziente, cioè il bisogno di non sentirsi isolato. Possiamo individuare in questo bisogno quella componente affettiva, etologicamente determinata sin dalla nascita (teoria bowlbyana dell’Attaccamento), che spinge ogni individuo alla prossimità con coloro che ama, specie di fronte alla sofferenza e al pericolo (Bowlby 1988). Tale profonda motivazione porta regolarmente infatti ogni familiare a sostare nell’area più vicina alla sala operatoria per tutto il tempo dell’intervento. Tutti coloro che sono stati intervistati da noi comunicano l’ansia e lo smarrimento vissuto nelle ore di attesa nel corridoio di entrata alle Sale Chirurgiche che si conclude con la *Porta Rossa*. Quando infatti l’attenzione e la concentrazione degli anestesisti e dei chirurghi è, giustamente ed efficacemente, centrata alla buona riuscita dell’intervento, le dinamiche emotive dei familiari, comprensibilmente e necessariamente, costituiscono per i sanitari il rumore di fondo del processo operatorio, ma per coloro che sono coinvolti affettivamente sono emozioni spesso non contenibili. Il soggetto avverte in queste circostanze la necessità di un gruppo, di un collettivo che mentre contiene, aiuti a metabolizzare l’ansia e a mentalizzare l’esperienza. Anche se transitorio il gruppo che si forma nella sala d’attesa è un gruppo omogeneo che condivide diverse dimensioni: la parentela, la circostanza, lo spazio e il tempo dell’attesa.

È parso quindi imprescindibile alla Direzione Sanitaria del Policlinico, ai responsabili delle Chirurgie (Professor Aurelio Picciocchi) e della Consultazione Psichiatrica (Professor Pietro Bria) rispondere a questo bisogno con la costituzione di un gruppo operativo – anche se a turni durante la intera settimana - di Psicologi Tirocinanti e Specializzandi che si cimentassero nel compito di inventare il modo più efficace per canalizzare le informazioni, condurre la comunicazione e contenere e modulare le angosce.

Un primo obiettivo della nuova iniziativa è stato quindi quello di affrontare il paradosso relazionale, frequente nelle procedure mediche che, nell’occuparsi molto di un aspetto della persona malata, rischiano di trascurare, in modo significativo, altre componenti non meno importanti.

Nel suo *toto*, la Piastra appare, infatti, una struttura tecnologicamente avanzatissima la cui progettazione però ha parzialmente sottostimato il bisogno affettivo e la dimensione emotiva, sia dei familiari dei pazienti, sia degli operatori. Nel corso infatti di questo primo anno di operatività del Blocco Operatorio, sono

anche emerse diverse tensioni nelle relazioni funzionali dentro e fra i gruppi dei Chirurghi, degli Anestesisti e del Personale Paramedico.

Poteva ad esempio capitare che mentre il Medico Chirurgo, al termine dell'intervento, usciva dalla Piastra percorrendo vie di uscita alternative, gli OTA¹ che si trovavano a transitare innumerevoli volte attraverso la fatidica *porta rossa*, dovessero, loro malgrado, dare informazioni parziali sui pazienti “*a portata di mano o di lettino*” discriminando inevitabilmente tra le utenze ed alimentando il senso di smarrimento dei familiari che non sapevano che “*fine avesse fatto*” o come realmente stesse il loro parente.

I cento volti dell'ansia e del sollievo: “Lei è il nostro Navarro-Valls!”



Edvard Munch *L'Attesa* 1897-1899

Dal momento in cui un paziente è accettato dal Reparto di degenza nel Blocco Operatorio, vengono attivate tutta una serie di procedure che vanno dalla preparazione della sala chirurgica, al *check in* e al passaggio del paziente dal suo letto al tavolo operatorio, dall'attesa nella sala di preanestesia alla fase dell'anestesia vera e propria, anche se le fasi dell'intervento chirurgico saranno “relativamente brevi”. Dopo l'intervento chirurgico, il paziente viene gradualmente svegliato e portato nella *Recovery Room* – Sala del

Risveglio- dove sosterà ancora un'ora prima dell'uscita dal Blocco. Questo tempo, vissuto dagli operatori sanitari e dal personale medico in modo razionale, organizzato, fluido e funzionale, è soggettivamente esperito dai parenti come interminabile, vuoto ed angoscioso per la mancanza di informazioni su un intervento che magari “*sarebbe dovuto durare poche ore*” e che invece per i motivi più vari si è protratto.

