

## **The psychoanalytic internship in an Emergency Room: An integrative function**

***Raffaella Quaglia*\*, *Francesca Reale*\***

### *Abstract*

The authors retrace the intervention conducted through their internship in the emergency room of a Roman hospital, wondering how psychoanalytic psychotherapy can help with the current problems in the emergency department. The report will introduce cases and situations that represent a critical issue in the relationship between the department and its clients, developing a proposal for supplementary psychological function focused on symbolic de – reification of the problems and on the process of interpretation of what is happening in the relationship between, health providers, patients and families. The paper wants to build up literature about psychological function in the new setting of the intervention, bearing witness to the scientific community about the psychology's efficacy in the host activities of the emergency department and more generally in organizational contexts that don't provide a psychological function integrated in their act. From their experience, the authors propose reflections about models and methods of psychoanalytic intervention in organizational contexts.

*Keywords:* emergency department; hospital; admission process interpretation; integrative function.

---

\* Psychologists specialized at SPS Specialization School in Psychoanalytic Psychotherapy, Clinical Psychological Intervention and Analysis of the demand, Rome.

Quaglia, R., & Reale, F. (2015). The psychoanalytic internship in an Emergency Room: An integrative function. *Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 27-39. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it/Quaderni>

## **Il tirocinio in psicoterapia psicoanalitica al Pronto Soccorso: Una funzione integrativa**

***Raffaella Quaglia\* , Francesca Reale\****

### *Abstract*

Le Autrici ripercorrono l'intervento condotto attraverso il loro tirocinio nel Pronto Soccorso di un ospedale romano, chiedendosi come può dialogare la psicoterapia psicoanalitica con i problemi attuali del Pronto Soccorso. Il resoconto presenterà una serie di situazioni che hanno rappresentato una criticità nel rapporto tra reparto e i suoi clienti, articolando una proposta di funzione psicologica integrativa, incentrata sulla dereificazione simbolica dei problemi e sul processo interpretativo di quanto sta accadendo nel rapporto tra operatori, pazienti e familiari. Il contributo intende costruire letteratura sulla funzione psicologica in setting nuovi dell'intervento, testimoniando alla comunità scientifica della possibilità di una partecipazione della psicologia alle attività di accoglienza di questo reparto e più in generale di contesti organizzativi che non prevedono una funzione psicologica integrata al loro agire. Le Autrici propongono delle riflessioni riguardo aspetti di modello e di metodo dell'intervento psicoterapeutico in contesti organizzativi.

*Parole chiave:* pronto soccorso; accoglienza; ospedale/territorio; interpretazione; funzione integrativa.

---

\* Psicologhe specialiste SPS, Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Psicoanalitica, Intervento Psicologico Clinico e Analisi della Domanda, Roma.

Quaglia, R., & Reale, F. (2015). Il tirocinio in psicoterapia psicoanalitica al Pronto Soccorso: Una funzione integrativa [The psychoanalytic internship in an Emergency Room: An integrative function]. *Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 27-39. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it/Quaderni>

Questo contributo riguarda l'esperienza di tirocinio di specializzazione che abbiamo condotto per circa un anno presso il Pronto Soccorso di un ospedale romano e concluso nel 2012.

In un altro lavoro (Quaglia & Reale, 2012) abbiamo scritto e condiviso la nostra esperienza in corso d'opera; in questa occasione ci interessa proporre una resocontazione d'insieme dell'intervento, assumendo un interrogativo: cosa è stato istituito nel reparto Pronto Soccorso a partire dalla presenza di una funzione psicologica? Intendiamo così individuare e riflettere su alcuni aspetti di modello e di metodo dell'intervento psicoterapeutico nei contesti organizzativi, quali l'ospedale e il Pronto Soccorso, ai quali ci siamo formate nel nostro percorso di specializzazione in psicoterapia psicoanalitica. Svilupperemo in questo senso una nostra lettura dell'intervento incentrata sul concetto di funzione integrativa.

Il nostro lavoro è così organizzato e sviluppato: introdurremo la nostra esperienza di tirocinio, resocontandone le fasi, gli interlocutori, i passaggi di costruzione di committenza, i prodotti che ne rintracciamo; resoconteremo poi delle situazioni cliniche nelle quali siamo intervenute, focalizzando il perché abbiamo rappresentato un evento critico nella relazione tra il Pronto Soccorso e i suoi clienti e come, di conseguenza, noi abbiamo dato una direzione al nostro intervento.

Dalla nostra esperienza, quindi, proponiamo in questo contributo una lettura di quali sono le specificità del funzionamento del Pronto Soccorso da un punto di vista simbolico, compresi alcuni strumenti di lavoro per la psicologia. Ci poniamo l'interrogativo: come può dialogare la psicoterapia psicoanalitica con i problemi attuali del Pronto Soccorso?

### ***La nostra esperienza: fasi, eventi critici, interlocutori, prodotti***

Abbiamo svolto il nostro tirocinio presso una Unità Operativa Semplice (che d'ora in poi indicheremo nel testo come UOS) di Psicologia Clinica-Ospedaliera di un noto e storico ospedale romano, tra settembre 2011 e dicembre 2012. Si tratta di un'Unità Operativa giovane, nata nel 2008, impegnata nella costruzione di rapporti con l'ospedale e di una credibilità ad intervenire. Sottolineiamo questo aspetto perché riteniamo che faccia da premessa importante per verificare i prodotti del nostro tirocinio, come più avanti vedremo.

All'inizio del nostro tirocinio la UOS stava avviando un progetto riguardante il Pronto Soccorso, commissionato dalla dirigenza ospedaliera<sup>1</sup> con l'obiettivo di esplorare il funzionamento del reparto e migliorare la funzione di accoglienza. In precedenza, il reparto aveva incontrato eventi critici specifici, quali il cambio di primario e alcuni episodi che erano esitati in denunce di malpractice, rispetto ai quali la dirigenza ospedaliera, interessata agli sviluppi e alle risonanze nel funzionamento del reparto, interpellava l'unità di psicologia.

Il progetto necessitava risorse: abbiamo così concordato con la UOS e la tutor una nostra partecipazione alla fase esplorativa e agli sviluppi successivi dell'intervento.

La nostra iniziale presenza in Pronto Soccorso è stata finalizzata a costruire rapporti con gli operatori del reparto e ad osservare, riconoscere, farci raccontare, le caratteristiche e i problemi del suo funzionamento nel rapporto con i suoi clienti sia interni che esterni, ovvero tra operatori e con pazienti e familiari. Allo stesso tempo, parlando con chi accedeva al reparto e con chi lo accompagnava, cercavamo di capire con quali emozioni e aspettative arrivavano in Pronto Soccorso. Abbiamo lavorato, quindi, per costruire condizioni che consentissero alle persone che incontravamo di parlarci delle loro emozioni connesse alla partecipazione in quel contesto e al rapporto con noi; a partire dal confronto con le fantasie in noi evocate da questi rapporti<sup>2</sup>, riconosciute attraverso la resocontazione clinica dell'esperienza (Carli, 2007), abbiamo potuto ipotizzare certe specifiche dinamiche culturali del Pronto Soccorso che sono diventate riferimento per proporre interventi e su cui torneremo più avanti in questo scritto.

