

Studio sulla clinica psicoanalitica in ospedale

Psicoterapeuta dello sviluppo e pediatra: una possibile collaborazione¹

Lara Di Venti, Anna Maria Millauro, Maria Luisa Mondello

Abstract

Una breve premessa riprende il percorso teorico-metodologico della psicoanalisi intorno al superamento della dicotomia mente-corpo, nell'ottica del lavoro congiunto e integrato di pediatra e psicoterapeuta, sperimentato in un reparto ospedaliero a Enna. La micro-narrazione del primo anno di esperienza consente di apprezzare lungo gli assi: costituzione della sinergia operatori del Reparto-psicoterapeuta; frammentazione del setting e efficacia psicoterapica; incontro interpersonale famiglia-operatori nella accoglienza della malattia, una prima multi-articolazione di una mutazione in atto.

Parole chiave

Mente-corpo, malattia, famiglia, sinergia.

Premessa

Maria Luisa Mondello

*“Siamo corpo che è mente, naturalmente culturali,
genetica che dialoga con l'ambiente”.*
(M.L. Mondello)

In questi mesi la pubblicistica nazionale ha dato notizia che: “Da alcune settimane, nel Pronto Soccorso dell'ospedale metropolitano di Milano, è stata attivata una nuova figura professionale, il “caring nurse”, un infermiere specialistico dedicato esclusivamente all'accoglienza e alla comunicazione con i pazienti e i loro familiari, con l'obiettivo di sviluppare una comunicazione adeguata ed efficace per aiutare le persone (familiari e pazienti) a comprendere meglio ciò che accade, a ridurre le preoccupazioni e ad affrontare l'attesa con meno ansia e nervosismo.”²

Ci piace iniziare la nostra riflessione su quanto stiamo facendo a Enna, nel reparto di pediatria dell'ospedale “Umberto I”, dando spazio alla notizia che l'accesso alla Sanità riguarda *Persone* che bisognose di cure vengono accolte da *Persone* competenti a prendersene cura. La cura, certamente centrata sullo stato di malessere, malattia, rischio di vita (stiamo parlando di un pronto soccorso) è fatta sì di gesti medici specialistici veicolati, gestiti, accolti comunque nella comunicazione interpersonale che è stata sempre invece considerata un'interferenza o, nel migliore dei casi, ridotta all'essenziale per centrare miratamente lo stato fisico del paziente.

La nuova figura dell'*infermiere premuroso* sollecita il facile accostamento a un posizionamento materno, da cui, per definizione, viene ogni accudimento che garantisce la vita. La neonatalità, espressione massima del bisogno di cura, solamente nell'ultimo secolo è stata riconosciuta essere non solo corporeità che diventerà anche mente, ma mente-corpo (non abbiamo ancora una parola

¹ Il presente testo riprende in alcune sue parti il lavoro che è stato presentato a Firenze al Congresso Internazionale del CSMH “*Infanzia e adolescenza nella contemporaneità. Percorsi di crescita e clinica psicoanalitica*” 13 e 14 maggio 2023.

² La comunicazione che cura l'attesa: al Pronto Soccorso di Niguarda arriva il “Caring nurse” | NEWS | ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda (www.ospedaleniguarda.it).

che ci consenta di pensarci senza dover distinguere il corpo dalla mente) sin dai primi gesti interpersonali vissuti con affetti e legami di elevato valore psicologico, competenza intersoggettiva imprescindibile.

Il lavoro che ci apprestiamo ad esporre prende forma proprio dalla concezione che va maturando in psicoanalisi infantile, nella pediatria e più ampiamente nell'ampio dibattito neuroscientifico e cognitivista, per citare le aree maggiormente coinvolte, intorno al riconoscere l'integrata condizione umana dovendo, su un piano teorico, superare antiche dicotomie: mente-corpo, natura cultura, etc.

Un paio di distinguo necessari sullo stato dell'arte.

La Psicoanalisi prende le mosse dagli Sudi sull'Isteria accogliendo come statuto fondativo che un Inconscio potente e sotterraneo informa più di ragione e coscienza la vita psichica, non ancora mente.

Battaglie campali tra Es, Io, Super-Io animano la scena e gli studi sul loro procedere sin dalla nascita hanno nutrito buona parte del paesaggio culturale del secolo da poco trascorso.