Sovente la richiesta di informazioni da parte dei parenti è anticipata proprio da un'affermazione di sgomento: “*Mio marito è entrato alle 09.00... potrei sapere come sta?*”. La lecita richiesta viene spesso colorata da un tono emotivo trepido, agitato o eccitato, nutrito per lo più dallo stress di un'attesa scomoda ed ansiosa e dalla mancanza di altre comunicazioni. I Medici che transitano per il corridoio in genere si proteggono, comprensibilmente e discretamente, da questa onda di familiari che tutti insieme chiedono informazioni sui pazienti dislocati nelle 25 sale operatorie. Inoltre nella “sala di transito o di attesa” sostano non solo i parenti dei pazienti ricoverati nella Chirurgia Generale, ma anche di quelli ricoverati in Chirurgia d'urgenza, in TIPO² e in Chirurgia Ortopedica.

Sembrava perciò “indispensabile” attivare una funzione di ponte comunicativo per dare risposta alla domanda di informazione dei familiari. L'intervento della

Équipe di Psicologi nasce con questa finalità. Alcuni episodi raccolti in questo primo anno di servizio sono di per sé eloquenti.

Emblematica l'esclamazione di un uomo, che, vedendo la giovane Psicologa entrare ed uscire dalla zona rossa con lo scopo di dare informazioni "riservate", si avvicinò incuriosito e chiese timidamente alla Dottoressa quale fosse il suo ruolo alla Piastra. Ricevuta la risposta, esclamò: "*Ho capito! Lei è il nostro Navarro-Valls, perché è incaricata di dare informazioni sui nostri cari.*". Il lusinghiero paragone fa sorridere, ma al tempo stesso suggerisce tre considerazioni:

- essere oggetto di una comunicazione personalizzata, può avere per i familiari e per il paziente stesso, il significato di essere importanti agli occhi della istituzione ospedaliera che li ha in cura;
- conferisce allo stesso tempo senso e valore alla funzione dello Psicologo;
- il candido, implicito paragone tra il proprio caro ed il Santo Padre - in quei mesi ricoverato al Policlinico Gemelli- permette di gettare uno sguardo tutto particolare sulla profondità e sullo spessore del sentimento di tutti i familiari in attesa.

Noi psicologi come messaggeri

La nuova esperienza che vede gli psicologi in Ospedale, nella zona denominata Piastra, è iniziata come un viaggio con pochissime coordinate spazio temporali, ma con tante idee e immagini che da subito hanno iniziato a definire un'"area transizionale" tra il dentro e il fuori, tra il corpo e la mente, tra la parola e lo sguardo. Spinti ognuno di noi da personali motivazioni, carichi di emozioni nostre e altrui, iniziamo ad occupare uno spazio inizialmente sconosciuto, dove lo psicologo non sa bene come collocarsi. Questo uno dei punti cruciali: perché proprio "noi"? Il nostro compito è il passaggio d'informazioni tra dentro e fuori per facilitare il lavoro di altri? Ci sentivamo un po' come un *corridoio*.

Una volta entrati veramente in quel ambiente si è fatta avanti, man mano, l'idea che il non sentirsi riconosciuti era dovuto probabilmente all'assenza di definizioni di un'esperienza completamente nuova, e che, come tale, *era da creare*. Abbiamo quindi provato ad inventare sul campo la funzione di *facilitatori della comunicazione*, occupanti l'assenza ed il vuoto dell'attesa, come portatori o meglio "trasportatori" di emozioni isolate che richiedono di essere condivise ed elaborate. Lo Psicologo è *portavoce* sia perché riferisce notizie, sia perché *porta al congiunto la voce del paziente* che si risveglia e nel far ciò ne testimonia la presenza cosciente ed il relativo benessere.