#### *Un evento critico*

C'è un aspetto in particolare, tra quelli appresi in avvio del progetto, che riteniamo centrale rispetto alla costruzione dei rapporti tra la psicologia e il Pronto Soccorso e agli sviluppi successivi dell'intervento. Nell'iniziale fase di conoscenza del Pronto Soccorso, ci siamo confrontate con un contesto che organizza funzionalmente il proprio lavoro sulla base di interventi fondati su tecnicità e procedure da protocollo:

---

<sup>1</sup> In particolare dal Direttore di Unità Operativa Complessa "Integrazione Ospedale-Territorio", UOC di cui fa parte la UOS di psicologia clinica ospedaliera.

<sup>2</sup> Ne abbiamo proposto una prima formulazione, in un'altra fase dell'esperienza, sempre in Quaglia e Reale (2012).

all'occorrenza, ovvero se incontra difficoltà nei suoi obiettivi diagnostici e di intervento sull'urgenza, il reparto chiama a consulenza operatori con specializzazioni differenti rispetto alle figure presenti in Pronto Soccorso (medico internista, chirurgo, ortopedico). Cogliamo come in un reparto organizzato per gestire emergenze, attenersi a protocolli rappresentati una garanzia di efficacia.

A questo proposito, vogliamo resocontare un episodio che abbiamo letto come evento critico e che reputiamo abbia permesso un ri-orientamento fondamentale del nostro lavoro al Pronto Soccorso.

In uno dei nostri primi turni in triage<sup>3</sup> arriva un giovane in stato di agitazione, preoccupato della tachicardia che da mezz'ora lo affliggeva. Il giovane riferisce all'infermiera che lo sta registrando, anche in presenza di una di noi, che riconosce questo episodio come un attacco di panico e che si sente già meglio a parlarne con lei. L'infermiera, dopo un approfondimento in cui cerca conferma della possibile natura psicologica del sintomo, presenta la psicologa e propone al paziente una consulenza con lei. La procedura standard avrebbe richiesto l'invio del paziente al medico internista che, dopo la visita e solo nel caso lo ritenesse opportuno, avrebbe richiesto ulteriori consulenze, eventualmente anche quella psicologica. Per quanto disorientata la psicologa accetta di parlare con il giovane nell'attesa della visita dall'internista; il disorientamento provato è un indizio della difficoltà a trovare il senso di quell'intervento: che funzione sta svolgendo? Verso quale obiettivo? Quali accordi sostengono quell'intervento? Che utilità e per chi?

La psicologa si aggrappa ad un senso di utilità per l'infermiera che lo ha inviato e per il giovane, che sente il bisogno di parlare con qualcuno di quanto gli stia accadendo. Intanto tiene a mente l'atipicità di quella situazione, rimandando ad altro momento di ripensare a quanto sta succedendo: si sta muovendo anche lei su un vissuto di urgenza.

La psicologa chiude il colloquio con il giovane dichiarando la propria posizione di tirocinante in Pronto Soccorso e la necessità che egli venga visitato dal medico, ma non parla con il medico di quanto accaduto.

Qualche tempo dopo, alla fine della visita con il giovane, il medico internista cerca la tirocinante per ricordarle i passi della procedura. I due hanno una breve conversazione nel corridoio al centro del reparto, dove tutti possono sentire quanto viene detto. Il medico era molto infastidito per questo episodio che voleva non si ripettesse: nessuno avrebbe dovuto vedere un paziente prima del medico, visto che egli ne ha piena responsabilità. La tirocinante cerca di scusarsi, di spiegare quantomeno come è arrivata a quella situazione ma il medico non ne vuole sapere, ribadendo che le regole in Pronto Soccorso servono a far funzionare il servizio e lui non ha intenzione di permetterci di modificarle. Non c'è altro da dire in quel momento. La tirocinante capisce di aver fatto un errore, ma non vuole perdere la possibilità di riparlarne: quella situazione per la prima volta permette a medici e tirocinanti di uscire da un'apparente reciproca invisibilità e fa sì che si possa cominciare a dire qualcosa sul rapporto in costruzione tra la psicologa e il Pronto Soccorso. La tirocinante più tardi torna dal medico per chiarire la sua posizione: dichiara di non essere lì per cambiare le regole, proponendo che quanto accaduto sia frutto della mancanza di accordi e che meriti un ripensamento in uno spazio adatto, per esempio la riunione già concordata e più volte rimandata tra medici di Pronto Soccorso e psicologi della UOS, prevista per la successiva settimana.

Questo episodio ci ha permesso di interrogarci su quanto stava accadendo in reparto, in particolar modo tra medici e psicologi. Ci siamo chieste, insieme alla nostra tutor e alla UOS, se non stessimo agendo noi per prime la fantasia di sapere cosa stavamo facendo lì a prescindere da accordi presi con i nostri interlocutori. Abbiamo riconosciuto di esserci proposte come il consulente specialistico che agisce indipendentemente dai bisogni espressi dagli operatori di reparto, dalle loro domande, incontrando peraltro una simile rappresentazione in chi lavora in Pronto Soccorso, abituato ad attivare altri operatori specialisti che intervengano al posto del medico internista, su suo invio.

In quel contesto, intervenire senza l'invio del medico ha rappresentato un atto trasgressivo delle norme e provocatorio nei confronti della competenza del medico, come se stessimo proponendoci in competizione, onorando fantasie di antiche scissioni del tipo "mente/corpo".

Abbiamo riflettuto su questo evento critico, considerandolo fonte di informazioni sulle culture del Pronto Soccorso. Ad esempio, abbiamo cominciato ad ipotizzare che quando ci veniva segnalata dagli operatori una situazione come "è un caso per voi psicologi", ci si stesse piuttosto comunicando una difficoltà di rapporto tra il reparto e quanto il "caso designato" evocava. Nell'evento critico appena resocontato, ad esempio, possiamo ipotizzare che l'infermiera al triage, alla proposta del paziente che le dice di "sentirsi meglio al solo parlare con lei" si sia sentita investita di un'importante funzione per il paziente, e percependo di non

---

<sup>3</sup> Il triage rappresenta il luogo di prima accettazione del Pronto Soccorso, in cui un infermiere valuta la sintomatologia, attribuisce un codice di priorità d'accesso basato sulla gravità, registra i dati personali e valutazione nel sistema informatico e invia al medico competente (internista, chirurgo, ortopedico). I codici sono, in ordine crescente di gravità: bianco, verde, giallo, rosso.

essere dotata di strumenti, per questo angosciata. A partire da questa emozione ha chiamato in causa la psicologa.

È anche da questo episodio che abbiamo cominciato a mettere a fuoco che un'implicazione utile della nostra presenza in reparto fosse nella possibilità che gli operatori parlassero con noi del loro lavoro e della loro funzione, che si aprisse una pensabilità del loro operare. Abbiamo quindi cominciato a ripensare il nostro intervento entro il rapporto tra operatori e utenti piuttosto che velocemente e scontatamente sull'individuo.

