

## Un servizio di psicologia in un contesto ospedaliero: risorse e criticità

di **Andrea Cappabianca\***, **Fabiana Gallo\*\***, **Alberto Vito\*\*\***

### *Abstract.*

L'articolo presenta uno studio d'archivio relativo a 144 cartelle cliniche relative alle prestazioni dell'anno 2011 svolte presso l'U.O.S.D. di Psicologia Clinica dell'A.O.R.N. Ospedali dei Colli di Napoli. I dati analizzati consentono di effettuare interessanti considerazioni sul ruolo dello psicologo in ospedale. Tale contesto, infatti, è rappresentato socialmente come il luogo della cura del corpo in cui, il più delle volte, viene riconosciuto un ruolo di secondo ordine al disagio psicologico. Le trasformazioni dei processi di cura in ambito ospedaliero, conseguenti al progresso scientifico e tecnologico oltre che ad una maggiore attenzione ai bisogni dell'utenza, comportano l'incremento delle esigenze attinenti la sfera della soggettività, delle relazioni, della comunicazione, della gestione dello stress, riferite sia ai pazienti ed ai loro familiari che agli operatori ed alle strutture. In tal senso lo psicologo si pone da un lato come punto di riferimento per la presa in carico di tali bisogni, dall'altro come motore propulsore di un cambiamento culturale ormai necessario.

*Parole chiave:* Psicologia ospedaliera, psicologia e medicina, disturbi mentali in medicina generale, worried well, HIV.

### *Le funzioni della psicologia in ospedale*

Un'importante ricerca dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (Üstün & Sartorius, 1995), ha mostrato che il 24% dei pazienti della medicina generale è affetto da un disturbo psichiatrico. Secondo studi più recenti condotti in Italia, invece, i disturbi psichiatrici - soprattutto di tipo ansioso-depressivo - riguardano il 12,4% dei pazienti della medicina generale e tale percentuale sale al 17,9% se si includono anche i disturbi sottosoglia (Menchetti, Bortolotti, Bombi & Berardi, 2007). Inoltre, l'assenza di adeguate procedure diagnostiche, che pesano sul bilancio del Servizio Sanitario Nazionale, non consente di scoprire una specifica eziologia per circa un terzo dei sintomi che i pazienti riferiscono al medico di base, facendo quindi pensare a somatizzazioni, ad un disturbo depressivo o ansioso (Tarsitani & Biondi, 2009).

Nonostante l'affermarsi pluridecennale del modello bio-psico-sociale per la definizione del concetto di salute e, con la Carta di Ottawa (1986), il recente ulteriore riconoscimento dell'importanza dei bisogni spirituali del malato da parte dell'OMS, si continua però ad assistere ad una polarizzazione dell'attenzione e delle risorse ai soli aspetti fisici del benessere (La Torre & Diamante, 2000).

Ciò avviene anche quando un fattore psicologico potrebbe essere una concausa della patologia somatica. In altri termini, il più delle volte, sia gli operatori della sanità che gli stessi malati si preoccupano principalmente della patologia organica e riconoscono un ruolo di secondo ordine al disagio psicologico che sperimentano.

Soprattutto in ospedale tali questioni assumono fondamentale importanza. Di fatto, la sola condizione di ricovero comporta la totale destrutturazione delle abitudini quotidiane ed impone un nuovo adattamento ai luoghi ed ai ritmi dell'Istituzione: si pensi alla condivisione degli spazi, alla rinuncia alla privacy, allo stato di dipendenza da operatori e familiari, alla scarsa attenzione ai bisogni emotivi del paziente. Se a questo si aggiunge la sofferenza fisica e l'impatto che la malattia può avere sul progetto di vita di una persona, si comprende quanto sia imprescindibile il lavoro di psicologi che si occupino del trattamento di coloro che sono affetti da patologie organiche. E' quindi indispensabile fare il possibile per migliorare il contesto ospedaliero da un lato, e dall'altro offrire contenimento al malato durante il percorso che deve affrontare, cercando di potenziare le risorse individuali e familiari, proponendo riorganizzazioni cognitive che lo spingano a guardare la

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

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

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

situazione che vive da punti di vista diversi, e sostenendolo tanto nell'accettazione della patologia quanto nell'adattamento ad essa ed alla nuova realtà che si trova a vivere.

