

Editorial

Renzo Carli*

* Past Full Professor of Clinical Psychology at the faculty of Psychology 1 of the University “Sapienza” in Rome, Member of the Italian Psychoanalytic Society and of the International Psychoanalytical Association, Director of *Rivista di Psicologia Clinica* (Journal of Clinical Psychology) and of *Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica* (Cahiers of the Journal of Clinical Psychology), Director of the Specializing Course in Psychoanalytic Psychoterapy – Psychological Clinical Intervention and Analysis of Demand.

Carli, R. (2015). Editorial. *Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 1-4. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it/Quaderni>

Editoriale

*Renzo Carli**

* Già professore ordinario di Psicologia clinica presso la Facoltà di Psicologia1 dell'Università "Sapienza" di Roma, membro della Società Psicoanalitica Italiana e dell'International Psychoanalytical Association. Editor-in-chief della *Rivista di Psicologia Clinica* e dei *Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica*; Direttore della Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Psicoanalitica-Intervento psicologico clinico e analisi della domanda.

Carli, R. (2015). Editoriale [Editorial]. *Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica, 1*, 1-4. Retrieved from <http://rivistadipsicologiaclinica.it/Quaderni>

Dopo la laurea in Medicina e l'esame di Stato, ho passato due estati supplendo un medico condotto, sul lago di Garda. La condotta comprendeva un'area del lago attorno a Brenzone e serviva anche molti paesini sulle pendici del monte Baldo.

La mia giornata prevedeva il pomeriggio in ambulatorio; il mattino, di buon'ora, andavo nei paesini della condotta dove, accanto alla farmacia o al droghiere, c'erano delle cassetine simili a quelle della posta: al loro interno trovavo dei semplici bigliettini con le richieste di visita medica. Nome, strada e, qualche volta ma non spesso, il motivo della richiesta. Queste visite domiciliari erano per me, giovane allievo della scuola di specializzazione in Psicologia Clinica alla Cattolica di Milano, molto interessanti. Al momento della "visita" i familiari uscivano dalla stanza del malato, ove rimaneva, assieme al medico e al malato, la persona più vicina al malato stesso, un genitore, il coniuge, un figlio. Dopo la visita, parlavo a lungo con le persone, il malato ma anche i suoi familiari, mi informavo sulla storia clinica, sul "vissuto" di malattia, ma anche sulla storia familiare; si trattava sovente di persone anziane, con i figli emigrati in paesi lontani, persone povere, dalla vita frugale ma interessante; persone che non capivano, ad esempio, il progressivo aumento del turismo in un luogo, la parte nord del lago di Garda, che gli abitanti non apprezzavano nella sua attrattività. Ma anche persone che volevano parlare di politica, delle novità tecnologiche – la televisione era ai suoi primi anni di vita – delle vicende che caratterizzavano la grande città, il teatro, il cinema, ma anche la vita religiosa, il traffico, l'andamento economico di un paese in via di sviluppo.

Insomma, l'andare a casa dei malati, il parlare con l'intero gruppo familiare che si raccoglieva compatto all'arrivo del medico, l'ascoltare – disponibile – le loro preoccupazioni, il prestare le prime cure e l'impostare la terapia giustificandola con i familiari, spesso il rassicurare le persone circa le loro fantasie pessimiste, tutto questo rappresentava una funzione importante per gli abitanti della condotta. All'ambulatorio venivano alcuni casi acuti, spesso i turisti dei campeggi siti entro il territorio della condotta. Gli abitanti si attendevano la visita domiciliare, un rapporto diretto e confidenziale con il medico.

Oggi, a distanza di cinquant'anni, le cose sono molto cambiate.

I medici vanno sempre più raramente a casa dei malati; i luoghi di assistenza medica sono circoscritti al contesto sanitario: ospedali, ambulatori, più recentemente case della salute¹. Sembra che i medici, e più in generale il personale sanitario, vogliano operare solo entro organizzazioni e luoghi specifici, evitando il più possibile il contatto domiciliare, la relazione con i malati entro la loro casa, entro il rapporto con il gruppo familiare.

Perché?

La presenza domiciliare del medico lo costringe a quell'interesse per la soggettività del malato, all'interno del suo gruppo familiare, che il contesto sanitario può espellere, drasticamente. Basta dare anche solo un'occhiata ai sistemi sanitari per cogliere quanto siano attrezzati in questa espulsione della soggettività del malato; soggettività che non trova alcuno spazio d'espressione e di accoglienza. Sembra che l'operato medico, sempre più tecnicizzato e parcellizzato in differenti specialismi, viva come un disturbo la partecipazione soggettiva, emozionale del malato alle decisioni e alla prassi sanitaria, nella loro interezza.