Inoltre in questo evento critico abbiamo colto come le dinamiche di potere funzionale e gerarchico organizzassero in modo importante il reparto: c'erano confini da non superare rispetto all'intervenire medico e psicologico, anche funzionali all'operare del reparto e comunque altamente informativi della cultura dello stesso; proporre di riparlare nel setting della riunione con i medici e di usare quella criticità ha permesso non solo di far emergere problemi, ma ha anche rappresentato un'alternativa nuova rispetto ad un abituale contendere per il potere decisionale<sup>4</sup>.

Anche a proposito di altri aspetti colti nella prima fase esplorativa avevamo bisogno di un confronto e di una messa a verifica con i nostri interlocutori del reparto.

Eravamo colpite, ad esempio, da quanto spesso le persone che accedevano al triage avessero necessità di narrare gli eventi che li portavano lì, come ad operare una prima riorganizzazione di senso che garantisse continuità ad una esperienza di emergenza, che proprio quella continuità contraddiceva. Il reparto poteva accogliere questi aspetti di vissuto?

Vivevamo noi per prime, inoltre, un disorientamento rispetto al funzionamento del reparto, alle sue logiche e regole, ai suoi codici; avendo anche noi un camice bianco addosso, ci venivano continuamente poste domande che ci coglievano impreparate, domande che ci sembravano spesso veicolare, attraverso un pretesto relativo al funzionamento del reparto, anche una proposta di rapporto che poteva essere letta in termini emozionali.

Tutto ciò ci stava facendo intuire il ruolo centrale delle comunicazioni e l'importanza di leggere i problemi medici con cui le persone accedono al Pronto Soccorso insieme all'impatto emozionale che ha l'arrivo nella struttura. Anche con questi spunti in mente, e con l'interesse ad ascoltare cosa loro avessero da dirci, andiamo ad incontrare i medici del Pronto Soccorso in una prima riunione.

### *Le riunioni con i medici*

Dopo circa sei mesi di frequentazione del reparto, hanno luogo in tempi ravvicinati due riunioni con i medici internisti del reparto a cui partecipiamo insieme alla nostra tutor e al responsabile della UOS di psicologia.

Dal punto di vista del metodo dell'intervento psicoterapeutico, riteniamo che la costruzione di setting in cui poter parlare con i medici sia stato uno strumento importante nel nostro tirocinio. Altrettanto fondamentale è stata l'istituzione di uno spazio di lavoro con la tutor e il responsabile della UOS in preparazione alle riunioni con i medici, in cui abbiamo proposto letture del rapporto con il Pronto Soccorso e dell'evento critico con il medico. Ci siamo servite della resocontazione come strumento per ripensare le relazioni in gioco e poter condividere riflessioni con l'équipe della UOS.

La prima riunione con i medici ha luogo dopo breve tempo dall'evento critico e ne è fortemente condizionata. Noi psicologi arriviamo alla riunione con la proposta di una possibile doppia funzione pensata a partire dalla frequentazione del reparto e volta a verificare la domanda dei nostri interlocutori: l'una basata sulla sintomatologia patologica, che ci vede come consulenti esterni che operano all'interno del reparto su invio del medico, impegnati in interventi su problemi individuali di natura psicologica nominabili come somatizzazioni, ma anche aggressioni e violenze subite subito prima dell'ingresso in Pronto Soccorso, traumi psicologici. L'altra funzione è relativa all'accoglimento dell'utente all'ingresso nella struttura e ci vede proporre letture del rapporto tra utente e Pronto Soccorso. L'équipe di psicologia, quindi, si è proposta contemporaneamente come consulente con specifiche competenze tecniche a trattare problemi psicologici individuali e come operatore interno al reparto competente sulle relazioni tra dentro e fuori la struttura, specie quelle dell'utenza in ingresso.

I medici, dal canto loro, sembravano rispondere che non avevano bisogno di una nostra presenza in reparto per svolgere la funzione tecnica, aggiungendo uno specialismo agli altri. Come ci sembra dalla vicenda

---

<sup>4</sup> Ipotizziamo che, su questo piano, abbia rappresentato una risorsa il nostro essere tirocinanti, il nostro non avere un ruolo organizzativo definito. Si tratta, infatti, di una posizione ad appartenenza reversibile, che riteniamo consenta più facilmente – perché con una certa distanza dalle fantasie relative – di riconoscere le componenti di potere in gioco e di non aderirvi.

critica resocontata, non c'era una domanda ad un nostro intervenire come gli altri specialisti generalmente consultati, che operano non occupandosi delle relazioni proprie del funzionamento del reparto.

Piuttosto i medici in quell'occasione ci hanno chiesto cosa potevamo fare e soprattutto in quale spazio. Una questione molto dibattuta durante la riunione è stata la nostra collocazione fisica, si diceva che non c'era una stanza per noi, che forse sarebbe stato meglio essere presenti al triage o, secondo altri circolare nel reparto, partecipando delle sue attività anche se non era ancora chiaro come; abbiamo letto questa proposta come una difficoltà a comprendere cosa potessero fare degli psicologi in reparto in termini di funzione.

Al termine della prima riunione ci accordiamo con i medici per rivederci in tempi brevi e riparlare di quanto emerso in questa prima occasione di confronto. Nel frattempo lavoriamo con l'unità di psicologia, utilizzando la resocontazione, sentendo che in questa sequenza specifica del rapporto con il Pronto Soccorso si sta definendo una scelta importante per la psicologia, ovvero quella tra lo specialismo della tecnica o, in alternativa, l'intervento a servizio del reparto.

Nell'occasione della seconda riunione, quindi, proponiamo in maniera più chiara di poterci occupare degli aspetti emozionali sollecitati dall'incontro tra struttura e chi vi accede e di voler lavorare con il reparto su quelli che sente come problemi del proprio lavoro. Abbiamo sentito che il non aderire alle fantasie tecnico-specialistiche della psicologia circolanti nella cultura ospedaliera e di cui anche noi inizialmente eravamo portatrici, proporre di costruire insieme una posizione di collaborazione sia stato un momento fondamentale del nostro intervento. Durante la riunione, infatti, i medici hanno iniziato a parlarci di quelli che vivevano come i principali problemi del loro lavoro e sui quali ci hanno chiesto di poter essere interlocutori; si trattava sempre di situazioni complesse relative ad aspetti emozionali problematici nella relazione tra reparto, pazienti e familiari: comunicazione di aggravamenti dello stato clinico o di lutti, emergenze psichiatriche, attese o trasferimenti che spesso comportano conflittualità per le necessità organizzative che comportano, alcolismo molto diffuso tra i giovani, situazioni su cui si avverte un senso di impotenza e di inefficacia del proprio intervento rispetto alla complessità del problema.

Su questi problemi i medici ci hanno parlato di una esigenza di affiancamento.

Concordiamo la costituzione di un piccolo gruppo di lavoro che avrebbe monitorato l'andamento di questa collaborazione tra il Pronto Soccorso e la UOS, e che periodicamente si sarebbe incontrato. Ne fanno parte anche il responsabile del Pronto Soccorso, il medico coinvolto nella vicenda-evento critico e la tutor, che inizialmente ci coinvolge. Il gruppo si incontrerà solo un paio di volte, senza le tirocinanti. Arriverà a conclusione prima del previsto, formulando un protocollo di intesa.

