Otto esperienze di intervento psicologico clinico entro Unità Operative ospedaliere e di assistenza domiciliare riabilitativa.

Filomena Brescia*[*], Barbara Cafaro*, Andrea Civitillo*, Pamela Crisanti*, Valentina Giacchetti*, Donatella Girardi*[**], Nicola Lupo**, Gabriella Mazzeo*, Silvia Policelli**, Raffaella Quaglia*, Francesca Reale*, Simona Sacchi*, Michela Siciliano**, Maria Sarubbo**, Cristina Viola*

Abstract
Il lavoro presenta otto esperienze di intervento psicologico clinico entro Unità Operative ospedaliere, o di assistenza domiciliare riabilitativa. L'ipotesi è che rischio psicosociale e conflittualità siano più alti dove la trasformazione dell'utente in paziente è meno compiuta: ad esempio, nel Pronto Soccorso, dove tutto avviene nell'urgenza; oppure nei Servizi Ambulatoriali dove la posizione dell'utente è molto meno ritualizzata che nel ricovero e la trasformazione in paziente è pure meno compiuta; questo concerne anche il PS, nella misura in cui accoglie domande "impertinenti", non basate sull'urgenza medica ma su un'altra urgenza, che si potrebbe definire "emozionale"; per esempio da parte di persone a rischio di emarginazione. "A rischio" è anche Neonatologia, dove a un paziente totalmente affidato come il neonato si affiancano in modo inscindibile i genitori, che pazienti non sono; oppure Oncologia e tutte quelle UO dove col rischio di morte elevato ritorna l'interezza della persona e la sua soggettività, che mettono in crisi la possibilità di trattare l'utente come paziente.

Parole chiave: ospedale, intervento psicologico clinico, soggettività, rapporto medico-paziente, assistenza domiciliare.

Premessa

Il Servizio Prevenzione e Protezione Rischi (SPPR) dell'Azienda Complesso Ospedaliero San Filippo Neri (ACO SFN) e lo Studio di Psicosociologia (SPS), scuola di specializzazione in psicoterapia psicoanalitica, con la quale ACO SFN è convenzionata, collaborano da tempo (Atzori, 2012; Cinalli, 2012). Nel 2008, con l'obiettivo di valutare il rischio psicosociale di SFN, ne è stata rilevata la Cultura Locale attraverso una ricerca articolata in due fasi. Nella prima sono stati realizzati *focus group* con 15 Unità Operative individuate in base alla loro rappresentatività delle funzioni dell'Ospedale; gli incontri sono stati analizzati tramite Analisi Emozionale del Testo (AET), ottenendo una prima esplorazione della cultura dell'Ospedale. Successivamente è stato applicato un Questionario ISO (Indicatori di Sviluppo Organizzativo) a cui ha risposto il 60% del personale, costruito anche in base ai dati emersi nella prima fase (Brescia & Mazzeo, 2012; Carli et al., 2012).

In seguito alla ricerca, SPPR e SPS hanno avviato delle collaborazioni con alcune UUOO: Pronto Soccorso, SGAA (Servizio Gestione Attività Ambulatoriale), e Neonatologia, finalizzate a trattare le criticità e gli sviluppi possibili colti nelle modalità di rapporto tra operatori e pazienti/familiari, avendo individuato in queste ultime le maggiori cause di rischio psicosociale. Le collaborazioni si inseriscono nell'ambito di un più ampio progetto finalizzato a migliorare le competenze organizzative. L'intervento sulle criticità è effettuato entro le UUOO da alcuni psicologi tirocinanti specializzandi SPS, la cui attività è monitorata sia entro SPS che dalla tutor/psicologa di SPPR.

Queste attività di ricerca e intervento sono accompagnate da iniziative seminariali che mettono in comune entro l'ACO SFN, ma non solo, perché sono stati invitati altri Ospedali dove pure sono in corso esperienze di tirocinio SPS, il lavoro che si va effettuando, e lo propongono per approfondimenti e discussioni. Attualmente sono tre le iniziative seminariali effettuate:

[*] specialisti in psicoterapia psicoanalitica SPS, Studio di Psicosociologia, Roma.
[**] specializzandi in psicoterapia psicoanalitica SPS, Studio di Psicosociologia, Roma.

- un seminario tenutosi a maggio 2012 (Cafaro, 2012; Carli, 2012; Civitillo, 2012; Quaglia & Reale, 2012; Sarubbo, 2012).
- un laboratorio tenutosi a marzo 2013 (Cafaro et al., 2013; Carli, 2013a).
- un seminario tenutosi a ottobre 2013, di cui presentiamo alcuni contributi in questo lavoro e in Carli (2013b).

Con i seminari e i contributi sulla *Rivista di Psicologia Clinica* e i *Quaderni* si ripensa il rapporto tra domanda di cura e risposta dell'organizzazione ospedaliera. Tra le questioni sulle quali riteniamo utile confrontarci, c'è la conflittualità tra pazienti, famiglie e mondo sanitario e la crescita della medicina difensiva. L'ipotesi su cui stiamo lavorando è che il rischio psicosociale e la conflittualità siano più alti dove la trasformazione dell'utente in paziente è meno compiuta: ad esempio, nel PS dove l'ingresso della persona che richiede un intervento avviene entro l'urgenza; oppure nello SGAA dove la cultura ospedaliera lascia il passo a quella ambulatoriale, la posizione dell'utente è molto meno ritualizzata e la conseguente trasformazione in paziente meno compiuta; sotto questo profilo, allo SGAA si può associare anche il PS, nella misura in cui accoglie domande "impertinenti", che non concernono l'urgenza ma l'ingresso in PS di persone che non hanno trovato risposta presso altri servizi, ad esempio quelli sociali. Oppure Neonatologia, dove a un paziente totalmente affidato come il neonato si affiancano in modo inscindibile i genitori, che pazienti non sono; oppure Oncologia e tutte quelle UO in cui il rischio di morte è elevato, e con esso ritornano l'interezza della persona e la sua soggettività, che compromettono la possibilità di trattare l'utente come paziente.

La funzione psicologica nel Pronto Soccorso del SFN[1].

Da due anni il SPPR del SFN ha chiesto alla scuola di Specializzazione SPS l'attivazione di un tirocinio al PS per un intervento su un clima organizzativo ricorrentemente conflittuale tra operatori sanitari e utenza.

Siamo intervenute in due, come specializzande SPS; in un primo momento avevamo fatto l'ipotesi, condivisa dagli operatori – si potrebbe definire un'ipotesi medico centrica - che le scarse informazioni sull'andamento medico degli interventi, ad esempio nei lunghi tempi di attesa, provocassero l'insoddisfazione degli utenti e la tensione con gli operatori sanitari.

Nel frattempo scoprivamo che non ci si rivolge al PS solo per salvarsi la vita, ma ad esempio per andare a morire (i molto anziani, o i malati in uno stato terminale) o per trovare un luogo dove stare, vivendo in tessuto sociale molto logorato (emarginati, vagabondi, tossicodipendenti…). Le domande rivolte al PS coprono uno spettro molto ampio, e non sempre partono da un problema squisitamente medico, o di medicina da PS.