La psichicità psicoanalitica sembra essere costituita da rappresentazione e simbolizzazione fin dall'inconscio: le immagini che popolano i sogni, le raffigurazioni ludiche o i primi movimenti mentali prefigurati da Freud e da Klein sono immagini-concetto di altro (seno, pene, etc) e se ne suppone una rappresentazione nel bambino, già allo stato neonatale. È essenzialmente pensiero, proto-pensiero, sempre in riferimento a una rappresentabilità.

La teorizzazione freudiana sembra collocarsi all'interno di una implicita concezione dell'umano che riconosce nella razionalità il nucleo significativo del valore della mente (psiche). E si porta dietro un fondamentale pessimismo che la cultura umana ha sistematizzato nella religione biblica (peccato originale) e nella valorizzazione essenziale del primato della ragione, facendo della sessualità il motore istintuale della vita, che per la psicoanalisi assume la forma di pulsione libidica con il pericolo, sempre in agguato, di cedere alle sue forme infantili, inevitabilmente perverse; il loro perdurare o riapparire nel corso del tempo da forma alla psicopatologia.

L'infanzia si configura allora come l'anello non mancante tra animalità-natura e ominizzazione-superamento del naturale.

Il naturale, il biologico è istinto "cieco", forte, irragionevole, predazione, inevitabile espressione dell'assenza dell'*anima*, di quel quid che, forse una ghiandola pineale, connette al corpo, innesto mai completamente compiuto e stabile di una condizione altra, superiore e incorporea (nella concezione religiosa ma non solo).

Va apprezzata la continua rielaborazione-individuazione degli stati limite mente-corpo che accompagna il procedere della teoria e per conseguenza metodologia psicoterapica della psicoanalisi. Concetti come identificazione proiettiva, funzione alpha e sua mansione risolutiva degli elementi beta nella neonatalità e nella seduta, (tanto per citare quello che sembra essere il dente di arresto evolucionisticamente raggiunto della teoresi psicoanalitica nella sua espressione bioniana) raccontano, ma sempre privilegiando la pensabilità sul vivere esperienza di sé e dell'altro, di una impossibilità, un vizio logico imprescindibile che ci arena alle soglie del nostro essere persona, mai possibile senza rimandi a modalità disincarnate imprescindibili.

Nel tempo post-bioniano su questa soglia appare sempre più rigogliosa una pensabilità che, per così dire, accorcia le distanze tra mente e corpo.

La Teoria del Codice Multiplo della Bucci (Bucci W., 1997, 2009), ad esempio, mette in significativa evidenza l'aspetto da lei definito sub-simbolico (ma io preferirei dire a-simbolico) della costituzione del Sé, della psichicità, e valorizza quegli elementi esperenziali che non raggiungono la pensabilità, senza per questo essere meno significativi e mentalmente essenziali. L'azione e il suo insediamento muscolo-neurale acquisisce valore paritario alle funzioni più concretamente astratte e astrattive (pensiero ad es.), sdoganandosi dalla posizione ciecamente istintuale, esecutiva e fondamentalmente corpo, dunque ripetitiva, senza intelligenza perché non rappresentata e non immediatamente rappresentabile, senza coscienza. A questo proposito, si può affermare che abbiamo ormai abbastanza familiarità sia con gli andamenti trasmodali della

sensorialità fetale-neonatale sia con andamenti consimili tra madre e bambino, per apprezzare senza soluzione di continuità le diverse componenti interrelate della esperienzialità mentale.

La *Psicosomatica* accompagna da sempre il tema: stati psichici inespressi perché sessualità ingestibile destinata a censura e rimozione e collocati nell'inconscio, trovano *rappresentazione* nel Corpo, che cieco al significato, esprime per tremori, contratture, malattie vere e proprie, tutto ciò che non trova, diremmo oggi, mentalizzabile accoglienza.

Si può cogliere nel percorso psicoanalitico una sofferta attenzione a quanto sta tra corpo e mente senza poter immaginare lo sciogliersi delle due realtà in una, senza riduzionismi e rinunzie alla libertà, alla creatività e al senso che attribuiamo alla nostra vita mentale.

Una spallata consistente al dicotomizzare mente e corpo viene dal contributo neuroscientifico. Estesi i tanti studi. Per economia del discorso privilegiamo il contributo di A. Damasio (2003,2012,2018) che a lungo ha lavorato sul concetto di *mente incarnata* e il lavoro del gruppo di neuroscienziati raccolti intorno a Rizzolatti Rizzolatti, Sinigaglia, 2006, 2019), a Pavia, che hanno scoperto i neuroni specchio.