Il nostro compito si è così definito nella funzione *di trasportare l'emozione, modulandola e contenendola, creando uno spazio riservato agli affetti*.

Nella Recovery Room

Dopo aver indossato le divise verdi noi Psicologi ci dirigiamo nella *Recovery room*. Lì l'atmosfera è sempre calma, quasi sospesa, come la coscienza dei pazienti

che vi sostano. L'infermiera e l'anestesista ci accolgono sempre cordialmente immergendoci in un clima di grande collaborazione. Quello è un gruppo sinergico, non privo di problemi, ma sempre molto coeso.

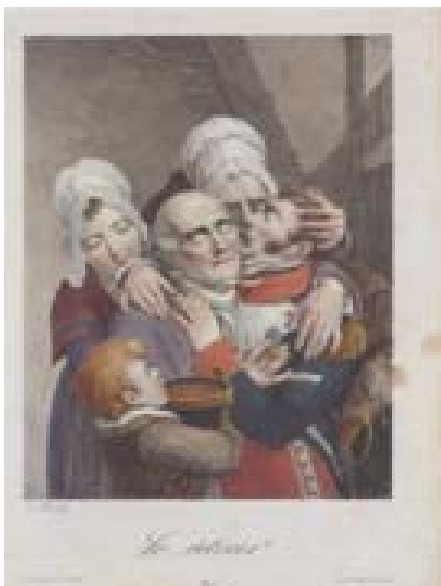
Osserviamo il monitor dove sono visualizzate le varie fasi degli interventi programmati. All'arrivo di ogni paziente in *Recovery Room* il personale si mobilita subito per le attività di routine. Colpisce la facilità con cui le infermiere accolgono i pazienti con calore, rispetto ed empatia continuando il monitoraggio necessario, così da far loro percepire la situazione come naturale, anche quando si è in presenza delle patologie più gravi. È evidente all'osservatore che il personale infermieristico ha in generale una grande competenza emozionale ed affettiva, che è parte costitutiva della loro competenza professionale. Non si percepiscono in genere comunicazioni incongrue, disconferme comunicative. Affiancando questi operatori lo Psicologo ha molto da imparare! Soprattutto per ciò che riguarda la comunicazione non verbale, la vicinanza fisica ed il contatto visivo. Saper incrociare lo sguardo del paziente al risveglio è fondamentale. Lo sguardo di ogni paziente sembra infatti avere un'intensità e una qualità particolare. Incrociare quello sguardo è come raccogliere una biografia.

Il paziente che si risveglia accoglie con sollievo, e con piacere la vista di un volto che gli si rivolge chiamandolo per nome, di una persona che gli chiede come si senta e che gli dà notizie di chi fuori è in ansia per lui.

Due episodi per tutti:

- quello di un giovane uomo che in sala d'attesa, vedendo lo Psicologo, lo avvicina chiedendogli di portare alla moglie, appena operata per un tumore, un cappellino colorato, per evitarle di sentirsi a disagio uscendo;
- quello di un paziente egiziano, che chiamiamo Alì, il quale, al risveglio, guarda lo Psicologo con occhi umidi e prende a raccontare, con nostalgia ed amore, di Alessandria di Egitto e della sua meravigliosa Biblioteca. Fuori non c'è nessuno ad aspettarlo.

Fa più male il corpo o l'anima nella *Recovery Room*? Preoccupazione per i familiari e nostalgia di casa. Ciò di cui si preoccupano i pazienti al risveglio.



Spesso abbiamo osservato come i pazienti che si risvegliano dall'anestesia nella *Recovery Room* mostrano sia un interesse per l'esito dell'operazione che una preoccupazione trepida per i propri familiari. Il tema della nostalgia della propria casa e dei propri cari sembra a volte prevalere su tutto. Raramente parlano a lungo del tipo di intervento che hanno fatto o delle precedenti operazioni, mentre emerge chiaramente la presenza, e a volte l'assenza, dei propri familiari, la preoccupazione nel volerli

avvisare e tranquillizzare, come se si sentissero causa del loro disagio.

