

## La funzione psicologica entro un contesto che lavora con l'urgenza: il Pronto Soccorso dell'Azienda Ospedaliera Complessa San Filippo Neri

Valentina Giacchetti\*

### Abstract

Il contributo esplora il setting dell'intervento psicologico clinico entro un contesto che lavora con l'urgenza e che non si prevede al servizio di tale intervento, come il Pronto Soccorso dell'ospedale. Viene proposta una riflessione sulla variabilità del setting di intervento, con l'obiettivo di ripensare cosa la favorisca e come contribuisca alla possibilità di interpretare i problemi emozionali del contesto. Questo contributo partecipa al dibattito sull'attualità della funzione psicologica con una riflessione sul setting dell'intervento entro contesti di urgenza. A partire dall'interesse per una psicologia che incontri culture socialmente rilevanti.

*Parole chiave:* setting psicoterapeutico; pronto soccorso; azione interpretativa; ospedale; agito collusivo.

### Alla ricerca di un setting

Il tirocinio presso il Pronto Soccorso del San Filippo Neri viene attivato a partire da un problema di gestione, da parte del Servizio di Prevenzione e Protezione Rischi dell'ospedale, della conflittualità tra il personale dell'Unità Operativa e l'utenza. Tale problema motiva nel 2011 il Servizio di Prevenzione e Protezione Rischi a richiedere una consulenza allo Studio di Psicosociologia SPS, tramite l'attivazione di un tirocinio di specializzazione in psicoterapia psicanalitica presso l'Unità Operativa<sup>1</sup> ospedaliera (Atzori, 2012; Brescia & Mazzeo, 2012; Carli, 2012; Cinalli, 2012; Civitillo, 2012; Quaglia & Reale, 2012; Sarubbo, 2012).

I tirocinanti in campo sono stati inizialmente due: io e una mia collega<sup>2</sup>. In un primo momento abbiamo creduto che la conflittualità derivasse dalla scarsità di informazioni mediche fornite all'utenza, nei lunghi tempi di attesa nel Pronto Soccorso. In altri termini, inizialmente abbiamo colluso con la cultura locale dominante, centrata sulla tecnicità sanitaria e sulla funzione sostitutiva come organizzatore del rapporto tra operatori sanitari e utenza (Carli & Paniccia, 2002). Questa ipotesi ha contribuito a dare forma a una prima fase dell'intervento, che possiamo definire *mimetica*, durata all'incirca tre mesi, e consistita nel nostro aggirarci negli spazi del Pronto Soccorso: triage, sale d'attesa, corridoi, stanze di emergenza. Entro questa fase abbiamo confuso il ruolo di psicologo tirocinante col ruolo dei medici e degli infermieri, svolgendo una funzione di tipo *colmativo* di informazioni, che pensavamo scarsamente fornite dagli operatori sanitari e, per questo, fonte di

---

\* Specialista SPS in psicoterapia psicanalitica, intervento psicologico clinico e analisi della domanda.

<sup>1</sup> L'intervento nel PS ha una complessa storia alle spalle: una ricerca sul rischio psicosociale entro l'Ospedale, e l'individuazione di aree a rischio, tra cui il PS. Per inquadrare l'esperienza di cui parlo in questo contesto rimando a quanto pubblicato dalla *Rivista di Psicologia Clinica* nel primo numero del 2012. In bibliografia vengono riportati i vari contributi.

<sup>2</sup> In questo articolo parlerò spesso al plurale, riferendomi non solo alla comunità scientifica a cui appartengo, ma agli assidui confronti con la collega Maria Sarubbo, con cui ho condiviso anche parte del tirocinio al Pronto Soccorso.

rischio. La confusione dei ruoli, o l'assimilazione a ruoli già esistenti, è stato comunque un modo di entrare in rapporto con un contesto che non aveva mai previsto prima il ruolo dello psicologo. Per commentare questa prima fase del nostro inserimento, connotata dalla ricerca di un setting, vorrei riferirmi a Codignola e alla sua proposta circa il metodo interpretativo che divide le cose in due categorie: quella del falso, con le cose che vengono interpretate, e quella del vero, con le cose che in rapporto alle prime sono considerate vere, funzionando da quadro di riferimento.

Certo l'analista non sempre sa perché interpreta, cioè perché attribuisce un senso diverso da quello apparente solo a una parte delle cose che osserva. Egli sa però che se non si comportasse così la sua interpretazione perderebbe ogni senso, diventerebbe un'operazione astratta e arbitraria.