Per questo motivo sono sorte, nel nostro Paese, Unità Operative di Psicologia Ospedaliera, anche se la diffusione non è omogenea in tutto il territorio nazionale (meno presenti al sud), con il principale obiettivo di migliorare la qualità globale del processo di cura e di assistenza, lavorando sulle risonanze emotive e sulle rappresentazioni, che malati, familiari e operatori sviluppano di fronte alla malattia o al trauma ad esso connesso.

#### *Attività dell'Unità Operativa S.D. di Psicologia Clinica dell'A.O.R.N. Ospedali dei Colli*

Nel 2011, nel quadro della riorganizzazione della rete ospedaliera della Regione Campania, si è costituita l'A.O.R.N. Ospedali dei Colli, in cui sono confluite l'A.O. Monaldi, specializzata prevalentemente in patologie di tipo pneumo-cardiovascolare, l'A.O. Cotugno, specializzata in patologie infettive e diffuse, ed il Centro Traumatologico Ortopedico, già presidio ospedaliero dell'Asl Napoli 1.

All'interno della neo Azienda è presente l' U.O.S.D. di Psicologia Clinica mentre in passato, presso l'A.O. Cotugno era attiva, dal 2003, l'Unità Operativa S. di Psicologia Ospedaliera, collocata all'interno della struttura complessa di Psichiatria di Consultazione ed Epidemiologia Comportamentale. Attualmente, presso l'Ospedale Cotugno, sono presenti uno psicologo dirigente, con formazione psicoterapeutica ad orientamento sistemico-relazionale, con funzione di responsabile del Servizio e un gruppo di circa 10 psicologi e psicoterapeuti borsisti, volontari e tirocinanti; presso l'A.O. Monaldi vi è una psicologa dirigente inquadrata nell'UOC di Neonatologia; nei tre presidi, inoltre, sono presenti psicologi borsisti e volontari nell'UOC di Oncologia, nell'UOSD Centro per il Trattamento del Tabagismo, nell'UOSD Trapianti Cuore, nell'UOC di Neurologia, nel UOC di Ospedalizzazione a Domicilio, partecipanti a periodiche riunioni ed attività di aggiornamento.

Le prestazioni dell'U.O.S.D. di Psicologia Clinica presso l'ospedale Cotugno si articolano prevalentemente in:

1. attività clinica: le principali aree di intervento psicologico sono la psicopatologia, la sofferenza psicologica connessa con la patologia organica (ad esempio pazienti affetti da HIV, oncologici).

L'intervento dello psicologo può essere rivolto a tutti i pazienti in ospedale, sia ricoverati, sia in regime di day-hospital che in trattamento ambulatoriale.

Durante la degenza, l'intervento psicologico si articola in consulenze nei reparti previa richiesta del medico o del paziente stesso e dei suoi familiari; talvolta questo intervento è svolto insieme allo psichiatra, affinché possano essere valutati sia gli aspetti di tipo strettamente psicologico, che gli aspetti relativi ad una patologia psichica più grave che necessitano di interventi anche farmacologici. La consulenza è concordata di volta in volta con i medici del reparto, affinché intorno al paziente si crei una vera e propria rete di sostegno che lo consideri nella sua totalità mente-corpo.

Il servizio ambulatoriale è rivolto sia agli ex degenti dell'ospedale che a pazienti esterni, che sino a quel momento non hanno avuto alcun rapporto diretto con la struttura, i quali possono afferire al servizio attraverso richiesta del medico curante. Gli interventi ambulatoriali si articolano, sostanzialmente, a tre livelli: interventi di tipo consulenziale, di breve termine, focalizzati sul problema, che possono anche proseguire con una presa in carico più strutturata; trattamenti di psicoterapia individuale, di coppia e familiare ad orientamento sistemico-relazionale, con un massimo di sedici incontri; valutazioni psicodiagnostiche attraverso la somministrazione di questionari psicologici con la stesura di relazione scritta. Tali attività vengono talvolta svolte in collaborazione con gli psichiatri, laddove è suggerita un'integrazione tra gli interventi strettamente psicologici e quelli farmacologici.