Abbiamo fatto questo giro per sommi capi per poter affermare che alla base dell'articolazione del lavoro di co-conduzione nell'incontro col paziente in un Reparto di Pediatria tra pediatri, infermieri e psicoterapeuta dell'età evolutiva non presiede una concezione psicosomatica per come storicamente si è consolidata in Psicoanalisi, ma l'idea che riconoscere al bambino una intersoggettività fondamentale sin dalla neonatalità già nelle posture, nei gesti, nel pianto, presuppone una sua competenza e partecipazione al senso nella fondamentale comunicazione interumana. **Gli andamenti relazionali del bambino già prima della parola e quelli degli adulti accudenti costituiscono il campo di esistenza nel quale gli assetti di salute e di malattia si configurano in forme integrate mente-corpo, senza soluzione di continuità.**

Naturalmente quanto si afferma per il bambino riteniamo esprima, nella sinteticità che ci siamo imposta, l'assunto fondativo del vivere, dell'essere umani.³

È necessario che la cura della persona, non importa se la sofferenza si presenti fisica o psichica, proceda in modi integrati. Dunque, **non è per individuare impropri travasi dallo psichico al corpo che lo psicoterapeuta affianca il pediatra.**

Pare naturale pensare che il disagio portato al medico prenda forme somatiche ma nella maggior parte dei casi sono da riconoscere cause anche (o soprattutto) psicosociali (relazionali, storico/traumatiche, ciclo di vita ecc.) nonché aspetti socio-economici e culturali. Nessuna pretesa di essere nella competenza necessaria a 360 gradi. Non sembri trascurabile, lo accenniamo brevemente, il poter contare sulla competenza di una buona *Clinica sociale*.⁴

Ma questo non è al momento storia.

Naturale che il lavorare fianco a fianco, pediatra e psicoterapeuta, comporti osmoticamente l'integrazione di competenze specialistiche e la costituzione di un territorio culturale, metodologico comune, ma lo dichiariamo, non pensiamo ne auspichiamo la creazione di una pediatria psicologica o di una psicologia pediatrica (anche se questo o quel pediatra, questo o quello psicologo si sono intestati simili chimere).

Ci pare apprezzabile il mettere insieme competenze che non si sono parlate a lungo e che hanno necessità di collaborare a una visione integrata della persona.

³ Uno sguardo ai vasti studi etologici permette di apprezzare competenze, intelligenza, cooperazione, affetti, consapevolezza, etc, del mondo animale tali da rivoluzionare le nostre concezioni valoriali gerarchizzanti (la parola superiore connota ad es. i primati più simili a noi. NOI poi superiori assoluti perché.....)

⁴ È stata così da me definita la competenza che oggi si richiede al Servizio Sociale: lettura del territorio, della sua composizione socio-economica, della cultura socio-affettiva dei gruppi sociali e della loro consistenza, in una definizione continua e costantemente dimensionata al problema che si presenta per il singolo, con atteggiamento clinico.

Presentazione dello studio

Lara Di Venti

“Si tratta di costruire una cultura per cui lo psicologo [...] sia qualcuno la cui competenza sia utilizzata, senza alcun senso di vergogna, da tutti, esattamente come tutti andiamo dal nostro medico di medicina generale”.
(L. Solano,)

Il modello di lavoro proposto in questo studio prevede sinergia e collaborazione tra pediatra e psicoterapeuta dell'età evolutiva attraverso un processo di integrazione e non sovrapposizione o delega. La metodologia su cui si basa questo tipo di intervento richiama i presupposti teorici dell'Infant Observation e su una particolare declinazione di questo metodo che è l'osservazione diretta partecipata. Compito della psicoterapeuta all'interno del reparto pediatrico è quello di fare un'attenta analisi delle dinamiche familiari dei piccoli ricoverati e assistiti e individuare precocemente le origini psicologiche e/o relazionali di alcune manifestazioni sintomatiche attraverso l'affiancamento al pediatra durante le visite, in un'ottica di promozione della salute e del benessere, al fine di fornire un servizio che permetta di prendersi cura della persona nella sua globalità fisica, psicologica e relazionale.

