

L'intervento psicologico clinico sul rischio psicosociale entro l'A.C.O. San Filippo Neri

*Elisabetta Atzori**, *Silvana Cinalli***

Abstract

Il SPPR (Servizio Prevenzione Protezione Rischi) dell'Azienda Complesso Ospedaliera del San Filippo Neri di Roma, in collaborazione con SPS Studio di Psicosociologia, promuove dal 2008 un intervento sul rischio psicosociale, tutt'ora in corso, individuando variabili fortemente contestualizzate: il rischio viene messo in rapporto con caratteristiche culturali peculiari dell'Ospedale e di alcune specifiche UUOO; ad esempio quelle in cui si affrontano questioni di front line come il Pronto Soccorso. A partire dall'individuazione di tali criticità, sono stati promossi seminari di confronto sia interno, con il personale dell'ACO San Filippo Neri, che con quello di altri Ospedali.

Parole chiave: ospedale, rischio psicosociale, rischio lavoro correlato, intervento psicologico clinico

Una proposta di confronto sul rapporto operatori sanitari/pazienti e famiglie

Il Servizio Prevenzione e Protezione Rischi (SPPR) e lo Studio di Psicosociologia (SPS), scuola di specializzazione in psicoterapia psicoanalitica con cui l'ACO San Filippo Neri (SFN) è convenzionata per i tirocini, hanno avviato delle collaborazioni con alcune UUOO - Pronto Soccorso, SGAA (Servizio Gestione Attività Ambulatoriali) e Neonatologia - , finalizzate a trattare le criticità e gli sviluppi possibili colti nelle modalità di rapporto tra operatori e pazienti/familiari. Le collaborazioni s'inseriscono nell'ambito di un più ampio progetto che ha preso avvio nel 2008 con una ricerca sul rischio psicosociale, finalizzato a migliorare salute e sicurezza degli operatori sanitari, a partire dall'ipotesi che il disagio lavorativo sia in rapporto con le suddette criticità. Il monitoraggio/intervento sulle criticità è effettuato da alcuni psicologi tirocinanti specializzandi, supervisionati da docenti SPS, coordinati internamente da una tutor/psicologa di SPPR e supportati dagli operatori di SPPR. Gli psicologi specializzandi si confrontano direttamente con operatori e pazienti/familiari delle UUOO dove è in corso il loro tirocinio¹

Stiamo accompagnando questi interventi con esperienze convegnistiche aperte anche a altri Ospedali, poiché vogliamo darci e offrire occasioni per ripensare al rapporto tra domanda di cura e modalità di risposta dell'organizzazione ospedaliera. Pensiamo ad esempio a come la domanda dei pazienti e la risposta degli Ospedali siano nel tempo cambiati, innalzando il livello di conflittualità tra le due parti. Le proposte seminariali prendono spunto dal desiderio di interloquire con la direzione aziendale e i dirigenti delle UUOO del San Filippo Neri con i quali abbiamo attivato gli interventi sopradetti, ma sono anche occasioni di confronto con altri interlocutori interni ed esterni².

* Dirigente psicologa, Servizio Prevenzione e Protezione Rischi, Azienda Complesso Ospedaliero San Filippo Neri di Roma.

** Dirigente medico, Responsabile del Servizio Prevenzione e Protezione Rischi dell'Azienda Complesso Ospedaliero San Filippo Neri di Roma.

¹ Sul tirocinio in ospedale cfr. Carli, 2012

² Un primo step è stato realizzato con un seminario tenutosi a maggio del 2012, i cui contributi sono pubblicati sulla *Rivista di Psicologia Clinica*, n.1 2012; un secondo è costituito da un Laboratorio realizzato a maggio 2012 i cui lavori sono pubblicati in questo numero dei *Quaderni* della Rivista, un terzo è previsto con un seminario che verrà proposto per ottobre 2013. Nel Laboratorio erano presenti l'UO di Psicologia Clinica dell'Ospedale san Giovanni Calibita Fatebenefratelli di Roma, l'UO di Psicologia Clinica dell'Ospedale Santo Spirito in Saxia di Roma, la Struttura Semplice Dipartimentale di Psicologia Ospedaliera e Uff. Relaz. con il Personale della ASL1 di Massa Carrara.