In letteratura sono numerosi gli studi ed i modelli d'intervento psicologico sul paziente pre- e post-intervento chirurgico, basati sull'ipotesi che i fenomeni clinici dell'ansia pre-operatoria influenzino sia l'emergere di comportamenti post-operatori disfunzionali che l'emergere di stati deliranti, più o meno durevoli (Kain Z.N. et al. 2004).



Come messo bene in evidenza nella ricerca di Palese et al. (2004), sulla percezione dell'ansia e dello stress da parte dei pazienti, dei familiari e del personale di assistenza, frequentemente sia i familiari che il personale infermieristico sovrastimano l'ansia dei pazienti. In particolare, sono oggetto di preoccupazione: le conseguenze dell'intervento chirurgico, la possibilità di perdere la propria autonomia, il dolore, l'angoscia della fase dell'anestesia. È altrettanto vero che questi fattori ansiogeni possono essere ridotti attraverso adeguate strategie di informazione.



Foto di Bambola realizzata da Ute Kase Lepp

La Favola della Bella Addormentata e la Sala di Chirurgia Pediatrica

Accanto alle dodici sale del corridoio principale del secondo piano della Piastra, si trova la Sala Chirurgica Pediatrica dove un'Equipe sensibile ed esperta ha pensato un percorso di accompagnamento speciale per i piccoli pazienti. L'esperienza dell'intervento chirurgico è, infatti, resa più facile al bambino grazie alla presenza dei suoi genitori e grazie alla qualità dell'ambiente che si avvale di un

arredo allegro e pieno di immagini e di *favole*....

La sala chirurgica pediatrica evoca, in particolare, la storia di Rosaspina, la Bella Addormentata che, punta da un fuso, attendeva di essere risvegliata dal bacio del Principe. “*E al risveglio della Principessa tutto il Regno fece festa*”. I giochi, i *peluche*, i disegni, le bolle di sapone, i divanetti e le pareti colorate, creano un clima attraente e distraente per il bambino, ed offrono un luogo familiare ai genitori che stanno lì, chiamati a dare, in prima persona, cura ed accudimento al figlio.

È oltre modo opportuno sottolineare che questo clima, per essere pienamente efficace, deve contare sulla collaborazione consapevole dei genitori. Essi, infatti, possono rappresentare il primo apparato mentale contenitivo delle paure del bambino. Nella maggioranza dei casi ciò avviene in modo naturale. Purtroppo, in altre situazioni, la tensione, l'angoscia o la conflittualità tra i genitori prevale e l'attenzione dei curanti nel costruire questa *holding* psichicamente protettiva per il bambino, viene messa a duro rischio. Anche in questi casi la presenza di uno

Psicologo si può rivelare utile alla mediazione dei conflitti, sia nell'immediato sia per una presa in carico differita.

Il personale sanitario ha gradito la presenza degli Psicologi?

Pochi tra il Personale Sanitario sanno perché questo luogo si chiami Piastra. Gli OTA e gli Infermieri sono propensi ad associare “piastra” a “graticola” ovvero “luogo di sofferenza e di tortura”. I Chirurghi più anziani, si dice, interpretano il termine come “luogo piano e razionale, dove tutto è ordinatamente disposto”. In siffatto luogo l'attività del piccolo team di Psicologi passa tutt'altro che inosservata. In primo luogo la semplice presenza ha suscitato nel Personale sanitario curiosità e interesse ed è stata percepita come “utile” anche se non immediatamente collocabile all'interno delle logiche del Blocco Operatorio.

In prevalenza gli Anestesisti e gli Infermieri della *Recovery Room* chiedono al giovane Psicologo di turno: “Ma voi cosa fate?” ed anche “Ma il Gemelli vi paga per questo?”. La risposta sembra rasserenarli ed aprire nella relazione insperati canali comunicativi e di collaborazione.

La collaborazione tra diverse professionalità è sempre proficua. Ed il riconoscimento delle reciproche competenze è alla base di qualsiasi collaborazione. La professionalità medica si dovrebbe sempre accompagnare ad una adeguata competenza comunicativa. Alla base della Qualità totale del Servizio è auspicabile ci sia la consapevolezza della complessità che si cela dietro ad una “comunicazione” chiara ed efficace. Contenere la sofferenza e il disagio, riconoscerli e, allo stesso tempo, gestirli con professionalità e fermezza. Per tutto ciò può essere opportuna la integrazione con il ruolo propriamente Medico, di una figura intermedia cui affidare compiti di comunicazione e forse anche di post-comunicazione sugli esiti di un intervento, specie nei casi più gravi.

