

Psicologia clinica e Ospedale - Introduzione al tema

Renzo Carli*

Abstract

La tematica proposta è più volte stata trattata dall'Autore: i limiti del sistema e dell'agire sanitario. Il sapere, medico e la cultura sanitaria ignorano la soggettività di chi vive la relazione di cura medica; la soggettività non essendo di pertinenza della scienza medica. L'Autore a partire da queste considerazioni pone l'attenzione sulla relazione tra sistema sanitario e pazienti, ma anche tra sistema sanitario e sistema sociale (pazienti, familiari e contesto dei pazienti). Viene proposta una lettura psicologico clinica dello stato attuale del sistema sanitario e dell'ospedale quale organizzazione che presiede all'agire medico e vengono individuati e discussi gli eventi critici che hanno determinato gli attuali mutamenti della cultura caratterizzante la relazione tra cittadini e area medica.

Parole chiave: ospedale, intervento psicologico clinico, diagnosi, analisi della domanda, relazione medico-paziente.

Una premessa necessaria

La prassi psicologico clinica si fonda su due modi di procedere tra loro inconciliabili, anche se entrambi legittimi:

- la cura di forme psicopatologiche, denominate spesso *disturbi mentali*, diagnosticate dallo psicologo clinico;
- l'intervento volto a trattare i problemi di chi si rivolge allo psicologo clinico; l'intervento psicologico clinico si basa sull'analisi della domanda con cui la problematica viene posta - da singoli, gruppi o organizzazioni - allo psicologo.

La cura è fondata sulla diagnosi di una specifica forma psicopatologica, o se si vuole di uno specifico disturbo mentale.

L'analisi della domanda implica l'interesse dello psicologo clinico per la problematica che gli viene proposta nella relazione di domanda.

La psicopatologia comporta la riconduzione di ogni emozione, comportamento, relazione dell'individuo a specifici e definiti repertori di "disturbi mentali". Il più noto e diffuso, tra questi repertori, è il DSM IV. In questo manuale diagnostico, il *disturbo mentale* è così definito:

Ogni disturbo mentale è concettualizzato come una sindrome o un modello comportamentale o psicologico clinicamente significativo, che si presenta in un individuo, ed è associato a disagio (es. un sintomo algico), a disabilità (es. compromissione in una o più aree importanti del funzionamento), ad un aumento significativo del rischio di morte, di dolore o di disabilità, o a un'importante limitazione della libertà. In più questa sindrome o quadro non deve rappresentare semplicemente una risposta attesa o culturalmente sancita ad un particolare evento, ad esempio la morte di una persona amata. Qualunque sia la causa, esso deve essere al momento considerato la manifestazione di una disfunzione comportamentale, psicologica o biologica dell'individuo. Non rappresentano disturbi mentali un comportamento deviante (es. politico, religioso o sessuale), né conflitti sorti principalmente tra l'individuo e la

* Già professore ordinario di Psicologia clinica presso la Facoltà di Psicologia 1 dell'Università "Sapienza" di Roma, membro della Società Psicoanalitica Italiana e dell'International Psychoanalytical Association. Direttore della Rivista di Psicologia Clinica e della Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Psicoanalitica – Intervento psicologico clinico e analisi della domanda.

società, a meno che la devianza o il conflitto siano il sintomo di una disfunzione dell'individuo, come descritto sopra.

Un comune equivoco è che la classificazione dei disturbi mentali classifichi le persone, mentre in realtà ciò che viene classificato sono i disturbi che le persone hanno. Per questa ragione il testo del DSM-IV (come quello del DSM-III-R) evita l'uso di espressioni come “uno schizofrenico” o “un alcolista”, e utilizza invece il più accurato, ma certamente più scomodo “un individuo con Schizofrenia” oppure “un individuo con Dipendenza Alcolica” (1999, p. 4).