Alcune questioni sulle quali ci stiamo confrontando:

- La conflittualità tra pazienti, famiglie e mondo sanitario; la crescita della medicina difensiva.
- La manutenzione della relazione tra personale sanitario e pazienti/familiari con attenzione alle specificità di contesto; ad esempio stiamo ponendo particolare attenzione ai luoghi di prima linea e di front office, come il Pronto Soccorso e lo SGAA.
- Il ruolo dello psicologo clinico nel potenziamento di tale manutenzione.

La ricerca sul rischio psicosociale come intervento sulla competenza organizzativa

Nella ACO San Filippo Neri, come SPPR abbiamo pensato che fosse necessario inserire l'intervento sul rischio psicosociale in un progetto di managerialità e competenza organizzativa, come parte integrante del processo produttivo (Atzori, 2012; Brescia & Mazzeo, 2012; Cinalli, 2012; Sarubbo, 2012). Nel caso specifico dell'ospedale, si tratta di un processo che vede come fruitori finali le persone che chiedono cura e assistenza. Se perdiamo di vista il rapporto tra servizio erogato ai pazienti e rischio psicosociale dell'operatore, occuparsi di rischio potrebbe essere considerato un lusso, che in tempi di crisi economica nessuna azienda pubblica o privata potrà permettersi. Se dimentichiamo il rapporto tra operatori e pazienti, la valutazione e l'intervento sul rischio psicosociale è probabile che si trasformino in puro adempimento di legge, svincolato da un'utilità per gli operatori e i pazienti.

Per approfondire la questione troviamo utile esplicitare come sia stata trattata nel lavoro portato avanti in questi anni. A partire dal 2008, anno del decreto legislativo n°. 81 che ha sancito l'obbligatorietà della valutazione del rischio psicosociale, SPPR e SPS, con cui in questo ambito lavoriamo in collaborazione, hanno subito iniziato ad adoperarsi senza attendere il 2010, altri due anni; questo tempo è stato necessario ad una specifica Commissione individuata dal decreto 81 per emanare le indicazioni "minime" necessarie alla valutazione del rischio. Abbiamo colto la doverosità della valutazione come occasione per migliorare la sicurezza e la salute degli operatori e dei pazienti.

Cogliere l'obbligatorietà come occasione non è scontato, anzi è culturalmente molto complesso; si corre continuamente il rischio di scivolare nell'adempimento burocratico, limitando la valutazione ad un'applicazione di strumenti, con una funzione di controllo che può essere percepita dagli operatori come inutile o addirittura minacciosa. L'ipotesi metodologica e la teoria della tecnica che sostengono il nostro lavoro rappresentano dei punti di riferimento costanti, utili a mantenere una centratura sugli obiettivi. Facciamo riferimento all'ipotesi che il rischio psicosociale si crei laddove le motivazioni, le attese, i vissuti, i modi di pensare e quindi le culture degli operatori confliggano con le attese, le motivazioni, i vissuti, i modi di pensare e le culture dei pazienti e dei familiari, generando conflitti che possono tradursi in aggressioni verbali o fisiche e denunce. Utilizzare un'ipotesi che consideri il rapporto tra pazienti/familiari e operatori favorisce l'interpretazione della prevenzione e dell'intervento sul rischio psicosociale come progetti di managerialità e non come problemi altri rispetto al processo organizzativo.