Oggi sappiamo che spesso ciò che manca non sono le informazioni sull'itinerario sanitario, ma quelle sul senso emozionale del rapporto che utente e personale stanno vivendo nel PS. Mancano all'utente, come al personale. Vediamo un caso, con una precisazione: riferendo di casi, parleremo in prima persona, dando la parola a chi di noi lo ha seguito.

Arriva in PS una ragazzina di 16 anni sdraiata su una barella sospinta da una signora. E' in posizione fetale, col braccio fa gesti stereotipati. Mugugna, ha lo sguardo perso.
"Che succede?", chiedo alla signora, alzandomi da una sedia del corridoio dove ho parlato con un degente.
"Mia figlia è in piena conversione isterica!", risponde la signora, con un *aplomb* diagnostico da medico. Mi sento fastidiosa. La mia domanda torna indietro in tutta la sua apparente impertinenza: è ovvio cosa succede, no? E' una evidente conversione isterica. Provo a non credere del tutto di essere fastidiosa e nemmeno di avere di fronte un caso di conversione isterica.
"Da quando sta così sua figlia?", chiedo.
"Da un mese e mezzo circa", risponde la signora.

[1] A cura di Valentina Giacchetti e Maria Sarubbo

La signora, che scoprirò essere effettivamente un medico, mi dice che la prima volta che V. ebbe una crisi si trovavano a cena tutti insieme (con il marito e il fratello), come non succede quasi mai dati i molti impegni lavorativi. Nulla di rilevante, tranne il ritrovarsi tutti insieme.

Arriva la psichiatra chiamata dal triage. Chiama V. a colloquio nella stanza adibita in fondo ad uno dei corridoi. Perdo di vista la madre. Mi ritrovo nel corridoio accanto al padre, che arriva in quel momento. Provo a parlargli: "Che sta succedendo?", chiedo.
"Le crisi coniugali tra me e mia moglie le abbiamo sempre tenute per noi, senza mai lasciar trasparire nulla". Mentre parla, mi sembra un padre preoccupato, ma anche che stia da un'altra parte.
"Mi sembra ci sia un nesso tra l'eclatanza delle crisi di V. e questa preoccupazione a non lasciar trasparire problemi. Lei che ne pensa?". Il padre rimane perplesso.
A questo punto V. comincia fare la pazza nella stanza del colloquio: grida disperatamente. Invoca la mamma che ricompare dal nulla, fermandosi davanti la porta chiusa. Sembra indecisa se mollare ancora un po' la figlia alla psichiatra o accorrere. La psichiatra apre la porta. V. è seduta sulla barella, disperata e urlante. La psichiatra assiste alla scena; vedendomi, decide di affidarmi V. nel corridoio, mentre invita i genitori a colloquio con lei a porte chiuse.
Mi attengo alla procedura che la psichiatra sembra avere in mente e mi incammino in silenzio con V. per il corridoio. La ragazza ha il viso sconvolto, fradicio di lacrime, guarda in basso. Arrivati ad una fila di sedie, la invito a sederci. Accetta. Ho paura, non so che fare e che dire. Mi torna in mente lo scambio avuto col padre qualche minuto prima.
Dico: "Credo sia difficile parlare di problemi a casa tua".
"È impossibile", risponde; "Appena parlo si preoccupano o non mi ascoltano. L'unica cosa bella che mi è capitata è il mio fidanzato".
"Come l'hai conosciuto?"
"Frequentiamo la stessa classe".
"Che scuola frequenti?"
"Ho appena finito il ginnasio".
Provo a pensare con lei che si trova in un momento di vita particolare, in cui sta affrontando cambiamenti importanti, come la conclusione di un primo percorso di studi, l'implicazione nelle prime storie d'amore. Il clima sembra distendersi un po'. Le chiedo: "Che è successo prima con la psichiatra?".
"Mi irritava; sembrava stesse svolgendo il suo dovere senza che le importasse nulla di me".
"Le hai detto questo?"
"No".
"Hai 'fatto una crisi' invece di dirle quello che pensavi?".
V. sembra non avere più lo sguardo vuoto. Mi pare che ricominci a pensare.

La psichiatra apre la porta della sala colloqui e ci invita a riunirci tutti insieme. Prima di entrare mi soffermo da una parte con lei, condividendo quanto avevo capito. Supero la paura di offendere la psichiatra e le dico che probabilmente V. aveva avuto una crisi per lamentarsi di una assistenza che aveva avvertito come non interessata. Probabilmente V. rinuncia a parlare quando ha un problema. La psichiatra accoglie con interesse questa prospettiva. Dico che i genitori di V. potrebbero avvalersi di un aiuto a capire le crisi della figlia, che rischiano di passare solo per follie, con il rischio di cronicizzarsi.

Entriamo nella sala colloqui con gli altri. V. sembra avere paura di riavvicinarsi alla psichiatra, ma la possibilità di lettura delle sue crisi che ho cominciato a condividere con la madre, poi con il padre, V. e infine la psichiatra sembra attenuare la diffidenza. La psichiatra dice ai genitori di farsi aiutare da uno psicologo e invita V. a riprendere i contatti interrotti con lo psichiatra che la segue da un mese e mezzo. V. si fa di nuovo torva e comincia a grattarsi quasi a sangue un avambraccio. Intervengo, dicendo che potrebbe darsi l'opportunità di tornare dal suo psichiatra per dirgli i motivi del suo volere interrompere il trattamento, invece che sparire. Se non si dicono i problemi, restano solo le crisi. V. sembra pensarci. Concludo dicendo alla famiglia che mi pare ci sia un modo di fare della famiglia preoccupato di non dire i problemi, che sembra in rapporto con i silenzi e quindi con le crisi di V.. La famiglia viene dimessa con un invio dei genitori al servizio di psicoterapia del CSM di appartenenza.

Pensiamo a diverse occasioni in cui alcuni operatori hanno ritenuto di potere contare sulla funzione psicologica per trattare problemi familiari, coniugali, amicali, apparentemente svincolati dall'attività del PS.

A questo punto del nostro lavoro in PS, si notano delle aspettative di scambio che prima era più difficile cogliere. Aspettative reciproche, come nel caso che segue.

Un medico mi dà una mano importante: appena entro in emergenza 1, sento un degente pregare disperatamente chi lo circonda, in un modo che mi mobilita subito, di andare a tranquillizzare la moglie che aspetta fuori. Mi offro immediatamente per andare io. Il medico in questione mi guarda e mi dice: Ma dove vai? Sarà il caso che tu sappia qualcosa di quest'uomo perché tu possa dare una mano a sua moglie. Andiamo insieme dalla moglie a cui dirà che il marito aveva avuto un infarto, che per il momento era tutto sotto controllo e si era in attesa di certi esami. Ho sentito di potere contare sul rapporto con un collega per poter lavorare; presa come ero stata dall'urgenza di correre, avevo avuto un utile stop. Quello stesso medico mi dirà, in un'altra occasione, che un suo grande maestro di medicina le insegnò che tanto più il paziente è urgente, tanto più è importante muoversi con calma.

L'intervento psicologico in PS sembra stia trovando collocazione proprio in quegli spazi vuoti, spesso di attesa, di passaggio, come i corridoi, tra la domanda di cura e la cura medica, intercettando attimi intensi di profonda e disperata impotenza, sia da parte degli utenti che degli operatori. Attimi, potremmo dire, di morte, in cui sembra perduto il senso della parola e del gesto, in cui non si sa più cosa fare. E' il caso della psichiatra che in un momento di impotenza con V., attiva la collaborazione con la psicologa. E' il caso del medico dell'infartuato che richiama la psicologa a tollerare l'impotenza del non sapere che fare per quel degente, per attivare al meglio una collaborazione utile a gestire il rapporto col parente. Il rapporto tra psicologia e PS sembra possa ulteriormente svilupparsi, partendo da questo vissuto.