Come si vede, l'opzione psicologico clinica fondata sulla diagnosi e la terapia è orientata, senza alcun dubbio, all'individuo e ai suoi disturbi. Interessante notare come questi disturbi siano necessariamente del solo individuo, non possano, quindi, essere attribuiti a relazioni tra l'individuo e il sistema sociale, nelle sue più disparate manifestazioni.

Se consideriamo, di contro, i problemi che possono essere posti con la domanda rivolta allo psicologo, la relazione tra individuo e contesto è, sistematicamente, alla base del vissuto caratterizzante il problema stesso. Non solo.

Se si considera la diagnosi, si può notare come il disturbo possa essere rilevato e classificato indipendentemente dalla domanda che l'individuo rivolge allo psicologo, in questo caso identificato con lo psichiatra, quindi con il medico che si occupa di disturbi mentali.

Nell'intervento fondato sull'analisi della domanda, di contro, il problema, che concerne - come abbiamo detto - la relazione tra individuo e contesto sociale, può essere posto da qualsiasi componente del “sistema individuo-contesto”, sia essa un individuo come un gruppo sociale, un responsabile di una struttura organizzativa, l'insieme delle persone che ricoprono specifici ruoli entro l'organizzazione.

Nel caso della diagnosi, inoltre, la relazione tra disturbo e cura è altamente problematica. Non si tratta, infatti della diagnosi eziopatogenetica, e la cura non può quindi seguire le linee della classica terapia medica, dove è quasi sempre molto stretto il rapporto causa-effetto tra diagnosi e presidio terapeutico, ad esempio farmacologico o chirurgico.

Ma non è questo il tema che intendo trattare in queste riflessioni.

E' per me importante, in questa linea di pensiero, osservare come il problema che viene proposto allo psicologo clinico possa essere della natura più varia: si tratta di problemi che spaziano in ambiti ben più ampi di quelli enunciati dalla definizione di disturbo mentale ora citato, e ristretti a “disagio” (identificato con il dolore), “disabilità” (identificata come compromissione del funzionamento), rischio di morte o limitazione della libertà. La vaghezza di queste impacciate tracce di individuazione del disturbo, fanno capire come sia difficile definire un problema psichico quando lo si voglia restringere all'individuo, al suo funzionamento mentale, escludendo dal disturbo la relazione col contesto.

E' anche importante sottolineare come i problemi posti allo psicologo clinico possano concernere letture molto diverse di una situazione organizzativa, di un contesto sociale. Quando il senso comune cerca di individuare le cause di un problema, lo fa a partire da pregiudizi e da stereotipi conformisti (Carli & Paniccchia, 2012). Abbiamo definito il senso comune come un sistema culturale, quindi collusivo, capace di prescrivere le emozioni “corrette” che gli eventi del contesto “debbono” evocare; ne deriva che il senso comune può indurre specifici comportamenti conformisti, coerenti con tali emozioni prescritte. Vedremo che questa sequenza emozioni – comportamenti, dettata dal senso comune, ha retto per secoli la relazione medico-paziente entro il sistema sanitario.

La *funzione di analisi della domanda*, di conseguenza, può essere descritta quale relazione entro la quale è possibile:

- *analizzare* l'influenza del senso comune sui modelli rappresentazionali di chi pone la domanda;
- *modificare* le simbolizzazioni affettive con le quali vengono costruiti gli eventi;
- *pensare* i vissuti, altrimenti agiti entro l'esperienza, da parte delle singole persone, delle componenti organizzative, delle gerarchie o dei differenti raggruppamenti sociali, in rapporto al contesto entro il quale viene posta la domanda.