Avvalersi di questa ipotesi ha significato necessariamente partire, nella valutazione del rischio, dal coinvolgimento di coloro che dirigono e coordinano il processo organizzativo: la direzione strategica, i direttori e responsabili delle unità operative, i coordinatori infermieristici e tecnici, il SAIO (Servizio Assistenza Infermieristica e Ostetrica) e il CTSR (Coordinamenti Tecnici Sanitari e della Riabilitazione), servizi in staff alla direzione che si occupano del coordinamento trasversale degli infermieri, dei tecnici sanitari e dei fisioterapisti. Sostenere l'integrazione tra rischio e operatività, tra rischio e processo organizzativo, tra rischio e attività ospedaliera, ha significato coinvolgere gli operatori e i rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza (RLS).

Considerando il rapporto tra operatori e pazienti/famiglia la valutazione ha avuto inizio esplorando le motivazioni, le attese, i modi di pensare rispetto al lavoro, quindi le culture degli operatori del nostro Ospedale; abbiamo iniziato la valutazione per conoscere se e dove fossero maggiormente presenti le culture con elevato rischio psicosociale.

Una breve sintesi della ricerca sul rischio psicosociale

In questa prima fase di lavoro, dalla fine del 2008 e fino a tutto il 2009, abbiamo effettuato una primo sondaggio delle culture a rischio in 15 Unità Operative rappresentative delle principali linee di attività dell'Ospedale, mediante l'utilizzo di riunioni di committenza in cui abbiamo implicato le Unità, seguite da focus group che sono stati registrati e il cui testo è stato analizzato tramite la metodologia dell'Analisi Emozionale del Testo (Carli & Paniccia, 2002).

Nel 2010 l'esplorazione è stata estesa a tutto l'Ospedale mediante la somministrazione di un questionario fondato sulla metodologia ISO, elaborato utilizzando anche gli elementi emersi nella prima fase di analisi, quella circoscritta alle 15 unità operative. Sono stati raccolti 965 questionari. Ha risposto quasi il 60% dell'intera popolazione del personale ospedaliero (Carli, Paniccia, Atzori, Cinalli, Brescia, Mazzeo, et al., 2012).

L'analisi dei dati emersi con la raccolta dei questionari ha consentito di identificare due principali culture a rischio di rischio psicosociale. Queste culture a rischio sono da intendere come "motivazioni, attese, modi di pensare e vivere il lavoro nel San Filippo Neri". Una prima cultura è associata al rapporto tra dirigenza e operatori sanitari: questi ultimi non percepiscono un'adeguata attenzione a obiettivi, risultati e competenza professionale. Ciò conduce a una situazione anomica degli operatori: mentre quelli percepiscono un'assenza di regole e norme, la dirigenza, che non rileva alcun problema, lo ignora completamente. La seconda cultura a rischio è associata a una paura di accerchiamento, vissuto a diversi livelli: professionale (da parte di pazienti e familiari), organizzativo (turni e carichi di lavoro vissuti come pesanti), gerarchico/strutturale (percezione del rischio di perdere il lavoro) e istituzionale (vissuto di una magistratura incumbente). Il vissuto di accerchiamento può essere connesso o meno ad un meccanismo di difesa rappresentato dall'utilizzo dell'amicalità e della coesione difensiva nei gruppi di lavoro. In alcuni contesti aumenta la coesione con i colleghi del proprio gruppo di lavoro per difendersi dall'accerchiamento percepito.

Gli interventi successivi

Il questionario ha evidenziato la presenza di culture a rischio ma ci ha anche permesso di individuare alcune possibili linee di sviluppo perseguibili attraverso forme d'intervento che abbiamo intrapreso a partire dal 2011. Nel 2011 e 2012 abbiamo effettuato 24 incontri formativi con alcune UO individuate tramite la ricerca, finalizzati a trattare le culture a rischio e a riconoscere e valorizzare l'esistenza della risorsa insita nella creazione di rapporti di scambio in alternativa ai conflitti o all'ignoramento entro la propria struttura di appartenenza.