Una parte significativa dell'attività clinica è rivolta ai pazienti affetti da HIV per i quali viene utilizzato un apposito modello di intervento in cui l'assistenza psicologica è proposta sin dal primo contatto col paziente, che viene accompagnato nella fase diagnostica e in tutto l'iter della malattia. Nel trattamento con tali pazienti le aree di maggiore interesse riguardano la qualità della vita e dei

rapporti interpersonali con il proprio partner, con i propri genitori, con i propri figli, con i propri amici, la consapevolezza della propria malattia, la progettualità personale, i desideri e le paure. Tali questioni sono considerate di volta in volta rispetto alle esigenze del paziente, rispettando la sua assoluta libertà di scelta, ma favorendo un processo che mira alla presa di coscienza delle dinamiche più profonde che incidono su questi rapporti. E' inoltre importante individuare le risorse e gli affetti del paziente e le reti di relazioni formali che possono sostenerlo, attivando anche interventi per sostenere il carico emotivo dei caregivers. In tal senso, la consulenza può essere anche allargata ad un eventuale coniuge, effettuando una consulenza di coppia, e alla famiglia, ove il paziente lo richieda espressamente e ne senta la necessità: ciò con l'intento di aiutare il paziente a comunicare la sua condizione e per migliorare la qualità della vita sia delle persone sieropositive sia di coloro ad esse più vicini.

Un campo specifico d'intervento riguarda il trattamento dei "worried well", ovvero i pazienti ipocondriaci che sebbene abbiano un rischio di infezione basso o nullo, nutrono un'apprensione smisurata nei confronti dell'HIV (Vito, Mauriello, Nardini & Viparelli, 2006).

E' attivo, inoltre, il centro per la cura del tabagismo, indirizzato sia al personale dipendente dell'ospedale, sia agli utenti esterni. Esso si avvale di una equipe formata da psicologi ed un pneumologo, operando con un approccio integrato che tiene conto tanto delle problematiche psicologiche connesse con l'abitudine del fumo, tanto degli aspetti fisici che il tabagismo comporta. Il problema viene affrontato in primis attraverso incontri individuali, condotti da uno psicologo, con una finalità informativa ed educativa che fa luce sui costi e benefici dell'abitudine al fumo, successivamente viene appositamente adibito un setting in cui approfondire la storia personale di ogni fumatore e le abitudini legate al fumo; i colloqui prevedono un'analisi della motivazione al trattamento, con una prima fase di auto-osservazione cui fa seguito il programma vero e proprio di disassuefazione. I trattamenti farmacologici sono di pertinenza del pneumologo.

2. attività di formazione. Il servizio cura la formazione di laureati in psicologia che possono svolgere tirocinio presso la struttura e di specializzandi in psicoterapia; si effettua un'attività di supervisione, aggiornamento professionale, attività seminariali e convegni. Inoltre, partecipa alle attività di formazione dell'A.O. rivolte a tutto il personale, per le tematiche di specifica competenza.

3. attività di ricerca. Sono in corso ricerche sulla qualità della vita in pazienti laringectomizzati, sulla percezione del tabagismo come problematica psicologica nella popolazione, sui disturbi neurocognitivi in soggetti HIV (Cfr. Vito, D'Alessandro & Parrella, 2011; Mauriello, Vito & Starace, 2002; Nardini et. al., 2005; Starace et al., 2006; Vito, Lupoli, & Tizzano, 2006; Vito, Tizzano & De Micco, 2006)

Sono presentati, in questa sede, i dati relativi alle prestazioni dell'anno 2011 che offrono lo spunto per alcune considerazioni.

#### *La ricerca*

Nell'intento di individuare le caratteristiche della popolazione di utenti che nell'anno 2011 hanno usufruito delle attività del Servizio, svolte esclusivamente presso il presidio Cotugno, abbiamo intrapreso una ricerca d'archivio relativa alle cartelle cliniche che fanno riferimento a circa 550 prestazioni per 144 utenti<sup>1</sup>. I dati raccolti, analizzati statisticamente, riguardano le seguenti variabili: sesso, età, tipo di diagnosi, trattamento e numero di sedute effettuate.

#### *Risultati*

---

<sup>1</sup> Si fa riferimento esclusivamente alle prestazioni fornite direttamente dall'UO di Psicologia Clinica. Non sono comprese le prestazioni psicologiche erogate da colleghi presenti nella struttura, ma afferenti ad altri reparti.