Alcune note sul Pronto Soccorso dell' ospedale Santo Spirito[2]

Per circa un anno e mezzo, fino a dicembre 2012, abbiamo svolto un tirocinio presso l'Unità di psicologia clinica-ospedaliera del Santo Spirito. In particolare abbiamo lavorato nel Pronto Soccorso, per avviare un progetto che voleva individuare la possibilità che degli psicologi potessero prendere parte alla vita del reparto portando un contributo al suo funzionamento senza aggiungersi alle varie specialità già convocabili dopo il triage, ma affiancandosi agli operatori sanitari nel corso delle abituali attività, per intervenite sugli eventi critici che via via si creano nel rapporto tra operatori e utenza.
Il lavoro clinico è stato per ciò fatto soprattutto nei corridoi, ai letti dei pazienti, in sala d'attesa; abbiamo fondamentalmente lavorato sulla possibilità di dare parola ai vissuti di operatori, pazienti, familiari, interrompendo il ricorso ad azioni reattive, spesso fortemente disfunzionali.

La complessità di questa esperienza di tirocinio la riprendiamo da questo specifico punto di vista, che ci interessa mettere in evidenza perché lo riteniamo prioritario nel funzionamento di quel contesto e anche perché rappresenta una delle trasversalità delle esperienze di colleghi allievi e specialisti.

Che tipo di domande arrivano al Pronto Soccorso?
Una questione con cui ci siamo continuamente confrontate riguarda gli accessi che il reparto definisce incongrui. Come viene rappresentato quel servizio e come questo si autorappresenta? Cosa comporta tutto ciò nel suo funzionamento? Questo genere di interrogativi ce li siamo posti, e li poniamo, perché abbiamo fatto esperienza di una funzione psicologica che può utilmente agire su queste criticità.

L'utente che arriva in Pronto Soccorso riceve in triage una prima valutazione dei sintomi secondo dei criteri di urgenza e gravità e gli viene attribuito un codice (rosso, giallo, verde, bianco) che determina anche l'ordine di ingresso alla visita medica. I codici bianchi corrispondono alle domande di intervento meno gravi, che dovrebbero essere trattati dalla medicina di base, e sono gli unici ingressi che sostengono un pagamento. Di conseguenza, le attese non prioritarie dei codici bianchi sono tendenzialmente lunghe.

Nella nostra esperienza abbiamo potuto renderci conto che chi arriva in Pronto Soccorso spesso ignora questi aspetti di funzionamento del reparto, che è invece funzionale per il PS dare per scontate; piuttosto arriva con l'attesa di una accoglienza pronta e totale. Dall'incontro di aspettative così diverse ne deriva che le lunghe attese sollecitano aggressività e pretese verso gli operatori.

[2] A cura di Raffaella Quaglia e Francesca Reale.

La signora M. ad esempio, nonostante i suoi 90 anni, ha molta voglia di discutere della differenza di trattamento secondo lei subita. Durante un pomeriggio con diversi arrivi ravvicinati di codici rossi, tutti gli infermieri sono impegnati nelle pratiche di emergenza e restano gli ausiliari a farsi carico delle lamentele degli utenti in sala d'attesa. Uno degli ausiliari appare particolarmente sotto pressione e si spazientisce per le proteste di questa anziana signora che lui non riesce più a contenere: quando la signora si intrufola dentro il reparto e non vuole più uscire l'ausiliario va a chiamare la vigilanza. M. è molto irritata, composta e fiera, determinata a farsi sentire. Non corrisponde affatto all'immagine della *vecchina* alla quale il reparto è abituato, più facilmente destinataria di operazioni di regressione e dipendenza (operate ad esempio con il ricorso al titolo di "*nonna*"). Quando la psicologa si avvicina per parlarle, dice di aver aspettato troppo tempo, che molte persone arrivate dopo di lei sono entrate prima, che lei non accetta di essere trattata così! Il problema riguarda la circolazione delle informazioni: la signora, che non si è sentita vista durante un'attesa particolarmente lunga, non conosce il funzionamento del reparto, si aspetta che si segua un ordine di arrivo e non di gravità.

C'è già la vigilanza accorsa in reparto, ma la psicologa e la tutor propongono di occuparsi della situazione, fermandosi lì con la signora a sentire cosa ha da dire, a *parlare con lei*, accogliendo i suoi vissuti di smarrimento e mediando rispetto ad una evoluzione conflittuale che ostacolerebbe il reparto rispetto al suo agire sui codici rossi. Si scoprirà, inoltre, che la signora ha un dolore al ginocchio, ritenuto non prioritario perché insorto da più giorni, una richiesta per il medico di base, e quindi un codice bianco. È un accesso incongruo, secondo il reparto.

A partire da questa situazione clinica si può cogliere come si dia per scontato da parte dell'équipe del Pronto Soccorso che chi afferisce al servizio conosca a priori il funzionamento del reparto, che colga il senso delle regole che lo organizzano e che le accetti assumendo una posizione di dipendenza. Per gli utenti d'altra parte è prioritario il bisogno di essere visti, accolti, presi in carico, *prontamente*, aiutati in una situazione che non riescono a gestire da soli, indipendentemente dall'effettiva gravità. In questa occasione ci è sembrato utile poter parlare con gli operatori che si sono sentiti invasi da problemi apparentemente piccoli – un ginocchio che duole – ma di fatto grandi perché lo sono nel vissuto di chi li porta e perché per essi non sono attrezzati e li gettano in un vissuto di impotenza.

Ci sono altre categorie di domande che il reparto ritiene incongrue ma che gli vengono continuamente rivolte: sono ad esempio quelle di richiesta di un atto medico senza un effettivo bisogno medico di cura, che noi molto spesso abbiamo letto come domande di rapporto da parte di persone a rischio di isolamento. Pensiamo a C., una senzatetto della zona, che più o meno ogni settimana da molti anni viene da sola in Pronto Soccorso o accompagnata dalle forze dell'ordine perché gira nuda per strada. Non sempre C. passa per il triage, spesso si aggira per la sala di attesa o si fa vedere dalle telecamere e qualcuno degli operatori le porta abiti e scarpe. Il comportamento che C. mette in atto le permette di vivere una visibilità e una presa in carico sia dalle forze dell'ordine che dall'Ospedale.

Ci viene in mente anche G., un emarginato con problemi psichiatrici, che vive le sue giornate nei pressi dell'Ospedale e quasi quotidianamente scende in Pronto Soccorso a chiedere un antidolorifico per un dolore ai piedi: non va via dal Pronto Soccorso senza averlo ottenuto. G. in qualche modo chiede alla struttura di prendersi cura di lui, di alleviare una sofferenza che sembra più psichica che fisica, di avere rapporto con qualcuno in una vita di solitudine.