Ricordiamo, al proposito, che l'analisi della domanda è un modello di intervento psicologico clinico, capace di sostituire l'agito emozionale con l'azione conseguente al pensare emozioni. Va sottolineato che il “pensare emozioni”, in particolare il pensare le emozioni collusive che fondano le culture locali

delle organizzazioni sanitarie, è in forte contrasto con le prescrizioni del senso comune. Si pensi, ad esempio, alla relazione tra paziente e sistema sanitario ospedaliero. Il senso comune prescrive, nel paziente, emozioni di affidamento passivo e acritico al sistema sanitario; a questo insieme di emozioni prescritte consegue un comportamento conformista che prevede passività obbediente del paziente, accettazione silente delle iniziative, delle azioni che il sistema sanitario prevede nei suoi confronti. A questa dimensione del senso comune, negli ultimi decenni, si è sostituita o affiancata una modalità conflittuale, critica, dei familiari e dei pazienti¹ nei confronti del sistema sanitario, che ha comportato come problematica conseguenza una tutela del sistema sanitario conosciuta come medicina difensiva. La prima e la seconda di queste situazioni, d'altro canto, la passività o il conflitto, sono agiti di emozioni non pensate, sia da parte dei pazienti che da parte dei medici o del sistema sanitario più in generale. Pensare emozioni, in tale dinamica complessa di relazioni, può esitare in una implementazione delle relazioni di informazione. Ma su questo torneremo tra breve.

I limiti del sapere medico e dell'agire sanitario

Più volte abbiamo ripreso le parole di Fornari (1976), a proposito delle due funzioni che la medicina riveste nei confronti del malato: il curare il male altro del quale il paziente è portatore (funzione falloentrica) e il prendersi cura del bene proprio del malato stesso (funzione onfalocentrica). Quest'ultima funzione, d'altro canto, può essere vista quale traduzione letterale del suo nominarsi: una funzione materna ove il paziente è considerato quale feto contenuto nell'utero materno, legato alla madre dall'ombelico, quale residuo del cordone ombelicale (*omphalos*). Una funzione, quindi, che può esercitarsi solo se il paziente viene visto regressivamente quale essere indifeso, senza alcuna autonomia e in balia di un contesto potenzialmente ostile. L'assunzione acritica della funzione onfalocentrica, di fatto, avalla la connotazione di passività assoluta alla quale il paziente è chiamato entro il sistema sanitario.

E' importante sottolineare quanto dicevano, già nel 1989, Guerra e Di Giulio: “[...] definizione della malattia (cioè del patologico incarnato in un soggetto): è ciò che va eliminato perché provoca sofferenza. Ovvero ciò che provoca sofferenza non può essere oggetto di conoscenza se non per un terzo estraneo al problema: una conoscenza, comunque, che non ha nulla a che fare con la sofferenza in sé. La malattia, in questo senso, per il paziente è solo negatività, non vita, momento cieco. Assenza di esperienza. Il discorso medico – che è sviluppo di conoscenza – non sa dire nulla sulla malattia che possa aiutare il paziente a vivere questo momento della sua vita: da questo punto di vista la medicina è solo azione e la sensibilità con cui il medico viene incontro alla domanda di aiuto sembra appartenere ad un campo e a delle risorse diverse da quelle della medicina.” (p. 172).

Il sapere medico, in altri termini, non prende in considerazione il malato quale persona capace di una soggettività che vive simbolicamente la relazione con il sistema sanitario e trasforma tale processo simbolico in un agito o in un pensiero fondante l'azione. Il malato, per il sistema sanitario, è un essere privo di soggettività, capace solo di riconoscenza per quanto viene fatto nel prendersi cura di lui. Come afferma Canguilhem (1966/1988) la soggettività del malato non è di pertinenza della scienza medica e rappresenta solo un elemento irrilevante per la prassi del medico, se non proprio di disturbo. Si tratta, come si può ben capire, di un rilievo importante per cogliere la relazione tra sistema sanitario e pazienti; ma anche tra sistema sanitario e sistema sociale (pazienti, familiari e contesto dei pazienti). Salvatore (2013) ricorda la distinzione tra output e outcome, spesso utilizzata entro la letteratura sui servizi. Output quale esito immediato dell'azione *competente*; outcome quale impatto/valore dell'output entro il *sistema cliente*, o più in generale entro il sistema sociale.