Dall'analisi delle cartelle cliniche si osserva che i 144 pazienti che hanno usufruito delle attività della nostra Unità Operativa sono in prevalenza uomini, 81, pari al 56,3%, rispetto alle donne, 63, pari al 43,8% (tab. 1).

SESSO (tab. 1)

	frequenze	percentuali
maschio	81	56,3%
femmina	73	43,8%

Di essi, 36 hanno un'età compresa tra i 31 e i 40 anni (pari al 25,0%), mentre 34 pazienti hanno un'età compresa tra i 41 e i 50 anni (pari al 23,6%), 32 pazienti hanno un'età compresa tra i 51 e i 60 anni (pari al 22,2%), 22 pazienti hanno un'età compresa tra i 21 e i 30 anni (pari al 15,3%), 11 pazienti hanno un'età compresa tra i 61 e i 70 anni (pari al 7,6), 4 pazienti hanno un'età compresa tra gli 11 e i 20 anni (pari al 2,8%), 3 pazienti hanno un'età compresa tra 0 e 10 anni (pari al 2,1%) ed infine 2 pazienti hanno un'età maggiore di 70 anni (pari al 1,4%) (tab. 2). In sostanza, circa il 70% hanno un'età compresa tra i 30 e 60 anni ed il 15% hanno tra i 20 ed i 30 anni. Non essendo il nostro un ospedale pediatrico, è comprensibile che la percentuale di bambini sia molto bassa (prevalentemente ricoverati per sospette meningite o encefalopatie), mentre la percentuale bassa di adolescenti può essere attribuita all'immagine dell'ospedale di malattie infettive nell'immaginario cittadino, non facilitante il contatto.

ETA' (tab. 2)

	frequenze	percentuali
0 - 10	3	2,1%
11 - 20	4	2,8%
21 - 30	22	15,3%
31 - 40	36	25,0%
41 - 50	34	23,6%
51 - 60	32	22,2%
61 - 70	11	7,6%
> 70	2	1,4%

Per quanto riguarda la diagnosi<sup>2</sup> si può osservare che quelle più frequenti nell'anno 2011 riguardano le conseguenze emotive legate all'HIV e i disturbi della sfera ansioso-depressiva: 49 pazienti (pari al 34,0%), infatti, hanno diagnosi di un disturbo psichiatrico HIV-correlato (ansia, depressione, disturbi del sonno legati all'HIV), mentre a 23 pazienti è stato diagnosticato un disturbo ansioso (pari al 16,0%) e a 21 pazienti un disturbo depressivo (pari al 14,6%).

Seguono 7 pazienti con disturbi correlati a patologie organiche diverse dall'infezione da HIV (pari al 4,9%) e 7 pazienti con diagnosi di deficit cognitivi (pari al 4,9%). I pazienti con diagnosi di worried well e ipocondria sono 6 (pari al 4,2%) come quelli con diagnosi di disturbo alimentare (4,2%). Con diagnosi di tabagismo sono stati riscontrati 5 pazienti (pari al 3,5), a 4 pazienti è stata diagnosticata una psicosi (pari al 2,8%) e a 3 pazienti problemi relazionali (pari al 2,1%). Seguono, infine, 2 pazienti con diagnosi principale di alcolismo (pari all'1,4%), 2 con diagnosi di tossicodipendenza (pari all'1,4%), 1 paziente con diagnosi borderline (pari allo 0,7%), 1 paziente con diagnosi di fobia scolastica (pari allo 0,7%) ed 1 paziente con disturbo acuto da stress (pari allo 0,7%) (tab. 3).

Pur considerando la genericità dei criteri diagnostici (tra l'altro, molti pazienti hanno doppia diagnosi ma in tal caso ne è stata riportata solo la principale<sup>3</sup>) sono possibili alcune osservazioni. La netta prevalenza dei soggetti affetti da HIV+ (più di un terzo del totale dei pazienti) è spiegabile

<sup>2</sup> Si precisa che si fa riferimento a criteri diagnostici piuttosto ampi. Considerato che diversi pazienti sono stati visti una sola volta, per attività consulenziale, è evidente che la diagnosi deve essere considerata solo indicativa e non ha caratteristiche di validità medico-legale. Si tratta di un indicatore esplicativo utilizzato esclusivamente per tale ricerca.