Condividiamo queste ipotesi con gli operatori. In questo modo apriamo una possibilità di dare parola e complessificare il loro vissuto polarizzato sull'incongruenza degli accessi dei codici bianchi rispetto alla mission di occuparsi di emergenze. Sembra particolarmente sollecitata negli operatori l'emozione di pagare le conseguenze di un più generale malfunzionamento della rete di servizi, a maggior ragione in questi casi in cui il problema medico su cui l'Ospedale lavora sembra essere molto sfumato.

Col nostro tirocinio abbiamo fatto esperienza di come una psicologia che partecipa alle attività di accoglienza del PS, possa aprire spazi in cui parlare dei propri vissuti, diminuendo il ricorso a azioni disfunzionali e facilitando l'incontro tra il reparto e la sua utenza.

Un'esperienza di lavoro nella Sala Operativa Sociale - S.O.S.[3]

La SOS - Sala Operativa Sociale, è un servizio di pronta emergenza istituito nel 2002 dal Dipartimento promozione dei servizi sociali e della salute del comune di Roma. Citando dal sito: "Il servizio si rivolge a tutti coloro che si trovano in una condizione di estrema vulnerabilità sociale, come persone senza fissa dimora, madri con figli minori e minori non accompagnati […] interviene sul luogo della segnalazione in ogni situazione di emergenza. Svolge un'azione di costante monitoraggio del territorio nelle sue diverse azioni di intervento, acquisendo gli elementi informativi utili ad impostare un'azione adeguata. Dove necessario, affida le persone ad un referente istituzionale o a delle strutture del circuito di accoglienza" (http://www.romatoday.it/guida/famiglia/sala-operativa-sociale-comune-di-roma.html).

Si tratta di un servizio complesso rivolto a un ventaglio molto ampio di questioni, spesso confuse insieme nella macro categoria dell'"emergenza sociale", nella pratica poco utile a definire obiettivi e a orientare a una prassi non dominata dall'urgenza, ovvero da una scarsa riflessione sui problemi che si affrontano.

C'è un numero verde, attivo 24 ore su 24, 365 giorni l'anno, al quale rispondono operatori che accolgono richieste provenienti da cittadini, forze dell'ordine, aziende sanitarie locali o da chiunque altro valuti che è presente una situazione di urgenza o di necessità per persone a rischio. La richiesta viene girata a una unità di strada composta da due operatori che si recano sul posto della segnalazione. La mia esperienza è all'interno di una delle cinque unità di strada romane.

L'unità di strada raccoglie tutte le informazioni possibili sulla situazione e le riferisce a un back office, che valuta l'accoglibilità dell'utente nel circuito di assistenza che fa riferimento al dipartimento SOS. In seguito l'unità propone all'utente l'accesso a tali servizi: ad esempio circuiti di accoglienza per i senza fissa dimora, o case famiglia per madri con minori. Se la persona accetta la proposta, l'unità mobile può anche accompagnarla in questi centri, a volte situati in lontane periferie. Per le situazioni considerate meno urgenti, come gli anziani non-autosufficienti, i disabili e le loro famiglie, la SOS si rivolge agli assistenti sociali territoriali. Si tratta di una filiera molto lunga, che durante il percorso può perdere molti indizi importanti dell'utente.

Mi sembra che gran parte delle richieste provengano da contesti in cui alcune categorie di persone portano ad un fallimento delle regole di convivenza, con la conseguente paura che la situazione vada fuori controllo. Anche per SOS è difficile fermarsi a comprendere il problema che ha generato il fallimento delle regole di convivenza. C'è sempre il rischio che invece di tutelare la persona con alta vulnerabilità sociale, collabori ad agire la sua emarginazione. Spesso riceve la richiesta di espellere il problema alla lettera: ad esempio di spostare dall'ingresso di una farmacia un "senza fissa dimora", o di allontanare da una strada una persona che i vigili urbani ritengono pericolosa, o che un pronto soccorso richieda che qualcuno venga ospitato in un centro di accoglienza perché non ha alcuna malattia da curare. Vediamo un caso.

Dall'età di circa 13 anni A. è solo e ha vissuto da minorenne in una casa famiglia, poi in alcuni dormitori; dopo una diagnosi di disturbo mentale inizia ad andare da un centro di accoglienza a un altro. Adesso ha 50 anni. Dell'ultimo centro non era soddisfatto. Non poteva uscire senza rischiare di perdere il posto-letto e non gli offrivano le sigarette. Si allontana e cerca riparo per la notte nel pronto soccorso vicino: l'ospedale San Camillo. La mattina seguente viene dimesso perché non ha nulla che possa motivare un ricovero. Dopo la visita gli vengono offerti cornetto e cappuccino, forse per fargli accettare le dimissioni. La sera seguente A. ritorna e così sarà per un mese intero: sembrerebbe che ha trovato un posto dove il posto letto non è a rischio.

Tuttavia dopo un mese il PS contatta la SOS: una persona con "problemi sociali" staziona nei pressi dell'ospedale. Arrivati sul posto io ed un mio collega incontriamo A. fuori dall'ospedale, sotto un portico che lo protegge dalla pioggia. Chiediamo: "Come sta?". Ci risponde: "Bene. Avete una sigaretta?". La chiedo a un passante e gliela offro per parlare con lui; è così che scopro che vive da solo dall'età di 13 anni. Il mio collega intanto chiede al DEA (il Dipartimento di Emergenza Accettazione) il referto di dimissioni per verificarne la giusta motivazione. Come da prassi ci assicuriamo che non si tratti di una dimissione forzata,

[3] A cura di Nicola Lupo

volta ad espellere una persona problematica. In genere la SOS se vuole trovare un motivo per non accettare il passaggio di consegne riesce nell'intento. Nessuno ci dice che A. ha passato lì trenta notti. Intanto tramite il call center individuiamo un nuovo centro per lui e, su sua richiesta, ci proponiamo di accompagnarlo. A. chiede se lì gli verranno offerte le sigarette. Per tranquillizzarlo gli diciamo che sì, sicuramente. Durante il tragitto in macchina chiediamo al call center di acquisire sul data base della SOS, dove sono contenute le relazioni di tutti gli interventi fatti dal 2002 ad oggi, maggiori informazioni sulla storia di A.. Scopriamo che ha lasciato il centro precedente da 30 giorni. "Cosa hai fatto nel frattempo?" gli chiediamo. "Sono stato nell'ospedale" ci risponde. "Sei stato ricoverato?". "Sì!" ci dice. Capiamo che l'ottica interventistica e di urgenza non ci ha permesso di cogliere alcuni aspetti importanti. Decidiamo perciò di tornare nel Pronto Soccorso per capire meglio cosa sia successo in questo lasso di tempo di 30 giorni.
Tornati nel DEA scopriamo che A. non è stato mai ricoverato in alcun reparto, ma che gravitando nei pressi aveva trovato il modo di stare in rapporto con qualcuno che si occupasse di lui. Per lui ricevere colazione e sigarette e un letto sicuro corrispondeva all'essere stato ricoverato, cioè preso in carico. Un vigilante del DEA ci dice: "A., basta che lo mettete in un centro dove gli danno le sigarette! Gli date le sigarette, e lui sta bene"; le sigarette rappresentano un rapporto emozionalmente significativo con la sua domanda. Conveniamo con il call center che è meglio lasciare A. nel DEA, finché lo psichiatra dell'ospedale non contatterà quello della ASL che lo segue, così da recuperare la sua storia e riprendere le fila del percorso che lo ha portato lì.