Ebbene, possiamo chiederci se l'output del sistema sanitario ha a che fare *solamente* con la prassi di diagnosi – prognosi – terapia, specifica della competenza sanitaria, o ha a che fare anche, problematicamente, con la negazione della soggettività, con tutto ciò che questa negazione comporta

¹ Si veda in proposito la ricostruzione, da noi proposta, della recente storia del conflitto tra pazienti e familiari da un lato, sistema sanitario dall'altro, nel nostro paese. Un conflitto nato a partire dal Tribunale dei Malati, da Cittadinanza Attiva e dal Rapporto PIT Salute (Progetto integrato di Tutela), iniziato nel 1996 e arrivato, nel 2012, alla sua 15.a edizione.

entro la relazione tra cittadini e sistema sanitario. Questa negazione della soggettività non è rilevabile *solamente* entro l'impatto che l'output ha per il cliente, quindi entro l'outcome, ma ha a che vedere precipuamente con l'azione competente del sistema sanitario.

La negazione della pertinenza della soggettività entro la prassi sanitaria rappresenta una limitazione importante della competenza medica. Una limitazione che ha fortemente condizionato lo sviluppo del sapere medico e ne ha connotato la funzione entro il sistema sociale.

Passato e presente del sistema sanitario. Problemi e limiti allo sviluppo

Nel passato, il sistema sanitario funzionava poggiando sul potere del medico all'interno della diade medico – paziente. La relazione diadica medico – paziente era fondata sul potere assoluto del medico che condizionava l'atto medico alla dipendenza assoluta, passiva e acritica del paziente. Una dipendenza, quella alla quale era chiamato il paziente nei confronti del medico, che rivestiva anche una valenza rassicurante: mettersi nelle mani del medico, senza alcuna remora, entro la più totale fiducia, significava affidarsi a un potere esperto e capace di mettere in atto tutto il possibile per debellare il male e perseguire la guarigione del paziente stesso.

La relazione medico – paziente era il nucleo fondante di ogni atto sanitario: il sistema sanitario veniva messo al servizio di quella relazione, consentendo il perseguimento delle condizioni ottimali per l'espletamento della technicalità medica. Il personale sanitario, le strutture organizzative sanitarie, tutto era messo al servizio della diade medico – paziente.

Oggi le cose vanno molto diversamente. Alla dipendenza del paziente dal medico si è sostituito un conflitto profondo tra *sistema sanitario* (visto come insieme organizzativo ben più complesso della figura e della funzione del singolo medico) da un lato, *pazienti e familiari, opinione pubblica, cittadini, organizzazioni sociali e politiche* dall'altro.

Termini come “malasanità”, “malpractice”; denunce, rese pubbliche nei confronti del sistema sanitario, per “incuria”, “maltrattamenti”, “induzione di dolore inutile”, “atteggiamenti sgarbati”, “violazione della privacy”, “indisponibilità a fornire informazioni” non erano pensabili quando alla base dell'atto sanitario stava la diade medico – paziente quale luogo insostituibile e esclusivo della prassi medica.

Che è successo, in ambito sanitario, negli ultimi trentacinque anni?

Rispondendo a questo interrogativo, sarà possibile cogliere lo stato attuale del sistema sanitario e in particolare dell'ospedale quale organizzazione che presiede all'atto medico in tutte le sue forme avanzate.

Due sono gli eventi che, nella loro significazione simbolica, hanno a mio modo di vedere determinato il profondo cambiamento della relazione tra sistema sociale e sistema sanitario, modificando profondamente la cultura caratterizzante la relazione tra cittadini e area medica.

L'aziendalizzazione

Il primo evento passa sotto il nome di “aziendalizzazione” della sanità e consegue alle riforme del sistema sanitario che, nel nostro paese hanno avuto inizio nel 1978 con la legge 833, istitutiva del Sistema Sanitario Nazionale; a questa legge sono seguiti due decreti legislativi, 502 del 1992 e 517 del 1993, che procedono al riordino del SSN, ponendo le basi per la sua aziendalizzazione.