La prima parte dell'attività ha riguardato la formazione di tutti gli operatori del reparto: pediatri, infermieri e operatori socio sanitari.

Negli incontri di formazione effettuati è stato centrale il rispetto dell'atmosfera e il senso del progetto in maniera molto concreta, ad esempio nella programmazione degli incontri previsti con i diversi formatori del CSMH⁵ si è cercato di essere quanto più flessibili nella modulazione degli stessi, per rispettare le esigenze di servizio e il benessere degli operatori sanitari del reparto.

Durante gli incontri di formazione preliminare gli operatori sanitari sono stati accompagnati dai formatori, verso una conoscenza più estesa dello studio in oggetto, delle tecniche di osservazione e della *work discussion*, nonché delle conoscenze teoriche aggiornate sullo sviluppo psicologico, fisiologico e patologico del bambino e dell'adolescente. Questa fase è stata utile a gettare le basi per integrare la figura della psicoterapeuta, nuova per il reparto, ha avuto la buona funzione di introdurre la specificità e gli obiettivi dello studio, ha altresì permesso di conoscersi reciprocamente come attori partecipanti ad uno studio pilota e dunque tutti ugualmente utili nel migliorare il servizio proposto. Nella fase preliminare si è cominciato a definire meglio il cosa “guardare insieme” e quindi “poter fare insieme” in questo percorso di collaborazione.

La parte consistente del percorso di formazione è iniziata con il lavoro in reparto, anche e soprattutto attraverso la condivisione delle criticità emergenti nella parte operativa, la quale ha permesso realmente e concretamente di formarsi reciprocamente in quello che è la novità fondante questo studio, ovvero la collaborazione tra il pediatra e lo psicoterapeuta dell'età evolutiva e l'efficace condivisione del lavoro fra i diversi operatori coinvolti nello stesso caso clinico, obiettivo ultimo una visione integrata del benessere del paziente.

Il passaggio alla fase più concreta, l'avvio dei lavori, è stato appositamente graduale e silenzioso. Inizialmente la psicoterapeuta ha osservato la vita reale del reparto, le dinamiche tra gli operatori, il modo in cui sanitari e pazienti erano soliti organizzare la loro giornata. Ha cercato di comprendere quale potesse essere il modo più efficace e meno disturbante per inserirsi nel contesto, certa del fatto che, al di là della necessaria base progettuale da cui partire e verso cui guardare sempre, per non perdere l'orientamento nella inevitabile complessità degli eventi, sia sempre necessaria una certa flessibilità quando si vogliono costruire strade realmente percorribili in terreni ancora poco esplorati. In questa prima fase di assestamento iniziale, la collaborazione tra la psicoterapeuta e gli operatori sanitari è stata fondamentale per comprendere assieme, di volta in volta, quale potesse essere il modo migliore per accogliere i pazienti e presentare loro una nuova figura professionale,

⁵ Formatori per il CSMH per ordine di incontri: Lara Di Venti; Maria Luisa Mondello; Francesca Ferro; Simona Guarino; Serena Di Marco.

senza suscitare particolari resistenze e in modo da poter rendere realmente fattibile, utile ed efficace la proposta. Nel corso delle settimane è stato a tutti più chiaro che la normalizzazione della presenza della psicoterapeuta fosse la strada migliore. Si è optato per diffondere l'iniziativa attraverso un'informativa cartacea disponibile a tutti in bacheca all'ingresso del reparto e, soprattutto, facendo in modo che fosse direttamente la psicoterapeuta a presentare l'iniziativa ai pazienti attraverso colloqui più diretti e meno formali, ad esempio girando per le stanze, al fine anche di poter essere personalmente disponibile alle eventuali domande dei pazienti e soprattutto chiarire loro di avere la libertà di non aderire allo studio in corso. Attualmente nessun paziente ha rifiutato il colloquio o gli incontri con la psicoterapeuta. A tal proposito, si evidenzia come uno degli aspetti rilevanti nella normalizzazione della nuova presenza in reparto sia stato il passaggio dall'idea dell'individuazione e del trattamento solo dei casi più a rischio all'apertura, nei limiti del possibile e in modalità diverse per tempi e assetti, a tutti i ricoverati del reparto anche e soprattutto con la presenza della psicoterapeuta in medicheria durante le visite.