Un caso di assistenza domiciliare post ospedaliera[4]

Seguo L. e la sua famiglia da circa due mesi. È stato ridotto in fin di vita da un incidente circa un anno fa. Dopo diversi mesi di coma recupera le funzioni vitali ma riporta danni neurologi permanenti e la perdita quasi totale della vista. Complessivamente il suo ricovero in ospedale è di circa 9 mesi in due diversi periodi. Il medico che segue la sua riabilitazione richiede un'assistenza domiciliare dopo l'ultimo ricovero per supportare una famiglia che si confronta con la radicale riorganizzazione della propria vita.
L. prima dell'incidente conduceva una vita "normale": aveva il suo lavoro, degli affetti che coltivava, una sua dimensione realizzativa e produttiva. Dopo l'incidente non solo lui ma tutta la sua famiglia sentono di aver perso tutto.
Al primo rientro a casa, dopo 4 mesi, L. accusa la moglie di averlo tradito facendo entrare in casa un altro uomo che ha rivoluzionato la loro casa, che non riconosce. La famiglia non riconosce più lui: è violento, pericoloso; non è più il padre e il marito di prima. Subisce un TSO con ricovero in SPDC; da qui viene rinviato presso l'ospedale che si è occupato della sua riabilitazione; vi rimane 5 mesi. Quando si tratta di organizzare le sue dimissioni, il medico che lo ha in carico progetta per lui un intervento di reinserimento a casa graduale: gli propongono il day hospital e un'assistenza domiciliare. I servizi sociali dell'ospedale contattano quelli del comune di residenza della famiglia; attraverso questi si arriva a me che lavoro nell'associazione *Gradi di Libertà*, che si occupa di questi problemi e di cui faccio parte con colleghi specialisti SPS.
La prima volta incontro il medico e la famiglia presso l'ospedale. Le dimissioni sono un momento atteso e temuto da tutti. La famiglia ha paura che L. possa nuovamente delirare e diventare violento, il medico teme cosa accadrà ma sa che è arrivato il momento di verificare l'intervento riabilitativo. Mi chiede di non lasciarli soli, di supportare l'azione dell'ospedale a casa; loro possono agire attraverso il day hospital, ma serve qualcuno che monitori la riabilitazione in rapporto alla quotidianità.
Al rientro a casa la prima questione che la famiglia mi pone è la confusione che deriva dalla confusione di L.. L. ha difficoltà a ricordare gli eventi della sua vita entro una sequenza temporale, non si orienta nello spazio, non sa dove si trova, fa confusione tra avanti/dietro etc. In ospedale fa esercizi cognitivo comportamentali per sostenere il processo di memorizzazione e la comprensione logica.
Ma a casa c'è anche un altro problema: l'angoscia che tutti provano per questo non ricordare. L. non sa che giorno sia, mescola esperienze del passato con eventi recenti. Dipende dalla moglie e dai figli, alle prese con il capire come rapportarsi con lui. La moglie mi chiede: "Lo devo correggere quando inventa? Non ce la faccio a fare come se quello che dice fosse vero".

[4] A cura di Pamela Crisanti, Filomena Brescia, Gabriella Mazzeo, Simona Sacchi, associazione Gradi di Libertà, Roma.

Con loro lavoro alla questione del prima/dopo recuperandone l'aspetto emozionale. Parliamo della loro vita, di quello che hanno perso con l'incidente, di quello che hanno ora. Ma anche del prima dell'uscita dall'ospedale; un lungo dove L. si è sentito emozionalmente organizzato dalla riabilitazione, impegnato in uno scopo. Mi dice: "Sono morto e rinato, c'è voluto molto". L'ospedale ha garantito a tutta la famiglia un contesto protetto; medici, infermieri, terapisti hanno restituito L. alla vita. Quanto al day hospital, L. mi dice che si impegna molto perché sa che è per il suo bene, però se gli propongono di fare qualcosa che non capisce, si arrabbia; anche qui lavoriamo al recupero di questa emozione e alla possibilità che chieda il senso degli esercizi che fa. Insieme scriviamo la storia della sua vita; la scrittura è un pretesto perché i suoi ricordi parlino delle sue emozioni; la moglie interviene aggiungendo o correggendo; io mi inserisco provando a sostenere le differenze tra loro. Lavoro sul loro rapporto, asfissiato dalla dipendenza che sentono l'uno verso l'altra. Ripercorriamo il senso dei rapporti nella famiglia; L. è rappresentato dalla moglie e dai figli come bisognoso, da proteggere; al tempo stesso tutti hanno paura di lui, non sanno cosa aspettarsi, anche se L. non ha avuto altri episodi di delirio. Sono arrabbiati ma non possono dirlo; ne parliamo attraverso il rapporto con i figli. L. sente di non occuparsene, dice: "È solo perché sono stanco".
Da poco parliamo di lavoro; L. è un meccanico, le auto e i motori sono la sua vita e la sua passione; qualche giorno fa mi ha chiesto perché non può lavorare e si è risposto dicendomi che è per la vista, che spera di recuperare presto. Ha intrapreso con la moglie la ricerca dell'oculista migliore, col vissuto che mettendo gli occhiali tornerà a lavorare.

Il caso di L. pone diverse questioni.
Cosa significa riabilitare? Rendere di nuovo abile, capace. Evoca l'aspettativa di tornare come prima dopo un episodio disabilitante. Il lavoro psicologico può accompagnare un "per quanto possibile": il tenere presente i limiti; attraverso l'assistenza domiciliare è secondo noi quello di facilitare la comprensione dei vissuti che accompagnano l'evento traumatico, come tali vissuti intervengono nelle relazioni familiari e le riorganizzano.
Un'altra questione: sembra emergere da parte del medico la sensazione che non sia scontato che per il paziente fruire delle diverse specialità riabilitative produca di per sé riabilitazione. Da qui la domanda allo psicologo, di non lasciare soli, che interpretiamo come *va supportato, c'è da fare un lavoro*.

Quale lavoro? L'intervento proposto persegue secondo noi l'obiettivo di facilitare l' integrazione tra diverse forme di riabilitazione. Riabilitare prende la forma di rimettere in rapporto aspetti di sé, ricreare nuovi nessi. Il paziente ad esempio è incoraggiato a dire le cose per come lui le ricorda, "riabilitando" il suo modo di utilizzare i ricordi per esprimere le emozioni che vive, di confusione di disorientamento. Aiutare il paziente e la propria famiglia a comprendersi con codici nuovi, facilitando la possibilità di comprendere ciò che vivono come alternativa agli agiti emozionali spesso violenti e frustranti le aspettative di miglioramento della propria situazione.

Un'esperienza nello SGAA[5]

Da novembre 2012 a giugno 2013, come psicologhe specializzande SPS, abbiamo svolto un tirocinio presso lo SGAA (Servizio Gestione Attività Ambulatoriali) del San Filippo Neri. Il progetto nasce dalla domanda del Poliambulatorio di intervenire entro la relazione tra personale infermieristico destinato a dare informazioni e utenza, vissuta come problematica ed identificata come fonte dello stress del personale come pure di malfunzionamenti del servizio.
Chiedendoci cosa significasse "relazione problematica", l'abbiamo individuata in spazi e tempi in cui la relazione tra le persone, utenti e personale, non è regolata dalla messa in atto dell'intervento medico: corridoi, sale d'attesa.
In queste aree l'attività di tutti sembra priva di regole chiare; l'incontro tra utenza e personale è confusivo e disorientante nonostante il funzionigramma dica cosa si sta a fare: manca l'organizzatore emozionale della relazione. Per altro stavamo nel contempo vedendo come questo fosse vero anche in altri reparti; quale era la specificità dello SGAA?