Con la riforma Bindi, del 1999 (d.lgs. 229/99), si consolida l'aziendalizzazione e si promuove la cooperazione amministrata: integrazione dei fornitori privati nel sistema di produzione pubblico, mediante l'uso dello strumento contrattuale (Toscana, Emilia-Romagna) o mediante la programmazione centrale (Veneto, Friuli-V.G.). L'efficienza e l'appropriatezza vengono garantite mediante una programmazione negoziata o centralizzata. Viene mantenuto il sistema DRG.

Con la legge costituzionale 3/2001 si rafforza la regionalizzazione del sistema sanitario.

Spesso si dimentica che l'aziendalizzazione della sanità, in particolare delle aziende ospedaliere, ha comportato una inversione radicale del rapporto tra funzionamento organizzativo e stanziamento economico volto a garantire tale funzionamento. Prima delle riforme ora ricordate, vigeva per il sistema sanitario il “paradosso dell'efficacia”, un fenomeno da noi descritto in vari lavori e che si può

definire nel seguente modo: il "paradosso dell'efficacia" è un curioso quanto problematico modo di intendere l'obiettivo organizzativo, entro l'organizzazione sanitaria. La sanità si poneva, nel passato, obiettivi "illimitati"², dovendo comunque operare entro un contesto economico di spesa e di bilancio; ciò ha posto l'ambito sanitario, illusoriamente, al di fuori di ogni vincolo e di ogni previsione economica. Evidentemente, questo non è vero nella realtà. Ma è vero nella fantasia organizzativa, o se si vuole nella cultura medica. La sanità, peraltro, è vincolata da dimensioni economiche, come tutte le realtà organizzative di servizio operanti nel nostro paese. Il paradosso dell'efficacia è stata la premessa perché, nel passato, il sistema sanitario sfuggisse ai modelli di pianificazione degli obiettivi, alla verifica dei risultati, alla scelta strategica delle priorità degli investimenti ed alla declinazione nel tempo delle strategie.

Con le riforme si è rovesciato il rapporto tra finanziamento e prestazione sanitaria³. Per il sistema sanitario è ora previsto uno specifico stanziamento economico, e da questo stanziamento si fanno dipendere le prestazioni sanitarie nel nostro paese. Questa inversione del rapporto tra spesa pubblica e sanità comporta una perdita del potere illimitato del sistema sanitario, noto per i suoi sperperi e per l'onnipotenza illusoria della quale il sistema sanitario stesso si è sentito investito per molti anni, grazie al paradosso dell'efficacia. Comporta anche l'ingresso prepotente del potere politico nella gestione della sanità; il potere di stanziare i fondi dedicati alla spesa sanitaria, conferisce al sistema politico, in particolare ai partiti che governano le singole regioni italiane, il potere associato di nomina dei Direttori Generali e di influenza sulla gerarchia delle Asl come anche delle aziende ospedaliere.

² Efficienza ed efficacia rappresentano le nozioni guida per la funzionalità dei sistemi organizzativi. Vale la pena ricordare che:

- per *efficacia* s'intende la capacità di un'organizzazione di realizzare gli obiettivi che si è data o che le sono stati assegnati;

- per *efficienza*, di contro, s'intende la capacità di un'organizzazione di ottimizzare l'impiego delle risorse, nella realizzazione degli obiettivi stessi.

L'efficacia di un'organizzazione dipende, in primo luogo, dalla sua competenza a perseguire in modo competente gli obiettivi dati; gli obiettivi, quindi, sono il nucleo centrale dell'efficacia. L'economicità di gestione di una organizzazione, capace di renderla efficiente, dipende innanzitutto dalla precisione nella definizione degli obiettivi che intende raggiungere. E' l'efficacia di un'organizzazione che può guidare le linee per una sua ottimale efficienza. E' la legittimazione sociale degli obiettivi, la loro fondazione entro un preciso e condiviso mandato sociale, che rende accettabili gli sforzi per incrementare l'efficienza dell'organizzazione stessa.