<sup>3</sup> Ciò può spiegare perché sono sottostimate le diagnosi di Tossicodipendenza.

dal tipo di specializzazione dell'Ospedale e dalla mission storica del nostro Servizio, e conferma quanto sia importante la presenza di figure che si occupino degli aspetti psicologici dell'infezione da HIV/AIDS. Anche i 6 casi di "worried well" sono comunque indirettamente connessi a tale patologia e confermano la nostra specifica competenza a trattare tali pazienti (Vito, Mauriello, Nardini & Viparelli, 2006). Allo stesso tempo, il fatto che circa un altro terzo degli utenti si sia rivolto al nostro servizio per problematiche di tipo ansioso-depressivo ed anche la notazione che è presente comunque lo spettro delle maggiori classi di psico-patologia, fanno riflettere su quanto il Cotugno costituisca un punto di riferimento per le persone che necessitano di un sostegno psicologico in generale, non sempre correlato ad una condizione di tipo organico, ed è indice tanto della recente apertura dell'Ospedale a patologie diverse da quelle infettive, quanto della risposta positiva da parte dell'utenza a tale apertura.

#### DIAGNOSI (tab. 3)

	frequenze	percentuali
Dist. psichiatrici HIV-correlati	49	34,0%
Disturbi d'ansia	23	16,0%
Depressione	21	14,6%
Dist. psichiatrici correlati a patologia organica	7	4,9%
Deficit cognitivi	7	4,9%
Worried well/Ipocondria	6	4,2%
Disturbi alimentari	6	4,2%
Tabagismo	5	3,5%
Disturbo psicotico	4	2,8%
Prob. relazionali	3	2,1%
Alcolismo	2	1,4%
Tossicodipendenza	2	1,4%
Gioco d'azzardo patologico	2	1,4%
Disturbo bipolare	2	1,4%
Stato nevrotico	2	1,4%
Fobia scolare	1	0,7%
Disturbo borderline	1	0,7%
Disturbo acuto da stress	1	0,7%

In merito alla frequenza dei trattamenti, nell'anno 2011 sono stati effettuati 515 interventi. Il trattamento più frequente in assoluto è stata la psicoterapia, che rappresenta circa il 65% del totale delle attività svolte, con un numero complessivo di 332 sedute, di cui circa l'80% individuali. Il secondo intervento più comune, circa il 19%, è stata invece la consulenza psicologica.

Circa il 6% delle attività ha riguardato la comunicazione di una diagnosi di HIV e la relativa consulenza, mentre circa il 10% la somministrazione di test neurocognitivi o di personalità ed il trattamento del tabagismo.

#### FREQUENZA TRATTAMENTI (tab. 4)

	frequenze	percentuali
psicoterapia individuale	272	52,9%
consulenza psicologica	99	19,2%
psicoterapia familiare	35	6,8%
comunicazione diagnosi/ consulenza HIV	34	6,6%
Test	27	5,2%
Psicoterapia di coppia	25	4,8%
Trattamento antifumo	23	4,5%
Totale	515	100,0 %

Per quanto riguarda il numero di sedute, 76 pazienti (pari al 52,8%) hanno effettuato una sola seduta; 31 pazienti (pari al 21,5%) hanno effettuato da 2 a 4 sedute; 19 pazienti (pari al 13,2%)

hanno effettuato da 5 a 8 sedute; 9 pazienti (pari al 6,3%) hanno effettuato da 9 a 12 sedute e altri 9 (pari al 13,2%) hanno effettuato più di 13 sedute (tab. 5).

#### NUMERO SEDUTE (tab. 5)

	frequenze	percentuali
1 seduta	76	52,8%
da 2 a 4 sedute	31	21,5%
da 5 a 8 sedute	19	13,2%
da 9 a 12 sedute	9	6,3%
> di 13 sedute	9	6,3%

Rispetto al numero di sedute, il fatto che circa la metà dei pazienti effettui un solo incontro è da leggere alla luce dei trattamenti compiuti, in quanto sia la comunicazione della diagnosi sia la somministrazione di test sono interventi che richiedono pochi colloqui, a volte anche uno solo. Il nostro modello di intervento prevede l'esplicitazione della possibilità di intraprendere un percorso più strutturato all'utente, che poi decide se impegnarsi o meno in tale percorso. Metà degli utenti ha, infatti, scelto di proseguire il trattamento. Esso occupa un arco di tempo lungo solo in alcuni casi (12,6% oltre le 8 sedute in un anno)<sup>4</sup>, configurandosi prevalentemente come un intervento di sostegno psicoterapico o consulenziale centrato sulla crisi. Ciò appare in linea sia con le peculiarità della struttura in cui il nostro servizio è collocato, in quanto diversi pazienti fanno coincidere l'intervento psicologico con la giornata in cui avviene un D.H., sia con l'approccio teorico sistemico-relazionale, che prevede trattamenti di breve e media durata.