Abbiamo appreso nel rapporto con il Pronto Soccorso come nel funzionamento ospedaliero tutte le prassi debbano essere standardizzate, codificate e rese prevedibili; nelle logiche aziendali, inoltre, formalizzare gli accordi attraverso dei protocolli di collaborazione, ha anche a che fare con un funzionamento delle Unità Operative per obiettivi a cui è associato un valore economico e una voce di budget.

Ci siamo interrogate su quanto la stesura del protocollo abbia rappresentato un prodotto del lavoro: nella storia di rapporto tra la UOS e il Pronto Soccorso, ci sembra che l'accordo sul protocollo abbia anche rappresentato un punto fermo, che ha chiuso il processo di monitoraggio e verifica sul lavoro che si stava facendo. In questo senso, il protocollo ha sostituito gli incontri del piccolo gruppo e le riunioni allargate agli psicologi nelle quali qualche mese prima era stato possibile parlarsi.

Ipotizziamo che il protocollo sia connesso ad una difficoltà a mantenere uno spazio in cui parlarsi e confrontarsi sui problemi del lavoro, su quanto si fa, potendo tollerare di non avere immediate soluzioni. Leggiamo in questo passaggio l'esigenza di definire confini e di seguire una logica di funzionamento organizzativo a volte scollegata dagli effettivi problemi e prassi, non sempre in modo efficace rispetto ai problemi.

### ***Alcuni problemi del Pronto Soccorso ad una lettura sulle simbolizzazioni emozionali***

Torniamo a parlare del nostro rapporto con i medici di Pronto Soccorso; a partire dagli accordi presi nelle riunioni riorientiamo i nostri interventi. In particolare la richiesta dei medici di essere affiancati da noi in tutta una serie di situazioni che ci hanno detto di vivere problematicamente, ci ha permesso di mantenere il focus dell'intervento sulla loro domanda, di avere in mente un chiaro criterio nell'intervenire.

Nella nostra esperienza abbiamo ragionato su cosa costituisce un problema per i medici nello specifico, individuando criticità in vissuti di solitudine e di impotenza nel rapporto con gli utenti del servizio. Medici e utenti sembrano condividere una rappresentazione del loro rapporto caratterizzato da una forte asimmetria di potere tra chi sa e chi non sa, che sollecita continuamente fantasie di onnipotenza/impotenza. Allo stesso tempo abbiamo partecipato di un clima generale di sfiducia nel rapporto medico-paziente, in cui l'aspettativa di dipendenza e completo affidamento del paziente che fonda la possibilità dell'operare medico veniva molto

spesso delusa, creando situazioni critiche e spesso conflittuali. Siamo intervenute interpretando la domanda di affiancamento espressa dai medici mediando tra il reparto e i suoi clienti in quelle situazioni che rappresentavano un problema nel loro rapporto, traducendo aspetti simbolici in gioco nella relazione, con l'obiettivo di favorire la comunicazione e la comprensione di quanto stesse avvenendo.

Ci vengono in mente a proposito una serie di situazioni cliniche nelle quali siamo intervenute in questo anno di tirocinio al Pronto Soccorso. Pensiamo di utilizzarle in merito all'interrogativo: quali sono le specificità del contesto Pronto Soccorso se si assume una lettura simbolica dei rapporti? Inoltre, cosa ha istituito in questo anno la nostra presenza in reparto?

### *La crisi del rapporto fondato sulla dipendenza e la cultura delle informazioni*

Durante un pomeriggio in Pronto Soccorso, con ritmi particolarmente serrati legati al rapido avvicinarsi di due codici rossi, una di noi si accorge di alcuni movimenti di particolare agitazione che coinvolgono degli ausiliari<sup>5</sup> e che si svolgono fuori dalle sale visita. Sono gli ausiliari in quel momento che si stanno facendo carico degli scambi con la sala d'attesa: gli infermieri, infatti, sono tutti impegnati nell'intervento sui codici rossi; con una modalità organizzativa efficace ma che tuttavia comporta costi. Questo concentrarsi a lungo da parte del reparto su situazioni particolarmente critiche tralasciando tutte le altre in attesa, determina che le richieste di pazienti e familiari, che spesso non sanno i motivi del prolungarsi del loro aspettare, si facciano più pressanti proprio nel momento in cui gli operatori, più vulnerabili e reattivi, sono meno propensi ad accettarle ed accoglierle.

Una di noi si avvicina. Uno degli ausiliari, estremamente spazientito ed utilizzando più volte l'espressione "la gente è matta", dice che c'è una signora che sta protestando in modo acceso per i tempi di attesa, lui non riesce più a contenerla: non sa più cosa fare, pensa di chiamare la sicurezza dell'ospedale. Ci avviciniamo insieme alla porta di ingresso del reparto che si apre bruscamente e una signora novantenne, estremamente energica, si intrufola dentro il reparto fermandosi subito dopo: l'ausiliario perde le staffe, comincia ad urlare e a spingerla per rimandarla fuori; poi molla la presa e si avvia, come anticipato, a chiamare la vigilanza.

La signora 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 infantilizzazione per una dipendenza volta a metterla in posizione di regressione (chiamandola subito "nonna" ad esempio). Quando la psicologa si avvicina per parlarle, dice di aver aspettato troppo tempo, molte persone arrivate dopo di lei sono entrate prima, lei non accetta di essere trattata così! Si capisce subito, con queste poche battute, che la criticità con cui il reparto si sta confrontando riguarda, ancora una volta, la comunicazione e la circolazione delle informazioni: la signora, che non si è sentita vista durante un'attesa particolarmente lunga a causa dei codici rossi, non conosce il funzionamento del reparto, si aspetta che si segua un ordine di arrivo e non di gravità.

In pochi attimi arrivano i due vigilantes dell'ospedale, ma la psicologa e la tutor, anch'essa in reparto, propongono di occuparsi loro della situazione, fermandosi lì a sentire cosa la signora ha da dire, a parlare con lei. Le psicologhe consultando il sistema informatico scoprono che il problema per cui è arrivata in reparto riguarda un dolore al ginocchio, registrato con codice bianco, ritenuto non prioritario perché insorto da più giorni. È una di quelle richieste che per il Pronto Soccorso doveva essere rivolta alla medicina di base sul territorio e che, quindi, equivale ad un codice bianco e a lunghi tempi di attesa. Le psicologhe informano la signora di queste prassi, dicendole anche che le visite non seguono il criterio di arrivo ma quello della gravità e che, in particolare, quello era un momento molto critico per il reparto impegnato su due casi di seria urgenza avvicendatisi velocemente tra loro.

Il medico in turno, che ha comunque seguito a distanza il rapporto in corso con la signora, a quel punto la chiama, e ascoltato il suo problema la rimprovera per l'accesso incongruo; mentre le indica il lettino a cui avviarsi per la visita, condivide con gli operatori presenti un'informazione tratta dall'apertura della cartella informatica della signora: in passato è già venuta in reparto, sempre per problemi medici, ma poiché in quell'occasione è stata registrata anche la sua assunzione di farmaci psichiatrici, "è una matta!". Come a dire che i conti tornano.