Tale modulazione si è resa necessaria fondamentalmente per tre ordini di fattori:

1.Considerare il ricovero, la sua motivazione e l'eventuale esito dello stesso come momento potenzialmente traumatico e comunque stressante, al di là dei fattori di rischio preesistenti, dunque sentire la necessità di un'attenzione dedicata al problema come intervento di supporto e prevenzione;

2.Accogliere la richiesta degli stessi pazienti ricoverati, sia genitori che bambini o adolescenti, seppur non segnalati dagli operatori o apparentemente non portatori di evidenti difficoltà;

3.Portare avanti l'idea che tra mente e corpo non c'è separazione e, dunque, che il processo di presa in carico e di cura prevede che il paziente vada accolto nella sua interezza e complessità, soprattutto in una realtà quale quella ospedaliera che, proprio attraverso la sua organizzazione interna (suddivisione in reparti specializzati ma all'interno di un'unica stessa realtà strutturale), riconosce e rappresenta per eccellenza l'accoglienza della persona come sistema unico e complesso.

La presenza della psicoterapeuta durante le visite pediatriche e nelle stanze del reparto ha permesso, attraverso il confronto continuo tra i professionisti sanitari, di riflettere sulle dinamiche relazionali tra i piccoli pazienti e i loro genitori ma anche sul come l'intero nucleo familiare si ponesse in relazione agli stessi operatori, al fine di poter individuare possibili difficoltà psicologico-relazionali e come queste inevitabilmente influenzassero il processo di malattia e cura.

Come previsto dal progetto, l'aspetto più consolidato dello studio, cioè la formazione degli operatori sul metodo osservativo, ha permesso di creare le condizioni affinché, dopo un primo momento di osservazione durante la visita pediatrica e di confronto con gli operatori sanitari, si potesse portare avanti un colloquio psicologico con i genitori insieme al pediatra. In seguito, specie se ritenuto necessario dall'esito del confronto, nasce un successivo momento di conoscenza, più diretto tra la psicoterapeuta e il bambino/adolescente assieme al suo accompagnatore, durante il giro nelle stanze dopo le visite mediche. Questi momenti meno formali hanno offerto alla psicoterapeuta un accesso maggiore nella conoscenza di alcuni aspetti più generali della vita dei pazienti ricoverati, essere fuori dalla visita formale permette di mostrarsi con maggiore spontaneità anche nel modo in cui ci si relaziona con gli altri ricoverati della stanza.

Gli esiti del confronto, in alcuni casi, hanno portato alla proposta di uno spazio di consulenza più riservata tra la psicoterapeuta, i pazienti ricoverati e i loro *caregivers*⁶. Il percorso così effettuato, seppur breve, ha comunque permesso di avere un inquadramento conoscitivo più approfondito in merito ai singoli pazienti e al loro nucleo familiare e relativamente all'individuazione delle aree di problematicità.

In seguito si è potuto definire un breve piano di intervento in base a ciò che è emerso anche

⁶ La scelta del termine *caregivers* anziché genitori in questo caso è necessaria in quanto la psicoterapeuta ha effettuato dei colloqui anche con le nonne dei pazienti ricoverati, quando erano loro presenti in reparto.

nella fase di conoscenza assieme agli operatori, definendo se più opportuno un sostegno alla genitorialità, un sostegno psicologico al bambino/adolescente o entrambe le cose attraverso due o tre colloqui offerti alla coppia genitoriale o al singolo genitore e/o due o tre colloqui individuali con il bambino/adolescente.

È chiaro che i tempi di intervento diretto su pazienti e caregivers sono stati innanzitutto condizionati dai tempi della loro permanenza in reparto, a volte troppo brevi rispetto a quelli definiti dal progetto relativamente alla mia presenza in reparto, due mattine e un pomeriggio a settimana.

In ogni caso, avere una conoscenza più autentica e complessiva dei piccoli e grandi ricoverati, ha permesso di leggere la sintomatologia presente al ricovero con maggiore riferimento ad uno sguardo più generale sulla loro vita, ampliando gli orizzonti di cura, un po' per come avviene negli studi sull'universo, guardare più lontano permette di guardare indietro nel tempo, all'origine delle cose.