[5] A cura di Michela Siciliano e Cristina Viola.

Nello SGAA ci sono due modelli di relazione: ospedaliero e ambulatoriale; la loro copresenza, essendo profondamente diversi, causa confusione e disorientamento.

- Il modello ospedaliero è caratterizzato dal ricovero: l'utente segue procedure di ingresso che lo indirizzano per gradi ad assumere e a mantenere la posizione di dipendenza con annesse limitazioni (del movimento, ad esempio) proprie del paziente ricoverato. L'ospedale è attrezzato da molto tempo a organizzare la relazione intorno a questi atti. Quando è possibile eseguirli, c'è un sufficiente orientamento di tutti sul contesto. In altre UO stiamo vedendo come il rischio psicosociale si produca quando tali procedure falliscono in tutto o in parte.

- Il modello ambulatoriale è al polo opposto del ricovero entro la prestazione sanitaria: fin dal nome ricorda il libero movimento dell'utente, che non si riconosce nella posizione di ricoverato, e si vive piuttosto come cliente di un servizio in cui una essenziale componente è ricevere informazioni, poiché solo in base a esse l'utente troverà collocazione, risposta, senso per quello che fa.

L'ufficio informazioni è per ciò centrale per SGAA, e non può essere correttamente gestito se non assumendo la cultura dell'ambulatorio. Vediamo chi vi lavora.
Il personale del punto informazioni ha una doppia specificità. Si tratta:
- di infermieri, ovvero di un personale con una formazione profondamente diversa da quella richiesta per la manutenzione del rapporto con l'utenza, che non ha a che fare con cura o assistenza sanitaria.
- di personale confluito nello SGAA a seguito di prescrizioni ricevute da SSPR per tutelarlo dallo stress di precedenti mansioni che avevano provocato loro pesanti disagi.
In realtà la ricerca 2008 ha identificato lo SGAA come una delle aree a rischio psicosociale dell'ospedale. La successiva esplorazione delle sue problematiche ha permesso di connettere il rischio con la disorientante coesistenza dei due modelli ospedaliero e ambulatoriale.

Da un confronto con interventi condotti in altre UO del SFN, ma anche in altre realtà ospedaliere di cui oggi stiamo resocontando, emerge che il rischio psicosociale è connesso a tutti quei contesti in cui l'utenza non assume lo stato di paziente ricoverato in modo rispondente alle attese del personale.
Torniamo agli infermieri che lavorano al front-office: per formazione di base e esperienze pregresse danno per scontata la posizione di pazienti degli utenti; ciò li rende poco propensi a dare importanza a comunicazioni sui tempi di un'attesa, sul perché e le modalità di una procedura, sul luogo di un servizio. Gli utenti invece, vivendosi prevalentemente come clienti, collidono con questa modalità e si disorientano. Il conflitto tra modelli di rapporto si traduce nella percezione di un personale maleducato da parte dell'utenza e in quella di avere a che a fare con degli utenti pretenziosi da parte del personale.
Il nostro intervento è consistito nell'affiancare l'incontro tra queste due parti, fornendo strumenti di lettura che dessero senso a quanto accadeva nella relazione, a partire da una rilettura degli eventi critici man mano che andavano creandosi.

Sappiamo che si risponde in maniera aggressiva a una domanda percepita come impertinente e provocatoria. Confrontarsi con gli infermieri, condividere le ipotesi di lettura sul disorientamento degli utenti, ritornare insieme sui casi, l'affiancamento durante l'accoglienza hanno spesso prodotto la possibilità di mettere in discussione il vissuto con cui si liquidavano le richieste degli utenti come inopportune.

Un intervento nella UO di Neonatologia del San Filippo Neri[6]

Resocontiamo un intervento avviato a marzo 2013 nella UOC di Neonatologia del San Filippo Neri dal Servizio SPPR in collaborazione con la Scuola SPS, entro una ricerca intervento sulla valutazione del rischio psicosociale nell'ospedale. Come psicologhe, tirocinanti del SPPR e allieve della Scuola, frequentiamo l'UO con l'obiettivo di facilitare il rapporto tra operatori sanitari e genitori dei neonati ricoverati.

[6] a cura di Donatella Girardi e Silvia Policelli

La richiesta di intervento è arrivata a SPPR dopo un episodio vissuto da Neonatologia come incomprensibile e fortemente disorganizzante: una coppia prima gentile e disponibile, al momento delle dimissioni della figlia, in stato critico ma non più in pericolo di vita, aggredisce violentemente il personale sanitario.

L' intervento è iniziato recuperando il senso emozionale dell'episodio, in riferimento alla relazione tra utenza e UO. Abbiamo fatto l'ipotesi, con il personale, che nel momento delle dimissioni la famiglia abbia potuto esprimere la rabbia e l'angoscia suscitate non solo dallo stato della bambina, ma anche dalla forte dipendenza vissuta prima nei confronti del personale stesso.

L'ipotesi a monte è che in Ospedale la relazione tra pazienti ed operatori si fondi sull'atto medico, emozionalmente basato su una relazione di dipendenza affidata e asimmetrica, che esclude altri organizzatori emozionali della soggettività del paziente; la soggettività residua, non organizzata da questo modello di rapporto, è vissuta come variabilità intrattabile e confliggente con l'intervento medico stesso. Solo la dipendenza affidata fa dell'utente un buon paziente. Pensiamo a alcuni momenti sintomatici dell'organizzarsi o del cessare di tale relazione: l'accoglienza e le dimissioni; sono entrambi momenti a rischio per la relazione sanitaria. Il nostro caso si verifica nella dimissione.

Aggiungiamo che per Neonatologia i principali interlocutori dell'intervento sono i genitori dei neonati, per definizione non pazienti. Vediamo alcuni casi.

La madre di due gemelle ricoverate in terapia sub intensiva, dopo aver allattato la prima, si rivolge alla seconda. La prima gemella, ritornata nell'incubatrice alle spalle della madre che allatta la seconda, inizia a rigurgitare. La psicologa informa la mamma e chiama l'infermiera che si stava già preparando per intervenire. La mamma, che non vedeva quanto stava avvenendo perché girata di spalle, sentendo solo il rumore del macchinario utilizzato per l'aspirazione del latte rigurgitato, sembrava sempre più angosciata e terrorizzata. La psicologa ha preso a descriverle cosa stava accadendo alle sue spalle, chiedendo all'infermiera di integrare quello che diceva. Questi scambi hanno permesso alla mamma di esprimere la paura vissuta e trovare conforto nella presenza attenta della psicologa e dell'infermiera che hanno accolto la sua preoccupazione. Si può fare l'ipotesi che l'angoscia della madre fosse in rapporto con vissuti di colpa di aver dato alla piccola un latte non buono, che nella fantasia moltiplicata da non avere il riscontro e il contenimento del vedere, immaginava la stesse danneggiando in modo devastante.