Una adeguata strategia di comunicazione deve tener conto degli aspetti emotivi della persona e della tolleranza alla frustrazione di quel particolare utente in quella particolare circostanza. In alcune situazioni si è assistito a comunicazioni perfettamente chiare e circostanziate, ma poco contestualizzate e che pertanto rischiavano di risultare inadeguate alla situazione e ai soggetti.

La particolareggiata descrizione di una amputazione è avvenuta nella fatidica “area di transito” dove la *privacy* della comunicazione viene del tutto disattesa e di cui sono stati involontari spettatori gli altri familiari già di per sé provati da ore di stressante attesa. Alla fine della “comunicazione” il Medico, dispiaciuto e addolorato, si allontana con il suo Assistente e la donna comincia a perdere colorito, gli occhi stralunano e appoggiandosi alla parete lentamente scivola verso terra. In quel momento si è creata anche una compartecipazione di tutto il gruppo degli altri parenti nei confronti della giovane moglie che si è trovata impreparata a gestire quel dolore. Continuava a ripetere: “è così giovane, è un tipo sportivo, chi avrà il coraggio di dirglielo?”

La definizione “neutralità affettiva” che compare in tutti i testi scolastici ha un difetto: non esiste in natura. L'uomo ha come caratteristica il non potere mai essere

neutrale affettivamente. In bilico tra idealismo e cinismo occorre optare per il realismo. Tra il coinvolgimento totale ed un contegno freddo e formale c'è tutta la gamma di simpatie ed antipatie, di solidarietà e di distacco.

È provato che non vi è corrispondenza tra sintomi e gravità della malattia, che non è lineare e sempre coerente il significato che assume la malattia per i singoli individui: essa può essere espiazione, fuga, riposo, pausa, evento desiderato od ostile mortificazione. Sempre la vicinanza e la compartecipazione, alleviano il dolore fisico e la sofferenza mentale.

Progetti di ricerca

Lo Psicologo è anche un clinico, con una sensibilità per l'osservazione e la ricerca. In questo senso la nostra Equipe è stata subito invitata ed integrata in progetti di ricerca nuovi e/o già in corso di realizzazione. In collaborazione con gli Istituti di Anestesiologia e Rianimazione e di Chirurgia Pediatrica, sono stati attivati diversi progetti di ricerca.

Il primo è un progetto di ricerca mirato alla valutazione dell'ansia esperita dai soggetti presenti nella sala di attesa durante l'intervento del loro caro. La ricerca intende verificare l'eventuale diminuzione dell'ansia attribuibile al lavoro svolto dagli psicologi nella piastra chirurgica.

Il secondo lavoro di ricerca intende valutare se la presenza dell'ansia e della depressione nel paziente sottoposto ad intervento chirurgico sono in grado di incidere sulla percezione del dolore post-operatorio.

Il terzo ed ultimo lavoro di ricerca mira a raccogliere dati conoscitivi per sviluppare un intervento psicologico mirato sui membri dell'Equipe Chirurgica Pediatrica del Policlinico Universitario Agostino Gemelli.

Ricerca sugli Operatori: interazione tra il gruppo degli Psicologi ed i gruppi dei Sanitari Curanti.

La presente ricerca condotta dalla Dottoressa Francesca Vasta e dalla Dottoressa Raffaella Girelli, su impulso della Cattedra del Prof. Claudio Neri della Facoltà di Psicologia dell'Università "La Sapienza" di Roma, nasce dalla richiesta del sottogruppo di anestesisti pediatrici del Policlinico Agostino Gemelli di comprendere e valutare uno stato endemico di disagio presente nel loro distretto operatorio.