Relativamente all'assenza di un setting strutturato e stabile, la sala giochi oltre alle stanze, è diventata spesso luogo di incontro e conversazione non programmata con i pazienti e/o i loro caregivers. La frase più comune delle mamme è: *"Dottorressa, ma lei è qui per i nostri figli o per noi mamme, perché forse noi ne abbiamo più bisogno!"*, in genere la risposta è che la dottorressa c'è per chiunque voglia e così iniziano a farsi conoscere, ognuno in un modo del tutto personale.

Non mancano di certo le richieste più semplici e concrete, come ad esempio qualcosa relativamente alla qualità o quantità del cibo, al riscaldamento, alla pulizia o alle prestazioni di qualche operatore, come se ai loro occhi la psicoterapeuta potesse essere una figura a cui riferirsi per aggiustare le cose, complice un modo molto semplice di presentazione, fatto anche di domande piuttosto dirette: *"Come state oggi? Come vi state trovando? In che modo posso esservi utile?"*. Gradualmente i discorsi si fanno più intensi e personali, sollecitati da brevi domande, sia i pazienti che le loro madri (più raramente padri o nonne) iniziano molto spontaneamente a raccontarsi. Parlano del motivo del ricovero, di cosa li preoccupa di più, di cosa significa allontanarsi per giorni da casa e dalla propria quotidianità.

Gli adulti pensano al lavoro e alla famiglia, si mostrano più ansiose le mamme che hanno lasciato altri figli, specie se più piccoli; i bambini o gli adolescenti ricoverati ovviamente fanno più spesso riferimento agli amici o ai compagni, qualcuno apprezza l'assenza da scuola, altri invece temono di rimanere indietro. Non tutti partecipano allo stesso modo, c'è sempre chi anima la discussione incentrando l'attenzione su di sé, chi invece rimane in disparte ma comunque disponibile all'ascolto. In sala giochi si crea una maggiore apertura al confronto perché è un luogo che è stato scelto, in un tempo deciso da sé e con la consapevolezza di uno spazio di più stretta condivisione. Oltre alla diffusa richiesta da parte di tutti di eventuali chiarimenti su prelievi, terapie ed esami diagnostici durante il ricovero in ospedale, i temi prevalentemente emergenti in entrambi gli assetti (stanza o sala giochi) sono:

NEONATALITA': racconti su nascite pretermine o in qualche modo traumatiche, specie a causa della pandemia; curiosità e preoccupazioni sulle tappe fondamentali dello sviluppo (svezzamento, ciuccio, pannolino, linguaggio, etc.).

INFANZIA: emergenti e/o conclamate difficoltà di sviluppo (ritardo, difficoltà comportamentali, difficoltà scolastiche, mal di pancia ricorrenti, patologie croniche quali diabete, celiachia, varie intolleranze); matrimoni o separazioni conflittuali; distanza eccessiva da uno dei due genitori per motivi di lavoro; dipendenza dai videogiochi.

ADOLESCENZA: difficoltà nell'autoregolazione e nel condurre stili di vita più sani (alimentazione, sonno, social); disagio a comprendere i segnali del proprio corpo e iper-preoccupazione rivolta a tali segnali; vertigini, cefalee, ansia e attacchi di panico.

CAREGIVERS: difficoltà di sintonizzazione, comprensione e contenimento dei vissuti emotivi dei propri figli; impazienza nell'attendere i tempi necessari alla diagnosi, alla cura e alla guarigione dei piccoli ricoverati; domande su altri figli lasciati a casa durante il ricovero e che destano preoccupazione per diversi motivi

Conclusioni e prospettive future

Anna Maria Millauro

“L’ospedale ospita chi ha bisogno di cure e ospitare è donare spazio e tempo alle relazioni e alle situazioni, sia da un punto di vista della organizzazione sia dal punto di vista di un senso da condividere.” (P.Felli, M.C.Torricelli, 2022)

Occuparsi con attenzione della cura delle persone porta inevitabilmente a pensare che non esiste la malattia ma il malato e che ci si ammala non soltanto per cause fisiche ma anche per una sofferenza che trova significato oltre le evidenze del corpo, ma che attraverso questo diventano accessibili. Ormai è noto che “psicopatologie” come cefalea, dolori addominali ricorrenti, tic, obesità, dermatiti, vengono riconosciute da causa psicologiche, in realtà molte malattie nascono da una situazione di stress.

Oltre alla visita clinica è necessaria la conoscenza del temperamento del piccolo, di possibili disagi familiari, degli stili di vita (ore di sonno, qualità dell’alimentazione, rapporti con amici, scuola e famiglia), ciò permette di scoprire delle realtà inimmaginabili verso le quali spesso il medico si sente inadeguato e privo degli strumenti adatti.