A partire da questa situazione, che riteniamo clinica perché relativa simbolizzazioni emozionali del rapporto, si può cogliere come si dia per scontato da parte dell'equipe del Pronto Soccorso che pazienti e familiari conoscano a priori il funzionamento del reparto, che colgano il senso delle regole che lo organizzano e che le accettino assumendo una posizione di dipendenza, per il bene di tutti. Quando ciò non succede, con tutta la

---

<sup>5</sup> OSS (operatori sociosanitari) e OTA (operatori tecnici addetti all'assistenza) presenti in cinque unità in ogni turno.

gamma di traduzioni concrete che questo può avere (dalla richiesta ripetuta di informazioni, al conflitto come nel caso resocontato, al comportamento aggressivo di pazienti e familiari), prevale culturalmente l'abitudine a ricorrere a spiegazioni a carico delle singole persone: molto spesso in reparto si dice "quello sta fuori", semplificazione difensiva ancora più facilmente operabile quando la persona in questione rientra in una categoria di devianza, quale il paziente psichiatrico, l'alcolista, il barbone. L'espressione dice anche che "stare fuori" è essere fuori dalla cultura e dalle logiche organizzative dell'ospedale. Quella persona che ignora o non si adegua alle regole interne al reparto, viene velocemente rappresentata come problematica e deficitaria. Abbiamo spesso lavorato in quest'anno mettendo in discussione questa attribuzione implicita ed automatica di senso, parlando con gli operatori e anche con gli utenti. In un nostro precedente contributo (Quaglia & Reale, 2012), abbiamo concettualizzato questa modalità di intervento riguardante operazioni di traduzione di linguaggi come de-reificazione, ovvero il passare dal piano concreto dei fatti ("la signora è una matta!") a quello simbolico del rapporto (la signora dice qualcosa che riguarda il contesto di cui stiamo partecipando). I nostri interventi, centrati appunto su questo passaggio tra linguaggi, sono stati di traduzione e di interpretazione: abbiamo potuto restituire al reparto che quanto stava accadendo rappresentava un atto comunicativo complesso.

Nel caso specifico, abbiamo condiviso con gli operatori come la situazione di essere in attesa in assenza di informazioni possa avere a che fare col vissuto di essere invisibili, in un momento in cui le persone sono già angosciate perché vivono uno stato di bisogno e di allerta. Independentemente dall'effettiva gravità patologica del sintomo portato, chi arriva in Pronto Soccorso, come la signora, attraverso una richiesta di essere curato porta il bisogno di essere visto, accolto, preso in carico, aiutato in una situazione che gli pare di non riuscire a gestire da solo.

In questo senso l'uso della de-reificazione, ovvero non dare per scontato di sapere cosa cerca chi arriva in Pronto Soccorso, ma metterlo in discussione con un obiettivo conoscitivo della domanda portata è stato molto utile. Abbiamo visto utenti del Pronto Soccorso manifestare comportamenti aggressivi e conflittuali nei confronti di una struttura che, abbiamo ipotizzato, delude le loro aspettative e frustra il loro bisogno di trovare prontamente, come dice il nome stesso del reparto, una risposta alla loro richiesta di accoglienza.

Nella situazione resocontata la psicologa è intervenuta attraverso un atto apparentemente molto semplice che proponiamo di considerare come un'azione interpretativa, ovvero di riconoscimento e traduzione delle relative dinamiche di simbolizzazione emozionale, comunicando al reparto nel suo complesso che poteva farsi carico della minaccia che la signora stava costituendo. Di più: ha restituito al reparto l'opportunità di interagire con la signora in un modo differente e più utile rispetto all'aggressività reciproca.

Questo anno di tirocinio ci ha visto lavorare spesso con l'obiettivo di rendere le relazioni meno violente, più attente alle persone. Con il termine violenza<sup>6</sup> facciamo riferimento ad un modo di relazionarsi in cui le aspettative sul nostro interlocutore sono talmente rigide da saturare il campo di interazione: l'unico spazio possibile corrisponde alle proprie attese, che quindi possono essere solo soddisfatte o deluse. Il nostro interlocutore in questo assetto di rapporto non è riconosciuto come portatore di una diversità e non può avere possibilità di esprimerla. Questa ci sembra una modalità violenta nel senso che nel non contemplare la diversità dell'altro si fa come se non esistesse.

Nel caso specifico appena resocontato, ad esempio, violente erano le posizioni sia del reparto che della signora, entrambe caratterizzate dalla logica dell'immediatezza che connota profondamente il Pronto Soccorso: l'uno si aspettava ed ammetteva, a prescindere, solo il completo e veloce adattamento della signora alle sue regole di funzionamento, senza ritenere appunto che queste debbano essere oggetto di informazione; l'altra agiva l'urgenza di essere vista a prescindere, e non considerava di incontrare un Pronto Soccorso diverso da quello di cui sentiva di aver bisogno.

Poter leggere eventi come questo che riguardano il Pronto Soccorso su un piano simbolico e a partire da una posizione più estranea rispetto a chi opera abitualmente in reparto, ha permesso a noi per prime di non corrispondere aggressivamente a provocazioni e pretese, ma di complessificarle e comprenderle, quindi di poter conferire loro un senso non solo di minaccia e pericolo. Spesso abbiamo verificato l'utilità di introdurre degli elementi di comprensione e traduzione su quanto stava accadendo con operatori ed utenti, in primis ipotizzando che parlare con le persone sia un modo per occuparci di rapporti, comunicare che non si è soli nell'esperienza che si sta vivendo e aprire uno spazio di pensabilità e di organizzazione in discorso su quello che si fa.

---

<sup>6</sup> Si tratta di una categoria di recente costruita entro il corso di specializzazione al quale ci siamo formate, a partire da molte delle situazioni in cui noi psicologi ci troviamo ad intervenire nei contesti. L'intervento volto ad una attenuazione della violenza nei rapporti ci sembra connotare in maniera trasversale l'intervento psicologico oggi, soprattutto se pensiamo a setting nuovi dell'intervento.

Quest'ipotesi ha accompagnato e sostenuto il nostro lavoro in Pronto Soccorso in questi mesi e ne leggiamo come prodotti la possibilità di essere coinvolte e consultate da parte del personale di fronte a situazioni in arrivo vissute come problematiche.  
Pensiamo ad esempio ad un'altra situazione.

### *Quale mandato per il Pronto Soccorso?*

Durante un pomeriggio alla stanza del triage bussano degli operatori del 118: capiscono dalla porta vetrata, infatti, che dovranno aspettare qualche minuto poiché l'infermiere triagista è impegnato con un altro paziente. Fanno un cenno ad una di noi, che si trovava lì, e chiedono di poter parlare nel frattempo con qualcuno. Leggono "psicologa" sul camice e si dicono ben contenti di parlarle, visto che "fa proprio al caso loro"<sup>7</sup>! I tre operatori del 118 cominciano a parlare della donna di 86 anni che hanno appena accompagnato in ospedale, la signora Milena; sembrano aver fretta di raccontare la sua storia e desiderio di ricevere conferme rispetto all'utilità delle modalità di relazione instaurate con lei. Sembrano colpiti dalla relazione con lei e disorientati dalla difficoltà a fare una diagnosi differenziale in merito al suo discorso sconnesso e delirante. Si tratta di una situazione psichiatrica o di uno stato di demenza senile? Sarà questo l'interrogativo, introdotto già dagli operatori del 118, a partire dal quale il Pronto Soccorso si relazionerà alla signora durante il tempo della sua presenza in reparto.