Tra i test, quelli più frequentemente usati sono quelli idonei a valutare i disturbi neurocognitivi, richiesti dagli infettivologi che hanno in carico i pazienti HIV+.

#### *Conclusioni e commenti*

A partire dai dati esposti è possibile effettuare alcune considerazioni rispetto alle peculiarità del nostro servizio.

Il primo dato al quale prestare attenzione è l'elevato numero di pazienti. Ciò costituisce un punto di forza in quanto nel 2011 sono stati 144 gli utenti dell'Unità di Psicologia Clinica del solo presidio Cotugno degli Ospedali dei Colli.

Non è da trascurare, inoltre, il numero ed il tipo di trattamenti effettuati. E' da specificare che il nostro servizio prevede per il paziente la possibilità di effettuare una consulenza, focalizzata sulla crisi e svolta durante il ricovero quasi sempre su richiesta di un medico, oppure una psicoterapia. Su un totale di 515 trattamenti circa il 65% è stato di tipo psicoterapico. Se a questa percentuale si aggiunge quella relativa alla consulenza psicologica (19,2%) si nota quanto sia forte, tra gli utenti, la necessità di un sostegno psicologico.

Il discreto numero di test neurocognitivi o di personalità effettuati è espressione, invece, del valore della figura dello psicologo rispetto alla collaborazione tra questi e gli altri reparti dell'Ospedale, qualora essi necessitino di un parere dello specialista.

E' di fondamentale importanza, inoltre, considerare il contesto in cui è collocata la nostra Unità. La realtà ospedaliera, infatti, è profondamente diversa da quella dagli altri servizi sul territorio e non è da trascurare, inoltre, il fatto che l'ospedale Cotugno, data l'area di specializzazione, è storicamente considerato, nell'immaginario collettivo dalla popolazione cittadina e regionale, come una sorta di lazzaretto, quindi un luogo potenzialmente pericoloso dove le persone, in fondo, vogliono andare meno che negli altri ospedali. Tuttavia, oltre agli sforzi costanti delle ultime Amministrazioni, volte a dare un'immagine più moderna e rassicurante della struttura, è da dire che una nostra ricerca svolta alcuni anni fa ha mostrato che, per i nostri pazienti, la scelta di essere seguiti da uno psicologo in ospedale era motivata dalla garanzia di affidabilità che la

<sup>4</sup> Si tenga presente che un certo numero di pazienti, pur con un numero limitato di sedute, hanno trattamenti che proseguono per più anni e quindi per alcuni di essi i dati del 2011 fanno riferimento a trattamenti già in corso ed iniziati negli anni scorsi.

struttura comunque possiede. Inoltre, essi affermavano di percepirsi meno stigmatizzati socialmente, come a dire “vado in ospedale” invece che “vado al consultorio” o “vado al Servizio di salute mentale” alleviasse dal senso di inadeguatezza che, spesso, la richiesta di un supporto psicologico comporta, a causa di preconcetti culturali (Vito, Mauriello, Nardini & Viparelli, 2006).