A partire dal 2012, con alcuni committenti delle Unità Operative incontrate nella formazione abbiamo concordato degli interventi psicologici sul campo, finalizzati a trattare le criticità e gli sviluppi possibili colti nelle modalità di rapporto tra operatori e pazienti/familiari. Si tratta degli interventi in corso nel Pronto Soccorso, nello SGAA, e in Neonatologia (Cafaro, Civitillo, Bontempi, Giacchetti, Lalli, Lopolito, et. al., 2013; Quaglia & Reale, 2012; Civitillo, 2012).

A partire dal 2011 abbiamo così portato avanti diverse forme di intervento, formativo e sul campo. Nello stesso tempo abbiamo iniziato a tenere presenti nella valutazione le indicazioni "minime" che la Commissione consultiva ha emanato a fine 2010. Siamo in attesa di completare la valutazione preliminare, tuttavia è possibile fare una considerazione metodologica di massima: anche la valutazione degli indicatori può essere utilizzata, come tutti gli strumenti finora evocati, solo se interpretata in rapporto alla specificità del contesto ospedaliero e agli operatori che vi lavorano. Facciamo un esempio: uno degli indicatori di rischio presenti è "la mobilità interna del personale"; dietro la scelta di questo indicatore c'è l'assunto che in un'Unità Operativa dalla quale arrivano molte richieste di trasferimento non si lavora bene e il personale è stressato. Questo assunto può anche essere vero ma il dato "spostamento significativo da una Unità x" può essere capito e trattato solo se

esplorato direttamente con i referenti e gli operatori di quella specifica Unità. Ritorniamo quindi sempre allo stesso punto: non esistono veri e propri indicatori oggettivi, ma declinazioni particolari di indicatori in specifici contesti, da esplorare con il coinvolgimento degli operatori, tenendo presente il rapporto tra l'indicatore e la relazione operatore/paziente/familiare. Anche in questo caso è utile e interessante superare l'obbligatorietà della valutazione preliminare per conoscere quanto gli indicatori possano essere espressione delle diverse culture ospedaliere, senza pensare scontatamente che a culture a rischio corrispondano necessariamente elevati valori degli indicatori di rischio.

Bibliografia

- Atzori, E. (2012). La funzione psicologica in un Servizio Prevenzione e Protezione Rischi: la valutazione del rischio da stress lavoro-correlato/rischio psicosociale come occasione per sviluppare un orientamento al cliente. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 44-48
- Brescia, F., & Mazzeo, G. (2012). La valutazione del rischio psicosociale in Ospedale. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 63-75
- Cafaro, B., Civitillo, A., Bontempi, G., Giacchetti, V., Lalli, A., Lopolito, L., et. al. (2013). Laboratorio su psicologia e ospedale: il rapporto tra domanda di cura e risposta dell'organizzazione ospedaliera, *Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 67-79.
- Carli, R. (2012). Il tirocinio in ospedale. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 3-20
- Carli, R., & Paniccia, R.M. (2002). *L'analisi emozionale del testo. Uno strumento psicologico per leggere testi e discorsi*. Milano: FrancoAngeli
- Carli, R., Paniccia, R.M., Atzori, E., Cinalli, S., Brescia, F., Mazzeo, G., Strignano, O., Bucci, F., & Dolcetti, F. (2012). Il rischio psicosociale in un Ospedale romano: il rapporto tra Cultura Locale e soddisfazione nell'Azienda Complesso Ospedaliero San Filippo Neri. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 76-90
- Cinalli, S. (2012). Il Servizio Prevenzione e Protezione Rischi: quadro normativo di un sistema di sicurezza globale *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 42-43
- Civitillo, A. (2012). Ospedale, sofferenza, psicologia: intercettare domande. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 21-26
- Quaglia, R., & Reale, F. (2012). L'esperienza di tirocinio in un Pronto Soccorso: vedere il rapporto tra clienti e struttura. Un intervento in costruzione in un contesto senza tradizione di funzione psicologica. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 27-33
- Sarubbo, M. (2012). La funzione psicologica nel Servizio di Prevenzione e Protezione Rischi: adempiere a un obbligo di legge o sviluppare competenza organizzativa? *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 34-41