La madre di una neonata molto critica ricoverata in terapia intensiva, viene invitata a stimolare il seno attraverso il tiralatte elettronico. Questo avrebbe consentito la produzione del latte, nonostante l'assenza della suzione della figlia intubata all'interno dell'incubatrice. La donna non segue le indicazioni, obbligando gli operatori ad alimentare la neonata con il latte artificiale, meno nutriente di quello materno. Al tempo stesso vive un forte senso di angoscia in rapporto alla sua difficoltà ad adempiere alle richieste del reparto, difficoltà che ha reso difficile la relazione con gli operatori, che non capiscono i suoi rifiuti. L'intervento è stato quello di esplorare le emozioni connesse al comportamento apparentemente bizzarro della madre, riconducendolo al vissuto di essere madre di una bambina in pericolo di vita. Sentirsi madre avrebbe reso più dolorosa la temuta morte della figlia.

Attraverso questi due episodi è possibile mettere in evidenza come l'intervento medico sul neonato lasci aperti spazi nella relazione tra genitori ed operatori sanitari non organizzati né organizzabili entro la relazione di dipendenza affidata propria del paziente, ma spesso comunque attesa dagli operatori.

Nel primo caso, l'aspirazione del latte è un intervento tecnico prioritario per la sopravvivenza della bambina, che però non si fa carico di accogliere i vissuti angosciosi della madre. Parlare di quanto sta accadendo rende possibile contenere l'angoscia della madre.

Nel secondo caso, si coglie come quando la madre evita di tirarsi il latte attraverso un macchinario, la disapprovazione del personale investa immediatamente la soggettività della signora nel suo complesso, nella sua interezza, ovvero nella sua adeguatezza a essere la madre che il personale si aspetta che debba essere. Non si tratta della dipendenza circoscritta e reversibile richiesta dall'atto medico che ci si può attendere affidata proprio perché così caratterizzata, da precisi limiti. La signora sembra costretta a giustificarsi di non

essere una “madre perfetta”, nel momento in cui argomenta i suoi sentimenti reattivi alla prescrizione con il timore di “legarsi troppo” alla figlia.

Si è spesso fatto riferimento alle parole “comunicazione” ed “informazione” per indicare il processo sul quale hanno lavorato le psicologhe. L'attesa di rapporto dei genitori non è sovrapponibile all’accuratezza delle informazioni su terapia, diagnosi, prognosi. Ciò che è altrettanto rilevante per i genitori è il significato che le informazioni assumono nel rapporto; per esempio in termini di affidabilità emozionale della reazione, di attenzione ai loro vissuti.

Concludiamo con un caso che parla di questo. Il padre di un neonato in terapia intensiva sembra molto arrabbiato perché durante la mattinata gli sono stati comunicati due valori differenti circa il peso del figlio, riferiti al giorno prima; sta mettendo in dubbio l’affidabilità tecnica dell’équipe. Il peso è uno dei tanti indicatori che consente di valutare l’opportunità di una dimissione o meno, quindi del ritorno a casa. Le psicologhe hanno esplorato con i genitori il rapporto tra la rabbia del padre e il desiderio di tornare a casa con il figlio, proponendo che l'aumento non significativo del peso del neonato frustrasse questa attesa. Il poter parlare di queste emozioni e condividerle ha reso irrilevante l’informazione sul peso, che è stato poi verificato al termine dell’orario di visita.

Un’esperienza di formazione per il personale dell’area materno-infantile[7]

Nell’ospedale Fatebenefratelli di Roma il rapporto tra reparti e competenza psicologica è consolidato; abbiamo svolto lì il nostro tirocinio all’epoca della specializzazione e collaboriamo ancora. Una di noi è stata convocata dalla responsabile scientifica di un corso di formazione organizzato in moduli di due giorni, rivolto ad équipe dell’area materno-infantile, anche di altri ospedali, basato sulla simulazione di casi di emergenza. Parleremo da ora in poi con la prima persona singolare, quella di chi è intervenuta nel corso, pur avendo lavorato insieme in back-office, per rendere più facile il seguire i passi dell’intervento stesso.

Avevo già collaborato con la responsabile; questa volta mi chiede di costruire un questionario di verifica del corso; servirà anche a rendicontare l’attività all’ente finanziatore. Nel preparare il mio intervento, con la responsabile emerge quanto il corso sia per gli stessi tutor un mettersi in gioco rischioso: durante le simulazioni si vede quanto accade tra gli operatori. Questo progetto sta sviluppandosi nel tempo, e che l’interesse della responsabile va spostandosi dai pazienti agli operatori e al loro modo di lavorare.
Propongo di partecipare ad alcuni incontri di formazione per capire meglio. La responsabile dice che allora potrei dare una mano ai partecipanti a “comunicare meglio durante le emergenze”. Colgo che ci si aspetta che io possa avere uno sguardo diverso su quanto accade tra gli operatori in un assetto di lavoro insieme, e che intervenga sulla loro relazione. Spesso questa domanda non ha modo di essere detta esplicitamente entro una cultura dove nessuna competenza è connessa al saper vedere cosa accade nelle relazioni; questa volta siamo dovute partire da un questionario cui si era obbligati dalla procedura.

Il corso ha l’obiettivo di “abituare” le diverse professionalità a lavorare insieme durante situazioni di emergenza clinica, ipotizzando che la simulazione – in quanto apprendimento di azioni corrette - consenta di sviluppare capacità di coordinamento, di apprendere procedure utili e di parlare dell’organizzazione del lavoro insieme.

Ma non ci sono solo le azioni; ci sono anche i vissuti. L’ospedale vuole sviluppare le competenze degli operatori per mantenere la sua specificità di centro di eccellenza per le nascite, ma anche per rispondere alla sempre maggiore frequenza di complicanze in questo ambito, dovute ai cambiamenti storico-culturali. Pensiamo alla tecnologia che provoca lo spostamento in avanti dell’età media delle gravidanze, alle fecondazioni assistite, alla crescita delle possibilità di sopravvivenza dei prematuri accompagnata però da quella delle disabilità; si pongono molte questioni non solo cliniche ed etico-giuridiche, ma nuovi e spesso gravi problemi per questi bambini e le loro famiglie.

[7] A cura di Barbara Cafaro e Simona Sacchi

A partire da quanto avviene nelle relazioni tra i partecipanti propongo di poter parlare delle scelte emozionalmente molto difficili che spesso i medici si trovano a fare. Durante la discussione di una simulazione di rianimazione di un bambino alla 24° settimana (avvenuta con successo), una neonatologa dice tra i denti: "Noi neonatologi dobbiamo convivere con diverse unghiate sulla nostra coscienza". Non lascio cadere la frase sussurrata; la riprendo e propongo di considerare la solitudine degli operatori nel sentirsi schiacciati da un meccanismo che va contro il proprio vissuto ma che sembra impossibile fermare. Una infermiera della TIN aggiunge che durante alcune rianimazioni sente che dovrebbe dire al medico di "smetterla".

Si comincia a parlare del rapporto tra Sala Parto e reparto di Neonatologia e dei criteri di alcune scelte di rianimazione, vissute come indicibili e che creano un clima di angoscia e conflitto. L'indicibilità dei vissuti lascia cicatrici nei rapporti.
I miei interventi sono volti a dare la stessa importanza alle diverse posizioni, ad esempio degli infermieri e dei medici, o del reparto, Sala Parto e Terapia Intensiva, perché non vengano viste come contrapposte, ma portatrici di diversità da mettere in relazione facendo ipotesi, dando senso a quanto viene riportato come conflitto.