L'efficienza fine a se stessa, in definitiva, sembra una modalità autoriferita di concepire il funzionamento organizzativo; modalità caratterizzante alcune culture manageriali, per fortuna marginali nel nostro paese, che pretendono di operare in modo "efficiente", indipendentemente dai contesti entro i quali si trovano ad operare. Lo ripetiamo: l'efficienza è motivata e giustificata dall'efficacia. O, se si vuole, è una ottimizzazione dell'efficacia.

Ebbene, nell'ambito sanitario, l'efficacia è intesa come l'insieme dei processi capaci di *migliorare lo stato di salute dei pazienti, o meglio della popolazione servita*. Ciò significa che l'efficacia, nell'ambito della sanità, sembra non avere "limiti" prevedibili né pianificabili. Al perseguimento, e più ancora al miglioramento della salute, non può essere dato un "limite", in grado di fornire un ancoraggio all'efficacia. A questo rilievo consegue che, se non si ha un'efficacia "misurabile", non è possibile neppure parametrare le risorse agli obiettivi prefissati; quindi non è, di fatto, utilizzabile correttamente la nozione di efficienza organizzativa.

³ Riporto un passo della relazione tenuta dall'on. Rosy Bindi, ministro della Sanità dal 1996 al 1999, presso lo European Studies Centre dell'Università di Oxford, il 25 ottobre 2002. L'ex ministro, ripercorrendo in sintesi il senso delle due riforme della Sanità in Italia, la 833 del 1978 e la 502 del 1992, dice quanto segue, per quanto concerne il sistema di finanziamento della sanità nel nostro paese:

“Riguardo alle risorse si stabilisce un percorso di questo tipo: prima si definisce l'ammontare del Fondo sanitario nazionale e poi, in relazione ai fondi disponibili, si individuano i livelli di assistenza a carico del SSN. La controriforma De Lorenzo segna, così, il passaggio da un diritto alla tutela della salute, costituzionalmente garantito, a un diritto finanziariamente condizionato.

Nella legge n. 833 del 1978, istitutiva del SSN, i bisogni rappresentavano la variabile indipendente e la spesa era concepita come variabile dipendente (*determinata cioè dal grado di soddisfacimento di quei bisogni*). A partire dalla riforma del 1992 la spesa diventa, invece, una variabile indipendente (stabilita annualmente dal Governo, in funzione delle compatibilità economiche e finanziarie del Paese), mentre i bisogni di salute rappresentano una variabile dipendente. *Alle nuove ASL viene affidato il compito di garantire anzitutto il pareggio del bilancio, a prescindere dai risultati di salute degli assistiti*. Il metodo delle risorse definite ex ante, produce una inevitabile e costante riduzione dei fondi a disposizione e il finanziamento pubblico risulta decisamente sottostimato rispetto al fabbisogno.” (<http://digilander.libero.it/sedemargherita/atrifsan.htm>)

Si interrompe il sistema diadico medico – paziente, al quale abbiamo fatto cenno, con l'introduzione entro tale relazione, un tempo esaustiva del sistema sanitario, una dimensione terza rappresentata dal "costo"⁴ e dalla gerarchia che tutela la componente economica della prestazione, un tempo del tutto secondaria entro la prassi sanitaria.

La sindacalizzazione

Parallelamente all'introduzione della riforma dovuta alla legge 833 del 1978 è iniziata, da parte di istituzioni esterne al sistema gestionale della sanità, la valutazione del funzionamento sanitario nel nostro paese. Il sistema sanitario, nel passato esente per ragioni di forte coesione corporativa da ogni valutazione di competenza, è stato via via sottoposto a verifiche impietose, se si vuole, non solo della competenza medica in senso stretto, ma anche e soprattutto della capacità del sistema sanitario di rispondere in modo civile e accettabile alla domanda dei cittadini.

Questa prassi di verifica e di valutazione, ad esempio con il PIT che annualmente viene pubblicato da Cittadinanzattiva, ha istituito un significativo conflitto tra cittadini e sistema sociale da un lato, sistema sanitario dall'altro.