Uno degli aspetti emersi in questi mesi di collaborazione è stato il valore che ha la concretezza del riflettere e dell’agire insieme nella presa in carico e nel processo di cura. Per gli operatori sanitari, già naturalmente e professionalmente capaci di empatia, la possibilità di riflettere insieme alla psicoterapeuta sull’inevitabile, necessario e complesso sentire suscitato in sé stesso nell’incontro con l’altro, ha fatto sì che questo potesse tradursi in ulteriore fonte di conoscenza dei pazienti ma anche in un nuovo modo di guardarsi come agente di cura e cambiamento. Potersi soffermare sui significati delle emozioni che suscita il caso di cui ci si prende cura crea a tutti gli effetti la possibilità di utilizzare con maggiore consapevolezza un linguaggio naturale e universale di accesso all’intera persona, sia in termini di accoglienza e conoscenza che di efficacia dell’intervento.

Uno dei primi effetti del burn-out è proprio la chiusura rispetto a certi canali comunicativi, si tende a non sentire (sindrome da fuoco spento) e/o ad agire troppo le emozioni (vedi effetti e conseguenze dello stress da lavoro correlato anche sulla compliance dei pazienti), ne consegue una perdita della capacità di utilizzare quel linguaggio universale a cui si faceva riferimento sopra e che diventa fondamentale per accedere ai significati dell’espressioni corporee, cosa ancora più necessaria nel caso dei bambini che non hanno ancora pieno possesso del linguaggio verbale. Relativamente al percorso di formazione continua, considerati gli estenuanti tempi di lavoro di tutti gli operatori sanitari, si è scelto di non appesantire il personale con ulteriori ore di attività programmata, potenziando piuttosto il confronto diretto e costante tra la psicoterapeuta e gli operatori durante le ore di servizio, in spazi costruiti ad hoc e non solo, al fine di raggiungere uno degli obiettivi previsti dal progetto: *“La rilevazione e valutazione delle aree di problematicità nel confronto continuo fra psicoterapeuta e pediatra”*. Si è scelto dunque di ritagliare un tempo di riflessione e confronto comune, dedicato allo studio in corso, durante le riunioni di reparto già previste dal personale, inoltre, a volte, è stato quasi naturale dedicare tempo al dialogo, rispetto ad alcuni dei casi osservati, anche durante le pause caffè, che spesso sembrano predisporre ad un’atmosfera più autentica e rilassata e proprio per questo molto efficace.

Tra le situazioni maggiormente segnalate alla psicoterapeuta dagli operatori sanitari e nelle quali è emerso il bisogno di un confronto e di una condivisione fra le figure professionali emergono:

- Eccessiva ansia materna o svalutazione delle prestazioni ricevute;
- Difficoltà di compliance nei pazienti e nella gestione della diagnosi e della cura (prelievi, farmaci, esami oggettivi come ECG, EEG, RMN);
- Ansia da parte dei caregiver nella cura di bambini con convulsioni febbrili o potenziali epilessie;
- Presenza di adolescenti troppo ritirati o genitori molto intrusivi;

- Perdite, lutti e solitudine materna;
- Comunicazione ai pazienti e ai loro genitori di patologie croniche emerse dal ricovero ed invio presso strutture specializzate;
- Comunicazione poco serena ed efficace tra pazienti ed operatori;
- Difficoltà tra colleghi;
- Contatti con i servizi territoriali e con i pediatri di base.

Nei casi in cui si è resa utile una prosecuzione degli incontri di supporto psicologico da un punto di vista prettamente clinico, è stata manifestata la necessità da parte dei medici e/o dei pazienti della continuità di incontro con la psicoterapeuta del reparto. Per tale motivo si è pensato di attivare, non con poche difficoltà e sempre attraverso un lavoro di collaborazione, un ambulatorio psicologico a cui i pazienti vengono indirizzati alle dimissioni. Nasce così il coinvolgimento dei pediatri di base che, oltre a fare la prescrizione per l'avvio degli otto incontri all'ambulatorio psicologico, vengono gradualmente contattati dalla psicoterapeuta per un confronto sui loro pazienti. Alcune volte sono i pediatri stessi ad effettuare il primo contatto. In questi casi, diventa fondamentale cogliere l'occasione per migliorare il lavoro di rete anche in base alle loro restituzioni. I pazienti accedono all'ambulatorio convalidando la prescrizione al CUP⁷ ma attraverso una prenotazione diretta con la psicoterapeuta.