Come arriva la signora in Pronto Soccorso? L'idraulico che è intervenuto in casa sua su richiesta dei vicini per una perdita d'acqua, è stato colpito dal suo stato di disorientamento e dalle sue incongruità nel discorso: la signora, infatti, indicava (prima all'idraulico e poi agli ambulanziere) diverse persone che sarebbero state in casa con lei, nonostante i locali fossero completamente vuoti e la signora vivesse da sola. La signora Milena viene registrata al triage come un codice giallo con la dicitura di "stato confusionale"; il medico che la prende in carico chiede una consultazione psichiatrica, ma essendo una di noi presente in reparto e subito occupata nella relazione con la signora, attiva fin da subito la psicologia per un confronto sul suo operare su quel caso.

A partire dal racconto degli operatori del 118, dalle domande fatte in triage e dalla relazione mantenuta con lei durante le due ore di permanenza in reparto, la psicologa si occupa di ricostruire alcune informazioni che riguardano la signora: è una ex maestra elementare, mai sposata, rimasta sola anni fa quando sono morti i suoi genitori in una grande casa in cui viveva con loro. Ha un fratello, deceduto anche lui e dei nipoti che non sente da anni e con i quali non è in buoni rapporti, non ha altri punti di riferimento. Dice di non avere neanche un medico di base, poiché afferma di "averne già uno in casa" (un "vecchio amico" che è una delle presenze che vivrebbero con lei) e di non aver per questo bisogno di rivolgersi all'esterno.

La psicologa restituisce al Pronto Soccorso la storia della signora dentro una lettura simbolica della sua situazione di solitudine: le presenze in casa (che chiama "fantasmi") arrivano come riempimento del vuoto angoscioso della solitudine. La signora Milena parla di "amiche" per le quali cucina e delle quali si occupa, forse prolungando così nella sua fantasia la funzione di accudimento che ha avuto per i suoi genitori; nomina anche una famiglia di rom che vivrebbe con lei, rispetto alla quale ha spunti persecutori: dichiara di essere "ormai in amicizia" con loro, dopo diversi anni di "guerra" esitati anche in uno sparo di pistola da parte loro, che la avrebbe colpita alla fronte anni fa.

Questi spunti deliranti e il racconto di presenze e visioni allucinatorie pongono al reparto, coerentemente con il suo mandato, una questione diagnostica: si tratta di un quadro psichiatrico o dello stato confusionale relativo ad una demenza senile? Per questo il medico che prende in carico il caso chiede una consultazione psichiatrica, che attraverso un colloquio porta alla diagnosi di demenza, alla somministrazione di Risperdal, infine alla dimissione con l'invito a "rivolgersi a servizi specialistici".

Qual è stato l'intervento della psicologa in questo caso? La psicologa ha accompagnato la signora durante la sua permanenza in reparto, accogliendo la sua storia e il suo disorientamento, aiutandola a comprendere cosa stesse accadendo. Dall'altro lato ha anche potuto facilitare le comunicazioni tra medico e la signora e permettere al medico uno spazio di pensiero su quella particolare situazione che probabilmente non lo allarmava solo da un punto di vista tecnico-specialistico, ma che chiamava anche lui come gli altri operatori (a partire dagli operatori del 118) ad un particolare coinvolgimento emotivo. Occuparci di questa situazione

---

<sup>7</sup> Durante la nostra esperienza di tirocinio ci è capitato molto spesso di essere interpellate dagli operatori del 118, una funzione di grande complessità e che abbiamo trattato assumendo anche in questo caso un punto di vista centrato sul rapporto: tra loro e il Pronto Soccorso. Gli interventi con gli operatori del 118 ci sembrano inoltre confermare quell'assetto da setting diffuso che caratterizza l'intervento psicologico nell'emergenza, e che riprenderemo più avanti.

ha lasciato in noi un'emozione di vicinanza con la signora ed anche una grande frustrazione e impotenza, che abbiamo pensata in relazione alla cultura del contesto. Nel nostro anno di tirocinio, infatti, abbiamo incontrato e provato spesso queste emozioni, soprattutto in quelle situazioni di emarginazione e di disagio sociale che, come abbiamo già avuto modo di concettualizzare, arrivano in Pronto Soccorso con una richiesta di rapporto fondata sul prendersi cura. Facciamo qui riferimento alla formulazione di Franco Fornari relativamente alla differenza tra il curare il "male altro" di cui il paziente è portatore e il prendersi cura del suo "bene proprio" (Fornari, 1976). Abbiamo avuto modo di cogliere che nelle rappresentazioni degli utenti il Pronto Soccorso è il luogo in cui qualcuno si prende cura di te, immediatamente, un luogo sempre aperto, facilmente raggiungibile, dove trovare qualcuno che prima di tutto ti vede.

Con queste aspettative spesso arrivano quelle che gli operatori chiamano domande incongrue, ovvero persone che presentano una sintomatologia curabile dalla medicina di base, hanno patologie psichiatriche non acute, non hanno sintomatologia fisiologica ma vivono problematiche di tipo sociale (emarginati, alcolizzati, senza tetto). Domande ritenute impertinenti evidentemente rispetto al mandato del Pronto Soccorso che dovrebbe occuparsi di emergenze, stabilizzazione delle funzioni vitali, traumi di varia natura.

Queste situazioni possono essere lette su un piano organizzativo: la crisi e l'attuale riorganizzazione del sistema sanitario, compresa la capacità recettiva critica dei servizi del territorio, impatta in maniera specifica sul Pronto Soccorso, che si ritrova ad occuparsi di problemi che riguarderebbero per mandato altri servizi sul territorio. Se assumiamo però su tali processi anche una lettura simbolica, possiamo ipotizzare che questa incongruità degli accessi faccia esplodere in maniera più evidente una rappresentazione delle funzioni del curare e del prendersi cura come separate. Ipotizziamo che in questi casi la frustrazione e l'aggressività degli operatori dipenda anche dal vissuto di essere soli e non avere strumenti a disposizione.

La non corrispondenza di aspettative tra operatori, che connotano la loro funzione in rapporto all'urgenza e all'emergenza, e utenti, che a volte utilizzano il Pronto Soccorso bypassando altri servizi del SSN, ci sembra essere legata ad una serie di attese magiche, in entrambi gli attori, che vanno in cortocircuito generando un incontro violento nella formulazione che ne abbiamo dato più sopra.

A partire da queste letture cominciamo a pensare che una funzione possibile della psicologia in ospedale possa concernere il proporre alternative alla modalità conflittuale ed ostile di interazione tra operatori e utenti del servizio.

### *Comunicare in Pronto Soccorso come intervento clinico sugli aspetti simbolici*

Arriva in triage, mentre una di noi è presente in turno, una giovanissima donna accompagnata dal compagno e dal loro bimbo, visibilmente scossa. Dice di essere stata chiamata dalla polizia che l'ha invitata ad andare al Pronto Soccorso per fare il riconoscimento del corpo di una persona deceduta, che la polizia sospetta si tratti del padre (a partire da alcuni biglietti trovati tra i suoi affetti personali, tra cui il numero di telefono della donna).