I dati analizzati offrono anche interessanti spunti di riflessione per migliorare il servizio che offriamo. Rispetto alla diagnosi, colpisce il numero basso dei pazienti che vengono trattati per problematiche psicologiche connesse a patologie organiche diverse dall'HIV (circa il 5%). Anche in questo caso è il contesto che offre una possibile chiave di lettura: non sono infatti numerosi i reparti a connotazione non infettivologica. Questo dato si potrebbe spiegare da un lato come una scarsa attenzione dei medici ai risvolti psichici della patologia organica ed alle connessioni mente-corpo; dall'altro come un punto di debolezza del servizio, rispetto alla capacità di lavorare in rete con gli operatori dei reparti meno attenti agli aspetti psicologici dei pazienti e di stimolarli alla considerazione di questi ultimi. Lo stesso discorso vale per il trattamento psicologico del tabagismo. Nel 2011, nonostante gli sforzi per promuovere tale attività, solo il 3,5% dell'utenza ha richiesto questo tipo di intervento. E' da dire che, in generale, è forse più frequente richiedere un sostegno psicoterapico per un disturbo ansioso, piuttosto che per smettere di fumare (anche una nostra ricerca, Vito, D'Alessandro & Parrella, 2011, mostra che, sebbene su una popolazione di 266 persone il 90 % ritiene che il tabagismo sia una dipendenza psicologica, solo pochissimi ex fumatori hanno utilizzato percorsi medici e/o psicologici per disintossicarsi). Il numero di utenti potrebbe essere comunque incrementato incentivando la comunicazione tra il servizio di psicologia dell'Ospedale ed i servizi sanitari presenti sul territorio, in particolare con i Medici di Famiglia, che rappresentano una vera e propria risorsa in tal senso.

Il presente studio d'archivio, dunque, costituisce una fotografia che evidenzia qualità, limiti e risorse dell'U.O. di Psicologia Clinica dell'A.O.R.N. Ospedali dei Colli. Esso evidenzia sicuramente quanto sia importante la figura dello psicologo all'interno dell'ospedale, luogo da sempre rappresentato socialmente come lo spazio della cura del corpo. Lo psicologo, allora, diviene da un lato un fondamentale punto di riferimento per gli utenti che necessitano di curare anche la mente, dall'altro il possibile motore propulsore di un cambiamento culturale necessario.

### *Bibliografia*

- La Torre, D., & Diamante, M., (2000). Eziopatogenesi del disturbo di panico: fattori psicologici. *iNòos, Aggiornamenti in psichiatria*, 6,.4, 281-30.
- Mauriello, S., Vito, A., & Starace, F., (2002). La percezione del contesto negli utenti di un servizio ambulatoriale di psicologia in un ospedale di malattie infettive. *Babele*, 22, 66-68.
- Menchetti, M., Bortolotti, B., Bombi, A., & Berardi, D., (2007). Epidemiologia dei Disturbi Mentali nella Medicina Generale: I Risultati delle Ricerche Italiane. *Nóos, Aggiornamenti in Psichiatria*, 3, 201-210.
- Nardini, G., Cafaro, L., De Micco, A., Tizzano, L., Viparelli, G., Vito, A., et al. (2005). Valutazione delle problematiche psichiatriche e degli aspetti psicosociali nelle epatopatie croniche. *Psichiatria di Consultazione*, 1, 38-40.
- Organizzazione Mondiale della Sanità, (1986). *La Carta di Ottawa*. Ginevra;
- Starace, F., Cafaro, L., Nardini, G., Viparelli, G., & Vito, A. (2006). *L'evoluzione dell'assistenza psicologica al paziente sieropositivo*. In Vitelli, R., & Valerio, P. (2006). *Virus "mentali" e virus "biologici". HIV, comportamenti a rischio di contagio ed interventi preventivi*. Milano: , FrancoAngeli, pp.41-55.
- Tarsitani, L., & Biondi, M. (2009). *Impatto dei disturbi mentali sulla medicina*. In Biondi, Carpinello, Muscettola, Placidi, Rossi & Scarone, *Manuale di Psichiatria*. Milano: Masson, pp. 17-23.
- Üstün, T.B., & Sartorius, N. (1995). *Mental Illness in General Health Care: An International Study*, New York: John Wiley & Sons.

Vito, A., Lupoli, M., & Tizzano, L. (2006). Esperienze di psicologia ospedaliera in un ospedale di malattie infettive: dal modello teorico alla sperimentazione pratica. *Psichiatria di comunità*, V, 2, 134-139.

Vito, A., Mauriello, S., Nardini, G., & Viparelli, G. (2006). Chi ha paura dell'AIDS? Il trattamento psicologico dei Worried Well. *Ecologia della Mente*, 29, 2, 147-157.

Vito, A., Tizzano, L., & De Micco, A. (2006). Famiglia ed HIV: l'impatto psicologico della comunicazione di sieropositività sul sistema familiare. *Delta*, 31, 14-15.

Vito, A., D'Alessandro, I., & Parrella, R., (2011). Trattamento antifumo per HIV+. Un modello di presa in carico globale. *Tabaccologia*, 4, 24-27.