Il progetto di ricerca è finalizzato a raccogliere dati conoscitivi per sviluppare un intervento psicologico mirato sui membri dell'équipe chirurgica pediatrica. Sulla base di un'indagine preliminare svolta in via non ufficiale dai colleghi psicologi inseriti nella medesima struttura, si è rilevata una situazione di disagio lavorativo riguardante i membri dell'équipe sanitaria, caratterizzata da alta conflittualità interna e stress occupazionale, tali da far scaturire l'ipotesi di un possibile burnout degli operatori.

L'équipe sanitaria è composta da: 3 chirurghi pediatrici, 4 specializzandi in chirurgia pediatrica, 2 anestesisti pediatrici, 5 medici frequentatori di cui 3 pediatri e 2 anestesisti, 4 infermieri pediatrici, 2 infermieri addetti alla *Recovery Room*.

Da un punto di vista organizzativo, l'équipe lavora nell'ambito della Piastra chirurgica. Come già menzionato, la nuova organizzazione logistica ha prodotto un notevole risparmio di risorse economiche, ma anche un sovvertimento nell'organizzazione dei processi e delle relazioni di lavoro. In particolare, la dinamica del piccolo gruppo di lavoro dell'équipe Chirurgica Pediatrica ha risentito del nuovo assetto soprattutto nei termini di una minore stabilità e coesione dei suoi componenti. Nell'organizzazione precedente, infatti, il Chirurgo designava i membri dell'équipe e -sulla base delle informazioni raccolte- si è rilevato che ogni Chirurgo era solito operare una scelta che includesse sempre gli stessi operatori. Oggi l'équipe operatoria viene costituita secondo criteri di razionalizzazione organizzativa e questo comporta sia una rotazione continua dei membri in base ai turni lavorativi, sia una relativa aspecificità degli stessi operatori. Nel caso dell'équipe anestesologica pediatrica quindi accade frequentemente che vi lavorino Infermieri o Anestesisti non pediatrici. Dal punto di vista delle dinamiche di gruppo, l'ipotesi di indagine proposta è la seguente. La stabilità del campo gruppale è una fonte di sicurezza per i membri, rende possibile la conoscenza reciproca e il dialogo, prevenendo quindi sia i conflitti interni sia vissuti di disagio lavorativo e di burnout. Si ritiene quindi di rilevare in primo luogo il livello di disagio/burnout dell'équipe e in secondo luogo di indagare quanto ciò abbia eventualmente a che fare col livello di stabilità del campo gruppale.

OBIETTIVI DELL'INTERVENTO

1. Rilevazione del livello di *burnout* dei membri dell'équipe chirurgica pediatrica.
2. Rilevazione delle possibili cause del *burnout* attraverso modalità di indagine individuale e di gruppo.
3. Progettazione ed erogazione di un intervento psicologico attraverso attività esperienziali di gruppo.

Le “attese” dei parenti nella chirurgia generale: ricerca pilota

Scopo della ricerca

Il presente lavoro si propone di indagare i livelli di ansia di stato e di tratto in un campione di soggetti in attesa per l'intervento chirurgico di un loro caro. Ricerche precedenti hanno dimostrato come con un semplice aumento di informazioni comunicate dal personale sanitario ai soggetti presenti in sala d'attesa, sia possibile ridurre l'ansia. La ricerca si propone di verificare e di valutare la eventuale diminuzione dell'ansia/stress percepiti all'interno della sala d'attesa per i parenti delle chirurgie generali del Policlinico Agostino Gemelli, in correlazione con la presenza dell'équipe di Psicologi.

Ipotesi

Con la presenza dell'équipe degli Psicologi il profilo dell'ansia e dello stress nei parenti in sala di attesa diminuisce.

Metodo

	Pre-Test	Intervento Psicologico	Post-Test	Differenza
Gruppo A	T1	Si	T2	T1-T2
Gruppo di controllo B	T1	No	T2	T1-T2

Campione: 150 situazioni circa Tempi: un anno circa

Gruppo di controllo: parenti in sala d'attesa nel reparto delle chirurgie generali, in assenza dell'intervento degli psicologi.

La ricerca utilizza due gruppi quasi-sperimentali, pre-test e post-test, designati per valutare l'effetto dell'Equipe degli Psicologi sulla riduzione dell'ansia.