L'infermiere triagista accede al sistema informatico che registra il flusso degli accessi: non trova nessuna traccia del caso in questione, anche utilizzando diversi criteri di ricerca; congeda la donna, dicendo che non sa come esserle utile; proprio in quel momento raggiunge il triage un altro infermiere, che invece riconosce la situazione: l'episodio dell'uomo, arrivato già deceduto in ospedale, che risale ad un paio di giorni prima, proprio mentre lui era in turno. L'indicazione data alla giovane donna, a quel punto, è di rivolgersi alla camera mortuaria dell'ospedale e di chiedere lì.

L'ospedale in cui interveniamo è un antico ospedale: la camera mortuaria si trova nella parte più antica e si sviluppa in una sorta di labirinto di vicoli; avendo in mente un obiettivo di orientamento non solo concreto ma soprattutto emozionale, la psicologa si propone di accompagnarla. Si tratta, in particolare, di un obiettivo di orientamento nel qui e ora e nel rapporto con la struttura rispetto all'evento, emozionalmente connotato, per cui la giovane donna si trovava lì; riconosciamo anche questa come una domanda che arriva al Pronto Soccorso e su cui la psicologia può dare un contributo.

Nei pochi minuti di tragitto la psicologa chiede alla donna del contatto avuto con la polizia, nell'idea che sia un ancoraggio per comunicare con lei in merito a come è arrivata lì e alle sue emozioni. Quella dice poche parole, si commuove, e racconta di come questo fosse un "evento prevedibile": il padre viveva per strada e aveva problemi di alcool, la madre "aveva fatto la stessa fine" qualche anno prima. Il vissuto che la donna esprime viene collegato dalla psicologa alla solitudine: erano almeno cinque anni che non aveva contatti con il padre, in più i suoi fratelli sono al momento fuori Roma e tocca a lei "prendersi la responsabilità di occuparsi di questo riconoscimento", così come era successo per la madre anni prima.

Mentre vengono percorsi gli stretti passaggi e i cortili dell'ospedale la psicologa dice dove si trovano e fa lo stesso all'arrivo nella camera mortuaria, sita in un seminterrato a cui si accede attraverso un tunnel lungo e

buio, in discesa. Si tratta di un ingresso che può evocare un'emozione di angoscia e di questo la donna parla alla psicologa, decidendo di lasciare marito e figlio ad aspettare fuori.

Sono le 18,00 e l'area è completamente vuota: c'è una agenzia esterna che si occupa di questo servizio, ma dalle 17,30 l'ufficio è chiuso. Seguendo un'ipotesi circa il funzionamento ospedaliero centrato sull'autoreferenzialità, che determina un implodere nelle proprie logiche mettendo a carico dell'utente la fatica di orientarsi, la psicologa fa sedere la signora e si occupa di cercare informazioni: introvabili. Percorre lunghi corridoi, chiede a qualsiasi operatore: viene inviata a diversi uffici ma nessuno sembra sapere niente di questo corpo che aspetta di essere identificato e di dove sia.

Al ritorno al Pronto Soccorso, la tirocinante chiama la tutor e insieme, con gran fatica, accedono alle informazioni presenti sul sistema operativo. Ma soprattutto parlando con medici e operatori del reparto riescono a sapere qualcosa. La donna vuole sapere come è morto il padre, da quanto tempo, dove è stato trovato, se aveva delle cose con sé – soprattutto un'agenda su cui scriveva sempre – che lei vorrebbe avere. Nel reparto si organizza una difesa di queste informazioni legata ad aspetti di responsabilità medico legali: non si può dire nulla a questa donna, perché “se poi non si tratta davvero del padre?”. Il criterio tutto interno al reparto del “non diciamole niente, non esponiamoci”, prioritario nel vissuto degli operatori rispetto ad altre possibili connotazioni dei loro rapporti con l'utenza, e al riconoscimento della complessità di alcune situazioni. Tirocinante e tutor provano a problematizzare questa posizione con gli operatori con cui si stanno confrontando, de-reificandola e de-concretizzandola rispetto ad essere vissuta come un fatto senza alcuna connotazione emozionale da parte loro, su cui non c'è nulla da aggiungere.

Intervenendo per una mediazione tra la giovane donna e il reparto, la psicologa ha la sensazione che la funzione psicologica anche questa volta si stia esprimendo in rapporto alla cultura delle informazioni: in particolare ci sembra che questo caso consenta di riconoscere come occuparsi della comunicazione significhi fare un intervento clinico, che accoglie l'emozione delle persone intorno agli eventi che li portano in Pronto Soccorso.

Tirocinante e tutor tornano a parlare con la donna, passando alcune informazioni organizzative e costruendo uno spazio di accoglimento delle sue fantasie, di ascolto di cosa aveva da dire: la donna ha così modo di esprimere un'angoscia, legata al percepire che dipende da lei e dall'incisività che mostra nel relazionarsi con la struttura quello che configura come un passaggio decisivo: che il padre “venga seppellito e trovi pace”.

Vogliamo fermarci su un aspetto messo particolarmente in evidenza da questo caso: il vissuto del reparto di sentirsi esposto a rischi e minacce, che spesso diventa criterio prioritario nell'organizzazione del suo rapporto con l'utenza. Collegiamo questo a quanto dalla letteratura (Carli, 2012)<sup>8</sup> viene indicato come medicina difensiva, ovvero quella riorganizzazione del rapporto tra gli operatori sanitari e chi accede all'ospedale fondato sul rappresentare simbolicamente il “paziente e i suoi familiari come il ‘nemico’ pronto a confrontarlo con le sue responsabilità, anche legali.” (Carli, 2012, p. 9)

In Pronto Soccorso, durante il nostro anno di tirocinio, abbiamo visto come nel vissuto degli operatori sia particolarmente presente la rappresentazione dell'utente come nemico, in particolar modo nel triage. Molto spesso gli infermieri ci hanno parlato di difficoltà specifiche nell'occuparsi di questa funzione che rappresenta il primo spazio di accoglienza; è lì che ci si sente particolarmente esposti, tanto che ci sono infermieri che hanno scelto di non svolgerla mai, da anni. Le principali paure di cui ci hanno parlato i triagisti sono legate alla responsabilità e agli aspetti medico legali, da un lato connesse al rischio di errori che si sente di correre quando ci si occupa di valutazioni relative all'urgenza e alla gravità da cui dipendono tempi e modalità di presa in carico del problema; dall'altro paure legate al sentirsi personalmente destinatari di recriminazioni conflittuali e di proteste di pazienti e familiari.

Quella del triage, inoltre, è una posizione in cui ci si sente esposti a conflitti anche rispetto alle logiche organizzative interne al reparto: la valutazione sintomatologica e la relativa attribuzione del codice di gravità, infatti, si completano con la decisione del triagista rispetto all'invio ad uno dei medici in reparto, quello di maggior pertinenza: medico internista, chirurgo o ortopedico. Ci sono situazioni in cui questa operazione non pone perplessità, ma molto spesso i problemi o i traumi con i quali le persone arrivano sono complessi e necessitano di un intervento pluri-specialistico: in questi casi l'invio si fa più complicato, anche perché l'attribuzione di un caso ritenuta “impropria” si associa ad accese conflittualità interne tra operatori, che ipotizziamo ancora una volta legate alle dinamiche di potere e di definizione di confini specialistici proprie del contesto, e di cui l'infermiere triagista si sente capro espiatorio.