Un tempo la soggettività veniva "controllata" tramite la dipendenza passiva e acritica del malato; oggi vengono attivate iniziative di medicina difensiva, ma al contempo sono fortemente ridotte le occasioni di rapporto interpersonale tra medico e paziente. La situazione attuale del sistema sanitario allontana sempre

¹ "La Casa della salute è da intendersi come la sede pubblica dove trovano collocazione, in uno stesso spazio fisico, i servizi territoriali che erogano prestazioni sanitarie, ivi compresi gli ambulatori di Medicina Generale e Specialistica ambulatoriale, e sociali per una determinata e programmata porzione di popolazione. In essa si realizza la prevenzione per tutto l'arco della vita e la comunità locale si organizza per la promozione della salute e del ben-essere sociale.

...

La Casa della salute è una sede fisica e insieme un centro attivo e dinamico della comunità locale per la salute e il benessere che raccoglie la domanda dei cittadini e organizza la risposta nelle forme e nei luoghi più appropriati, nell'unità di spazio e di tempo."

Interessante notare come, nelle due definizioni riportate, si ponga l'accento sulla "fisicità" dello spazio "casa della salute", luogo deputato al funzionamento dei servizi sanitari territoriali. Un ennesimo *luogo altro* nel quale il cittadino "deve" andare per ottenere assistenza sanitaria. Per maggiori informazioni si può consultare il sito del Ministero della Salute: <http://www.salute.gov.it/portale/home.html>, sito dal quale è tratta la citazione.

più le persone da chi si occupa delle loro malattie e colora di sfiducia la relazione tra i malati e il sistema sanitario stesso.

L'arroccarsi dei medici e del personale sanitario avviene entro strutture che dettano precise e inderogabili regole agli utenti, che pongono barriere tra i medici e i malati; barriere superabili solo quando il medico lo decide e nelle modalità prefissate dalle esigenze sanitarie, senza alcuna attenzione ai problemi dei malati, alla loro insicurezza, alla loro ansietà, al bisogno di essere informati e tempestivamente rassicurati circa l'importanza della loro presenza e della loro emozionalità, per chi si prenderà cura di loro, tutto questo rende tecnicamente efficace ma soggettivamente ostile, ai malati, il sistema sanitario stesso. L'assistenza domiciliare è, sì, presente nella prassi medica, ma concerne ormai soltanto i malati terminali, quei malati che – per differenti ragioni – il sistema sanitario vuole che muoiano al di fuori dell'ospedale, nell'hospice o a casa loro. Un'assistenza domiciliare che, nelle attuali condizioni di precarietà caratterizzanti una parte importante della popolazione, avrebbe un senso per finalità di integrazione sociale e culturale, oltre che per l'assistenza sanitaria *sensu stricto*.

Il sistema sanitario, in sintesi, ha di molto aumentato la sua efficienza tecnica, ha raffinato il processo diagnostico e reso più efficaci le iniziative terapeutiche. Tutto questo, d'altro canto, ha penalizzato la dimensione interpersonale della relazione tra medico e paziente.

Spesso si afferma che la cultura dei pazienti è cambiata, che le persone del mondo d'oggi sono sempre meno disposte a vivere la dipendenza acritica dal medico, che tutto questo ha comportato proteste, denunce, indicando nel personale sanitario la necessità di difendersi, di prendere precauzioni, di anticipare possibili proteste da parte dei malati. C'è da chiedersi quanto, questo cambiamento nella dipendenza dei malati dal medico, sia il frutto di un cambiamento culturale nelle persone, o quanto sia anche il risultato prevedibile di una sempre minore attenzione del personale sanitario alla soggettività del malato e dei suoi familiari.

Il recupero della soggettività di chi si rivolge al sistema sanitario, d'altro canto, non può essere attesa dal sistema sanitario, così come è strutturato attualmente. L'eccessivo tecnicismo impedisce tutto questo, confligge con le attese di una medicina più "umanizzata". Questo è un compito che spetta agli psicologi, se gli psicologi volessero occuparsene, portando la loro competenza psicologica entro il sistema sanitario. La loro competenza psicologica, non quella competenza psicoterapeutica che pone gli psicologi stessi in competitività con gli psichiatri e che toglie loro ogni specificità utile e insostituibile.

È nell'ambito dell'assistenza domiciliare, adeguatamente potenziata, che andrebbe collocata la presenza dello psicologo a fianco del medico e dell'infermiere. Uno psicologo clinico, capace di integrare il suo lavoro con quello medico e infermieristico; capace di stabilire un rapporto con il gruppo familiare e col malato, capace di ascoltare e intervenire promuovendo un pensiero sulle emozioni espresse entro la relazione sanitaria. Uno psicologo capace di informare, di funzionare da tramite tra le fantasie del gruppo familiare e le prescrizioni sanitarie.

Una funzione molto simile a quella che lo psicologo clinico può rivestire nelle strutture sanitarie ove la soggettività dei pazienti mostra una maggior urgenza di presa in carico: il pronto soccorso, il reparto di neonatologia, il reparto di oncologia.

La presenza psicologica entro il sistema sanitario va completamente ripensata.

I *Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica*, sono interessati ad un confronto sul tema: invitiamo studiosi italiani e ambiti disciplinari diversi a parteciparne sia attraverso contributi teorici che ricerche, note di metodologia o esperienze di intervento.