Il gruppo A verrà sottoposto ad un pre-test, a seguito del quale riceverà l'intervento psicologico, per poi essere sottoposto al post-test. Il pre-test sarà effettuato all'arrivo dei soggetti in sala d'attesa e consisterà nella somministrazione della STAI-Y nella sola forma di stato. Il post-test verrà invece effettuato dopo che i soggetti avranno avuto notizia del termine dell'intervento del loro caro, mediante la somministrazione della STAI-Y completa.

Il gruppo B verrà sottoposto al pre-test ed al post-test negli stessi tempi del gruppo A, ma in assenza dell'intervento psicologico.

Sviluppi futuri

Qualora l'ipotesi dovesse essere verificata, ulteriori studi potrebbero concentrarsi su variabili più specifiche rispetto la presenza del Servizio Psicologi alla Piastra, in grado di diminuire l'ansia. Ciò aiuterebbe a pianificare e programmare un intervento psicologico sui soggetti presenti in sala d'attesa che sia maggiormente efficace e contenitivo.

Studio di correlazione tra ansia pre-operatoria e vissuto algico post-operatorio. Università Cattolica del Sacro Cuore. Policlinico A. Gemelli, Roma

Scopi della ricerca

Lo scopo di questo studio è quello di chiarire il rapporto che l'ansia ha sulla percezione del dolore post-operatorio in pazienti sottoposti a chirurgia addominale. La letteratura precedente ha già dimostrato come l'ansia sia in grado di incrementare nel soggetto la percezione del dolore post-operatorio. Il nostro studio si propone, più specificatamente, di valutare l'influenza della variabile indipendente ansia, sulla variabile dipendente percezione del dolore post-operatorio in soggetti sottoposti a chirurgia addominale. L'ansia verrà misurata mediante lo State Trate Anxiety Inventory (STAI-Y). La percezione del dolore post-opertorio verrà invece valutata attraverso due scale di misurazione del dolore. La Visual Analog Scale (VAS) in cui il soggetto è chiamato a collocare, su di un segmento della lunghezza di 100 mm, il livello di dolore percepito, tenendo conto che l'estremità sinistra corrisponde all'assenza di dolore e quella destra al massimo dolore percepito. L'altra scala di

valutazione è il Questionario Italiano del Dolore (QUID) che fornisce una misurazione quantitativa e qualitativa della percezione algica.

Ipotesi

All'aumentare dell'ansia pre-operatoria esperita dal soggetto aumenta il vissuto algico nel post-operatorio.

Metodo

Il disegno di ricerca prevede un campione composto da 70 soggetti sottoposti ad intervento chirurgico toracico presso il Servizio di Chirurgia Generale dell'UCSC. I criteri di selezione del campione saranno:

- età compresa tra i 18 e i 65 anni
- accettazione del consenso informato
- soggetti sottoposti per la prima volta ad intervento chirurgico addominale.

Al primo contatto con il servizio viene descritto al paziente il progetto di ricerca e viene richiesta la compilazione del modulo del consenso informato.

Nella fase preoperatoria viene somministrata la STAI-Y. Successivamente all'intervento l'anestesista valuta il livello di sedazione del soggetto al risveglio. Il soggetto è inoltre invitato a compilare il QUID e la STAY-Y (6 ore dopo l'intervento) e la VAS secondo degli intervalli predeterminati (al risveglio; 1; 2; 6; 12; 24; 36 ore dopo l'intervento). Viene inoltre misurato il numero di boli rilasciati in un arco tempo di 36 ore (PCA).

Sviluppi futuri

L'obbiettivo a lungo termine è quello di progettare un protocollo di screening e di sostegno psicologico tale da ottimizzare l'intervento anestesilogico e il recupero post-operatorio, cercando di effettuare interventi psicologici finalizzati alla riduzione dell'ansia e della percezione del vissuto algido nel decorso post-operatorio.

Note

1. Operatore Tecnico Assistenziale deputato al trasporto del paziente dal Reparto alla Sala Operatoria.
2. Terapia Intensiva Post-Operatoria.
3. Quantità di anestetico rilasciato dalla PCA preimpostato dall'anestesista ma autosomministrato dal paziente.