---

<sup>8</sup> In questo articolo l'Autore mette in rapporto la nascita della medicina difensiva con il cambiamento che ha interessato il rapporto tra malato e sistema sanitario negli anni '70: il malato diventa cittadino, non più una persona dipendente e amica, e il potere medico viene messo in discussione. “Tutto questo viene percepito dalla sanità come una minaccia, non come un riscontro” (Carli, 2012, p. 9).

In Pronto Soccorso, quindi, abbiamo appreso in questo anno come questo vissuto di esposizione, rischio e minaccia degli operatori sanitari si organizza attraverso una duplice fonte di pressione: sia in riferimento all'utente che accede da fuori al reparto, che in riferimento a logiche relazionali interne. Abbiamo spesso lavorato con gli operatori per costruire setting e occasioni in cui, a partire da specifiche situazioni e relazioni critiche, questi aspetti potessero essere riconosciuti, pensati e parlati.

### ***L'intervento psicologico in Pronto Soccorso come una funzione integrativa***

Vogliamo qui riprendere, in modo più unitario e sintetico, alcuni aspetti di modello e di metodo dell'intervento psicologico in Pronto Soccorso, costruiti attraverso la nostra esperienza di tirocinio. Ci aiutano le situazioni cliniche che abbiamo resocontato, esemplificative dei problemi secondo noi attuali del Pronto Soccorso, che rappresentano sempre momenti di criticità nel rapporto tra il reparto e i suoi utenti (pazienti o familiari): generalmente la crisi riguarda le reciproche rappresentazioni del rapporto, che quando non possono essere scontatamente e velocemente agite fanno saltare un patto collusivo che regge il funzionamento del servizio.

Su tali crisi come può intervenire la psicologia?

Nella nostra esperienza di tirocinio in Pronto Soccorso crediamo di aver rappresentato una qualche forma di utile discontinuità: invece che proporre un intervento prima ancora che ci fosse una domanda, abbiamo costruito le condizioni perché essa potesse esprimersi, e proposto la nostra funzione come sufficientemente estranea rispetto alle modalità abituali per riconoscere, rendere visibili, intercettare i problemi specifici di quel reparto specifico. In altri termini ci siamo mosse costruendo alternative alla fantasia presente nel contesto ospedaliero che la psicologia si occupi solo di problemi psicologici dell'individuo (ansia, risposte inadeguate a traumi o aggressioni o lutti, problematiche psichiatriche, etc), e che rappresenti un sapere tecnico specialistico che può essere attivato con l'abituale sistema di richiesta di consulenze esterne.

Piuttosto abbiamo parlato con i nostri interlocutori per capire con loro quali esigenze sentivano di avere rispetto al proprio lavoro e nel rapporto con i propri pazienti e utenti, che problemi li riguardassero, e come potevamo essere utili. Pensiamo che aver proposto di costruire insieme agli operatori un intervento sulla base di obiettivi condivisi sia stato un momento fondamentale nel nostro tirocinio, che ha rappresentato la rinuncia a perseguire il potere della tecnicità, per promuovere una funzione differente, integrata e al servizio degli obiettivi del reparto.

Abbiamo quindi lavorato all'interno del reparto insieme agli altri operatori, con l'obiettivo di facilitare la comunicazione, la realizzazione del mandato del reparto e l'accoglienza nella complessità delle sue componenti, anche promuovendo competenze già presenti in qualche misura negli operatori.

A partire dalla nostra esperienza, quindi, pensiamo che l'intervento psicologico in Pronto Soccorso può svilupparsi nei termini di una funzione che Carli e Panizza (2003) hanno chiamato integrativa, in alternativa ad una funzione sostitutiva. Piuttosto che lavorare sostituendo competenze mancanti nel Pronto Soccorso, senza che il reparto contribuisse attivamente del contesto, abbiamo utilizzato le nostre competenze per integrare quelle esistenti, partecipando agli obiettivi: perseguendone e concordandoli insieme.

Intervenire in questa logica, prendendo parte alle funzioni di accoglienza del Pronto Soccorso, significa per la psicologia poter costruire spazi di sospensione dell'agito e di confronto con i vari interlocutori del contesto, pur operando all'interno dell'agire organizzativo del reparto.

Nello svolgimento di questo scritto abbiamo già fatto riferimento a diversi strumenti e metodi di lavoro che abbiamo utilizzato per interpretare questa funzione nella nostra esperienza specifica, come ad esempio la de-reificazione e la resocontazione. In rapporto all'intervento che attivi una modalità di funzione integrativa riteniamo che lo strumento fondamentale sia rappresentato dall'usare un setting di lavoro che riteniamo "interno" invece che poggiato su caratteristiche dello spazio e del tempo: in Pronto Soccorso abbiamo spesso parlato con operatori ed utenti in spazi e tempi non dedicati come avviene in setting psicoterapeutici tradizionali, ma abbiamo rintracciato una preziosa utilità nel tenere a mente che tipo di funzione stavamo svolgendo per il reparto e con quali obiettivi, sempre a partire dalle domande che ci venivano rivolte. Questo modalità ha rappresentato per noi una delimitazione dello spazio di lavoro e ha contribuito alla costruzione di criteri ad intervenire.

### ***Conclusioni***

In occasione di un nostro precedente contributo (2012) in un'altra fase del tirocinio in Pronto Soccorso, ci ponevamo l'interrogativo: può la psicologia partecipare alle attività di accoglienza di un Pronto Soccorso? Cercavamo allora di formulare alcune prime categorizzazioni della nostra esperienza.

Ci sembra ora di aver potuto riutilizzare ed ampliare quelle categorie, centrando la nostra proposta su una funzione integrativa della psicologia in Pronto Soccorso.

Sentiamo di aver lavorato per un anno sui problemi di rapporto e di comunicazione tra il Pronto Soccorso e i suoi utenti, aprendo su questo spazi di parola e di pensabilità con i nostri interlocutori: operatori, pazienti, famigliari.

Questa possibilità di una funzione psicologica integrata con l'agire organizzativo, nel nostro caso sperimentata in Ospedale, riteniamo possa essere un modello di intervento applicabile in altre organizzazioni e importante anche per veicolare una nuova cultura della professione.

## Bibliografia

Carli, R. (2007). Notazioni sul resoconto [Notes on the report]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 2, 186-206. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>

Carli, R. (2012). Il tirocinio in Ospedale [Hospital traineeship]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 3-20. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>

Fornari, F. (1976). *Simbolo e codice: Dal processo psicoanalitico all'analisi istituzionale* [Symbol and codex: From psychoanalytical process to institutional analysis]. Milano: Feltrinelli.

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 [The traineeship in the ER: looking at the relationship between clients and structure. An intervention under construction in a context without tradition of psychological function]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 27-33. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>