Quella soggettività negata dal sapere medico, ma che caratterizza la simbolizzazione affettiva del sistema sanitario da parte dei singoli cittadini come, e soprattutto, della cultura collusiva, rientra prepotentemente nella mutata relazione tra utenza e sanità, non più centrata sulla diade medico paziente e sulla acritica dipendenza del paziente dal medico stesso.

Il sistema cliente, in sanità, riprende quel potere che si voleva ridurre al silenzio entro la dipendenza del singolo paziente dal medico.

Il sistema sanitario, quindi, vede ridotta l'onnipotenza economica insita nel paradosso dell'efficacia; deve fare i conti con il potere politico, spesso vorace e desideroso di creare sacche di clientelismo sia per un controllo del consenso che per il perseguimento di finanziamenti illeciti ai partiti; si trova a fronteggiare la diffidenza critica del sistema sociale, oramai insofferente nei confronti di una professione che si voleva al di sopra di ogni verifica che non fosse interna al sistema professionale stesso.

Per ora, la risposta del sistema sanitario è stata di ordine difensivo con l'istituzione, non formalmente organizzata ma diffusa, della cosiddetta "medicina difensiva". Interessante notare che la trasformazione del paziente da "amico acritico" a "nemico critico" ha comportato, per il sistema sanitario, non un incremento dell'attenzione al paziente ma la prevenzione di una possibile contestazione del proprio operato da parte del "terzo" giudicante, in particolare della magistratura e dei mass media.

Aziendalizzazione da un lato, sindacalizzazione dei pazienti dall'altro, hanno evocato non solo modifiche strutturali entro il sistema sanitario, quanto anche un profondo cambiamento culturale. Si è, ad esempio, scardinato il sistema di potere da secoli stabilizzato nella relazione non solo con il paziente ma anche all'interno dell'organizzazione sanitaria stessa.

Si pensi, ad esempio, alla profonda evoluzione degli infermieri che reclamano una valorizzazione della propria funzione, che perseguono prestigio e stima da parte dei medici, dei pazienti e dei familiari, per il ruolo svolto entro il funzionamento dell'ospedale. Si pensi alla profonda trasformazione della funzione di primario (direttore di unità operativa semplice o complessa), diventato, spesso, la *longa manus* del D.G. nell'esigenza di ottimizzare la redditività economica del sistema, a scapito della competenza o della funzionalità del servizio.

Cosa fare?

Il sistema sanitario, come s'è detto, ha visto un profondo sconvolgimento dei suoi modelli strutturali e culturali.

⁴ Si veda, ad esempio, il sistema DRG: Diagnosis Related Groups, quale sistema di rimborso a tariffa.

Quell'isolamento dalla soggettività del paziente che il sistema sanitario ha per lungo tempo preteso, forte del suo operare *per il bene del paziente*, a prescindere da ogni verifica di questa finalità, è oggi venuto meno.

Si potrebbe dire che la soggettività dei cittadini ha fondato la simbolizzazione negativa del servizio sanitario, nella competenza medica sicuramente, ma soprattutto nell'ambito della gestione della sanità quale servizio. Le indicazioni problematiche, ad esempio quelle sottolineate da Cittadinanzattiva, derivano dalle segnalazioni critiche dei cittadini e sono quindi espresse nel linguaggio di chi, entro il sistema sanitario, trova finalmente un interlocutore al quale esprimere il proprio disagio, che non si intende più passare sotto silenzio.

Ecco un esempio tratto dal rapporto PIT 2011⁵:

I cittadini segnalano la disattenzione del personale sanitario, il disinteresse per le proprie condizioni di salute: a volte non viene offerto un bicchiere d'acqua o non si aiuta la persona malata a recarsi in bagno. Si segnala la carenza di informazioni, la sensazione di non essere presi in considerazione, di non essere ascoltati.