Bibliografia

Bowlby J. (1988). *Una base sicura*. Cortina, Milano 1989.

Convegno (31 gennaio 2006). *L'intervento psicologico in oncologia*. CNR, Roma

Cottraux J.(1980). L'ipocondriaco e il medico immaginario, ovvero il corpo medico di fronte al corpo malato. In Guyotat J. (a cura di) *Le psicoterapie mediche*. Masson, Milano.

- Dexter F. e Epstein R.H. (2001). Reducing family members' anxiety while waiting on the day of surgery: systematic review of studies and implication of HIPAA health information privacy rules. *J. Clin. Anesth*, 13, 7, [478-81].
- Bartolacelli E. (1999). *Dalla consulenza all'ambulatorio psicologico: prime tappe verso un servizio di psicologia ospedaliero* (http://www.sipsot.it/html/ricercafolder/ric_settoriparticolari/documenti/servizi autonomi/bartolacelli.html).
- Farnè M. (2001). *Psicologia, salute e malattia. Introduzione alla psicologia della salute*. Zanichelli, Bologna.
- Trabucco G. (2001). L'intervento psicologico nell'ospedale. *Il Sole 24 ore SANITÀ*, 6-12 novembre.
- Hughes F. et al. (2005). Relatives' experiences of critical care. *Nurs. Crit Care*, 10, 1, [23- 30].
- Kawakami C. et al. (2004). A study on the factors influencing the anxiety of family members in the emergency department. *Fukuoka Igaku Zasshi*, 95, 3 [73-79].
- Lazzari D. (1999). *Ogni persona è un mondo*. Atti del convegno Ospedale Santa Maria, Terni, 29 ottobre.
- Leske J.S. (1993). Anxiety of elective surgical patients family members. Relationship between anxiety levels, family characteristics. *AORN J.*, 57, 5, [1091-1092; 1096-1103].
- Leske J.S. (1996). Intraoperative progress reports decrease family members' anxiety. *AORN J.*, 64, 3 [424-425; 428-436].
- Lorenzi P. (1996). *Il rapporto medico paziente nelle patologie del vissuto corporeo*. *Med. Psicosom.* 41.
- Magaret N.D. et al. (2002). Patient satisfaction in the emergency department – a survey of pediatric patients and their parents. *Acad. Emerg. Med.*, 9, 12, [1379-1388].
- Morucci M. e Verrastro V. (2000). La psicologia in ospedale: un modello di intervento sul paziente organico e sull'organizzazione. *Semestrale dell'Istituto per lo Studio delle Psicoterapie e della società italiana di psicoterapia*.
- Kain Z.N. et al. (2004). Preoperative anxiety and emergence delirium and postoperative maladaptive behaviors. *Anesth Analg.*, 99, 6, [1648-1654].
- Palese A. et al. (2004). The perception of anxiety and stress in day surgery: a comparison among patients, family members and nurses. *Prof. Inferm.*, 57, 2, [102-108].
- Pochard F. et al. (2001). Group: Symptoms of anxiety and depressions family members of intensive care unit patients: ethical hypothesis regarding decision making capacity. *Crit Care Med.*, 29, 10, [2025-2026].

Ruggieri V. (1998). *Mente, corpo, malattia*. Il pensiero scientifico editore. Roma.

Albertina Del Lungo, Psicologo analista A.I.P.A., Dirigente Psicologo del Servizio di Consultazione Psichiatrica dell'Istituto di Psichiatria e Psicologia UCSC, Policlinico A. Gemelli, Roma.

Massimiliano Luciani, Psicologo Specializzando Scuola di Psicologia Clinica Istituto di Psichiatria e Psicologia UCSC, Policlinico A. Gemelli, Roma.

Daniele Malizia, Psicologo Specializzando Scuola di Psicologia Clinica Istituto di Psichiatria e Psicologia UCSC, Policlinico A. Gemelli, Roma.

Laura Minguelli, Frequentatore Reparto Pediatria I, U.C.S.C., Policlinico A. Gemelli, Roma.