Sento per altro un'assenza: i genitori dei bambini; non se ne parla mai. Con un po' di titubanza, perché la vivo come una domanda impertinente, chiedo se di fronte a scelte difficili non si possa interloquire con loro. Emerge la fantasia di sapere già cosa pensano e cosa vogliono: "Vogliono il figlio a tutti i costi". Oppure, che non ci si deve occupare del rapporto con loro: "La sala parto ha l'unico compito di far nascere, poi si vedrà in TIN". Infine si nomina la morte, l'estremo fallimento dell'intervento medico, di fronte alla quale l'ospedale è del tutto impotente: "L'accompagnare alla morte un neonato non è tra le funzioni del neonatologo e del reparto di Terapia Intensiva Neonatale".

È difficile per l'ospedale pensare al contesto di vita del paziente; gli operatori con cui lavoro fanno fatica a pensare a un'integrazione con la famiglia. Spesso la fantasia è quella di sostituirla.
Ascolto gli operatori rispetto ai problemi del loro lavorare insieme, e sembra esserci il desiderio che qualcuno si accorga dei loro vissuti e li aiuti a pensarli, ma non sembra una richiesta legittima; se ne fruisce come di un evento occasionale, diverso dal "corso"; ricordo che sono lì con un pretesto, a partire dalla richiesta di rendicontare al finanziatore; solo così ha potuto esprimersi la domanda dell'ospedale di occuparsi di relazioni, che pure sono viste come fattore di sviluppo se agite in modo competente.

Il rischio di parlare di come si vivono i rapporti invece che di comportamenti da apprendere in quanto corretti apre all'imprevedibilità delle emozioni, contro l'esigenza di controllare e ridurre la variabilità, specie nell'emergenza, ma non solo in quella. Ma sembra anche che l'ospedale cominci a cogliere i rischi di non parlarne: le emozioni vissute nella relazione non si controllano e si traducono in agiti dannosi per gli operatori e per i pazienti.

Un intervento in una UO di Oncologia. [8]

Siamo in un ospedale romano che ha attivato un servizio che impegna in sinergia le Unità di Psicologia e di Oncologia. Una volta a settimana uno psicologo fa visita alle persone ricoverate e ai loro famigliari; non si tratta di accompagnare i medici nella visita, ma di un intervento specificamente psicologico di cui si è vista l'utilità, riconosciuta l'esigenza di occuparsi del vissuto di queste persone in un contesto diverso da quello della cura. Lo psicologo chiede come va, pronto ad accogliere la varietà di domande che seguono questo apparentemente semplice invito a parlare. A volte la domanda assume forme per cui sembra non esserci, ma c'è, sempre.

Da diverse settimane è ricoverato un uomo (che chiamerò Aldo), le cui condizioni cliniche sono in costante peggioramento. Il paziente mostra di non voler utilizzare le visite dello psicologo per parlare; preferisce stare per conto suo guardando la televisione o leggendo. Lo saluta sempre, gli fa delle domande sul suo lavoro ma

[8] A cura di Andrea Civitillo

non si spinge mai oltre. Un giorno un medico del reparto riferisce allo psicologo dell'ingresso di un nuovo paziente, vicino di letto di Aldo. È molto sofferente, ha appena ricevuto una diagnosi infausta. Il medico aggiunge che Aldo ha consigliato al nuovo arrivato di parlare con lo psicologo che sarebbe passato di lì a poco, aggiungendo: è molto bravo. Una volta giunto nella stanza di Aldo, quest'ultimo ha salutato lo psicologo come al solito senza aggiungere molto altro, e il suo vicino di letto ha utilizzato la visita per parlare a lungo.

Questo episodio mi ha fatto molto pensare. Io, lo psicologo in questione, vivevo un senso di attesa nei confronti di Aldo, aspettando che mi chiedesse qualcosa, e monitorando ogni giorno il rapporto con lui pur stando alle sue regole – poche parole, un saluto. Pensavo di far poco. Non capivo: Aldo aveva colto che per me era una presenza emozionalmente importante, e mi stava dicendo che questo era molto per lui.

C'è un vissuto particolarmente doloroso per il personale sanitario: la sensazione di non poter più far nulla per i pazienti e i loro famigliari. Si dice: "il reparto sembra un Hospice". Per l'Ospedale l'Hospice è un non - luogo: se non c'è la cura, non c'è nulla da fare, c'è la non esistenza ancor prima che arrivi la morte. Le relazioni ospedaliere sono organizzate da limiti, da paletti accettati in vista della cura, ma insensati – anche per il personale, tuttavia vincolato a essi – senza la risoluzione della malattia. Il malato oncologico, i familiari, il personale, esprimono la difficoltà a gestire tali limiti quando la cura non è più possibile. Tra i pazienti, c'è chi chiede ripetutamente di mangiare cibi che non può assumere, chi si fa venire dolori lancinanti quando sente odor di dimissioni, chi protesta perché si sente costretto a stare rinchiuso dove non vorrebbe stare, chi dimesso si ripresenta dopo poco al Pronto Soccorso. Il personale sanitario spesso diventa simbolo (talvolta un *pungiball*), di vincoli da attaccare o forzare.

Rispettare i vissuti, tornare al senso che hanno può dare delle alternative. Pensiamo al famigerato "umore depresso" vissuto dal personale come uno dei peggiori nemici. Umore depresso spesso vuol dire debolezza. Debolezza vuol dire niente terapia. Niente terapia vuol dire arrendersi alla morte. A volte arrendersi alla morte è più complicato per il personale, che pensa di non avere altro intervento che la cura, che per il paziente. In molti casi accettare la morte è una condizione che sebbene sia portatrice di sofferenza viene tutto sommato accettata dal paziente, per il quale sono prioritari altri problemi, come per esempio quello di essere visti, come per il sig. Aldo. Possiamo considerarlo un esempio di come il "non c'è più nulla da fare" può evolvere in assistenza (l'essere presente, il non sottrarsi al rapporto anche quando è cessato il potere della tecnica terapeutica) rispettosa e insieme implicata.

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.

Atzori, E. & Cinalli, S. (2013). L'intervento psicologico clinico sul rischio psicosociale entro l'A.C.O. San Filippo Neri. *Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 63-66.

Brescia, F., & Mazzeo, G. (2012). La valutazione del rischio psicosociale in Ospedale. *Rivista di Psicologia Clinica,* 1, 63-75.

Cafaro, B. (2012). L'intervento psicoterapico nell'Ospedale, a partire da una esperienza di tirocinio. *Rivista di Psicologia Clinica,* 2, 159-164

Cafaro, B., Civitillo, A., Bontempi, G., Giacchetti, V., Lalli, A., Lopolito, L. et al., (2013). Laboratorio su psicologia clinica 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, 4-20.

Carli, R. (2013a). Psicologia clinica e Ospedale. Introduzione al tema. *Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica,* 1, 55-62.

Carli, R. (2013b). L'intervento psicologico in Ospedale. *Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica,* 2, 3-11.

Carli, R., Paniccia, R.M., Atzori, E., Cinalli, S., Brescia, F., Mazzeo, G., et al., 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.

Sitografia

http://www.romatoday.it