La collaborazione medico-psicoterapeuta permette di guardare al paziente in maniera più complessa e completa, al fine di comprendere e risolvere problematiche ben più importanti e profonde di un sintomo fisico che spesso è solo la punta dell'iceberg.

La prima forma di collaborazione è stata sperimentata nell'ambulatorio di educazione alimentare, attivo all'ospedale "Umberto I" di Enna. Tale servizio ha visto la collaborazione della pediatria con diverse figure professionali, alcune associazioni culturali e sportive e dal 2016 ad oggi anche con la figura della psicoterapeuta dell'età evolutiva.

Nell'ambulatorio di "educazione alla dieta" si è data priorità alla comprensione del disagio dei pazienti e dello stigma di cui sono vittime, più che alle calorie e alla quantità di cibo. La cooperazione è stata una costruzione paziente che ha visto Pediatra e Psicoterapeuta sempre più coinvolte nel convincimento di una necessaria collaborazione fra le due figure professionali e l'ambulatorio alimentare è diventato luogo naturale, anche di quello psicologico attraverso un progetto aziendale con partner diversificati per ruolo.

La conduzione di questo progetto, fra mille difficoltà e nuove strade da percorrere, ci porta alla conclusione che la collaborazione diagnostica e terapeutica fra pediatra e psicoterapeuta è sicuramente il nuovo modo di guardare i pazienti e le loro problematiche e che può estendersi a tutti gli ambiti dell'attività medica affinché questa non sia più una mera analisi di sintomi fisici, esami ematici, strumentali e prescrizioni terapeutiche, ma il frutto di una visione globale del paziente, del suo corpo e della sua mente, del suo vissuto, considerandolo parte integrante della storia clinica della diagnosi e della terapia.

Bibliografia

- Damasio A., *"Alla ricerca di Spinoza"*, Milano, Adelphi 2003.
 Damasio A., *"Il Sé viene alla mente. La costruzione del cervello cosciente"*, Milano, Adelphi 2012.
 Damasio A., *"Lo strano ordine delle cose"*, Milano, Adelphi 2018.
 Rizzolatti G., Sinigaglia C., *"So quel che fai"*, Raffaello Cortina ed. Milano, 2006.
 Rizzolatti G., Sinigaglia C., *"Specchi nel cervello"*, Raffaello Cortina ed. Milano, 2019

⁷Centro unico prenotazioni.

Solano L. *“Dal Sintomo alla Persona. Medico e Psicologo insieme per l’assistenza di base”*. Ed. Franco Angeli, Milano 2011. Pag.40.

Felli P., Torricelli M., *“L’ospedale pediatrico: una comunità accogliente, La nave di Teseo, Milano 2022, pag.73.*

LARA DI VENTI Psicologa, psicoterapeuta dell’età evolutiva. Membro Ordinario AMHPPIA. Docente Corso Osservativo del CSMH di Palermo.

Ha lavorato a lungo in progetti per la scuola centrati sull’accompagnamento della genitorialità e sulla prevenzione del disagio psicologico. Cura con iniziative culturali diffuse la promozione nel territorio della attenzione alla professione dello psicologo.

laradiventi@hotmail.it

ANNA Maria MILLAURO Medico, pediatra. Direttore del reparto di Pediatria dell’ospedale “Umberto I” dell’ASP di Enna. Direttore dell’ambulatorio di educazione alimentare in rete con i pediatri di base e la medicina scolastica.

annamariamillauro@virgilio.it

MARIA LUISA MONDELLO Psicologa, psicoterapeuta dell’età evolutiva. Presidente del CSMH di Palermo. Direttrice della Scuola Quadriennale di Psicoterapia Psicoanalitica per bambini, adolescenti e famiglie di Palermo, modello Tavistock. Ha elaborato la modellizzazione della psicoterapia per i bambini 0-5 e dello spettro autistico, co-gestita con i genitori e gli ambienti di vita (famiglia, scuola).

Da anni supervisiona in Sicilia i gruppi, animati da psicoterapeuti, che accolgono le persone responsabili di condotte violente.

mondellomarialuisa@gmail.com