I tempi di attesa, il disinteresse per i "vissuti" dei malati, la disattenzione sono problemi che, tutti, segnalano l'impossibilità culturale, metodologica e professionale per gli operatori sanitari, di mettersi in relazione con la soggettività del malato e la sua simbolizzazione del contesto ospedaliero entro il quale viene ricoverato. Un tempo, l'impreparazione professionale e la resistenza culturale degli operatori sanitari nell'occuparsi del paziente e del suo contesto familiare e sociale, non solo della malattia della quale il paziente è portatore, venivano "compensate" dal modello culturale della dipendenza acritica da parte del paziente e dell'onnipotenza decisionale conferita ai sanitari dal contesto simbolico in cui operavano. Oggi, come abbiamo visto, le cose non stanno più così.

Il vecchio modello, d'altro canto, era fondato non solo sulla dipendenza acritica; entro tale dipendenza non era prevista alcuna informazione da parte del sanitario nei confronti del paziente come dei suoi familiari. Elemento fondante la dipendenza, ce lo ha insegnato la psicologia sociale come la psicologia clinica dei gruppi, è l'*assenza di comunicazione a due vie*; l'unico processo di comunicazione previsto, è quello che va dal paziente al sanitario (anamnesi, informazioni sull'andamento soggettivo del "male", informazioni sulle funzioni fisiologiche di base e poco altro).

Il sapere che sta alla base della conoscenza medica, d'altro canto, non prevede che il medico o (cosa importantissima) il sistema sanitario nella sua funzionalità organizzativa, diano informazioni al paziente e al suo contesto familiare.

Il conflitto, profondo, tra sistema sanitario e cittadini sta – a nostro modo di vedere – tutto qui. I cittadini chiedono di essere informati sull'andamento della malattia, sulla diagnosi, sulla prognosi, sulle decisioni che il sistema sanitario prende nei loro confronti, sul contesto entro il quale verranno sottoposte a diagnosi e cure, sulle regole implicite e esplicite che ne reggono il funzionamento. Il sistema sanitario, di contro, non è attrezzato culturalmente per questa funzione, importantissima, di informazione. Non è attrezzato, perché i modelli simbolici della prassi sanitaria non prevedono questo. Spesso si sente ripetere dal personale sanitario che non c'è tempo per questo, che ci sono cose più urgenti da fare, che è impossibile andar dietro alle fisime delle persone; il farsi carico dell'informazione sembra un compito senza limiti, una prassi impossibile perché in contraddizione con l'abitudine a funzionare senza alcuna attenzione al problema. Informare non è un problema, nella cultura sanitaria, e non può essere un problema.

⁵ <http://www.cittadinanzattiva.it/comunicati/salute/politiche-sanitarie/4217-xv-rapporto-pit-salute-del-tribunale-per-i-diritti-del-malato-cittadinanzattiva.html>

Bibliografia

- American Psychiatric Association, (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4rd.edn.) (DSM-IV). Washington D.C.: The American Psychiatric Association. Trad. it. (1999) *Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi mentali*. Milano: Masson.
- Canguilhem, G. (1966). *Le normal et le pathologique*. Paris: PUF. Trad. it. (1998) *Il normale e il patologico*. Torino: Einaudi.
- Carli, R., & Paniccia, R.M. (2012). Malattia mentale e senso comune. *Rivista di psicologia clinica*, 2, 201-206
- Fornari, F. (1976). *Simbolo e codice. Dal processo psicoanalitico all'analisi istituzionale*. Milano: Feltrinelli.
- Guerra, G., & Di Giulio, C. (1989). Il sapere medico: un'analisi istituzionale. *Rivista di psicologia clinica*, 2, 167-176.
- Rapporto PIT Salute. (2012, 15.a ed). Retrieved from <http://www.cittadinanzattiva.it/comunicati/salute/politiche-sanitarie/4217-xv-rapporto-pit-salute-del-tribunale-per-i-diritti-del-malato-cittadinanzattiva.html>
- Salvatore, S. (2013). Questioni intorno allo sviluppo della professione psicologica. Una base di discussione per (ri)pensare lo sviluppo della professione psicologica. *Rivista di psicologia clinica*, 2, 3-8.