Nella situazione analitica, dunque, il metodo interpretativo stabilisce una divisione, spartisce continuamente le cose in due categorie. A una appartengono quelle cose che vengono interpretate, all'altra – che funziona come quadro di riferimento per la prima – le cose che, in rapporto alle prime, sono considerate vere. Dei diversi modi di trattare le cose, cioè, ne fanno i poli di una precisa antinomia, o se si preferisce le dividono in cose vere e cose false. L'interpretazione, infatti, stabilisce di per sé la falsità parziale di ciò che viene interpretato, altrimenti non esisterebbe [...]. Per converso, in questo sistema logico, altre cose assumono il ruolo di elementi veri, cioè non interpretabili, non riconducibili che a sé stessi [...]. Il fatto che l'analista tratti alcune cose come false e altre come vere nasce dal suo metodo, ed è indipendente dall'effettiva attribuzione di un carattere di "verità" a questo o a quel fatto in analisi [...] in psicanalisi il vero è ciò che non si interpreta, il falso ciò che viene interpretato [...]. Di fronte alla trasparenza potenziale di tutti i fenomeni trattati come falsi sta la dura opacità di quelli assunti come veri, e la dialettica del processo psicoanalitico include tutti e due questi poli. [...] Nella visione tradizionale questa divisione è rigida e statica. In sostanza essa considera come veri solo gli elementi del setting, considerati come immodificabili: sono solo essi, cioè, che non vengono interpretati in quanto extraprocessuali, fissi. Su ciò ho avanzato dei dubbi nel precedente discorso sul setting, in quanto ho mostrato una variabilità di esso che chiamerò orizzontale: il setting non è sempre stato uguale nella storia del movimento psicoanalitico, non lo è oggi da un Paese a un altro, e –ora lo si vede meglio– ciò non può essere privo di importanza ai fini della teorizzazione. Ma mostrare questa variabilità del setting non è sufficiente per il presente ragionamento; si potrebbe infatti sostenere che ciò che importa è che all'interno di una singola analisi il setting è sempre e comunque uguale a sé stesso, ed è l'unica cosa, quindi, ad esser trattata come vera. E' tempo dunque di mostrare un'altra variabilità degli elementi veri, che chiamerò longitudinale: una variabilità esistente all'interno di ogni singola situazione analitica. Singoli elementi possono, a seconda delle esigenze del processo interpretativo, essere spostati da una categoria all'altra. Cose che fino a un certo momento erano trattate come vere possono poi essere interpretate, dunque trattate come false (il passaggio inverso, probabilmente esistente, è più oscuro). E' verosimile, cioè, che in ogni trattamento gli elementi assunti come veri non siano costantemente gli stessi, ma che almeno una parte di essi muti di momento in momento su una gamma di possibilità (Codignola, 1977, pp. 97-99).

Entro la fase mimetica abbiamo assunto come *vero*, quindi non interpretabile, il codice colore usato dal triage, e come *falso*, interpretabile, le domande di cura. Considerare come falso le domande di cura, ascoltarle per interpretarle, ha significato mettere in discussione che la fonte del rischio di conflitto fosse esclusivamente la mancanza di informazioni; l'intervento si è quindi orientato allo *stare con* l'utenza, capire chi fosse, ascoltare cosa stesse vivendo in rapporto al luogo in cui si trovava e quali problemi portasse.

Entro questo quadro di riferimento abbiamo iniziato a individuare un setting, cioè un modo che ci permettesse di rendere pensabili le emozioni che venivano agite nella relazione utenza – servizio e a

svolgere una funzione di accoglienza e di assistenza. Questo tipo di funzione, che ha puntato a trattare i vissuti e non i fatti, ha permesso il contenimento delle emozioni evocate dal Pronto Soccorso, favorendo una elaborazione della condizione di emergenza che porta lì le persone. Ne parlerò più approfonditamente nel prossimo paragrafo.

Aggiungo che l'identificazione con la cultura sanitaria ha cominciato a fallire nel momento in cui ha sempre più pesantemente *riprodotto*, nel rapporto tra tirocinanti e operatori sanitari, quel clima conflittuale tra operatori e domande di cura che aveva inizialmente motivato il Servizio di Prevenzione e Protezione Rischi dell'ospedale a chiedere una consulenza a SPS. Potremmo dire che abbiamo dovuto ricreare il problema dell'Unità Operativa, per cominciare a comprenderlo! E' a questo punto che cominciano a svelarsi le attese di alcuni operatori sanitari rispetto al tirocinio: è uno strumento per dimostrare l'incompetenza di qualcuno? Entro questo modo di stare in Pronto Soccorso abbiamo problemi con il personale sanitario, ma con singoli casi iniziamo a intervenire in un modo che ancora adesso ci pare funzionale. Riporto un caso.

### *Il cardiopatico*

Non avrà più di trent'anni, con la faccia pulita, di quelle che non hanno avuto il tempo di perdere tempo: un lavoratore. Sembra uscito da un film di Vittorio De Sica. Sdraiato tra le due postazioni triage, nel corridoio interno al Pronto Soccorso, appena mi vede ultimare una conversazione con una ricoverata accanto a lui, mi sorride, chiedendomi in questo modo un po' d'attenzione. Mi dirà di essersi ricoverato su sua iniziativa, da un paio d'ore, a causa di un dolore al petto. Nessuno avrebbe potuto accompagnarlo. I genitori abitano lontano e la moglie doveva rimanere in casa, con le due figlie piccole. La più piccola, di un anno e mezzo, è nata con una grave e sconosciuta malattia neurologica. Comporta crisi epilettiche e pianti inconsolabili per ore, anche la notte. Lui ha avuto un infarto circa sei mesi fa, proprio mentre provava a riprendere il suo lavoro di imprenditore, lasciato da quando era nata la seconda figlia, per poterla accudire insieme alla moglie, casalinga. Ha anche una figlia più grande, di cinque anni. Frequenta un gruppo per cardiopatici al San Filippo Neri, ma non riesce a rilassarsi, anche se la psicologa che conduce il gruppo lo invita ripetutamente alla calma. Dice, anche, di essere un po' preoccupato per la figlia grande, soprannominata l'"infermierina": all'uscita di scuola, invece di accettare l'invito delle amichette ad andare a mangiare un gelato, torna subito a casa per accudire la sorellina malata.

L'intervento è consistito nel mettere in dubbio che la sua ansia dovesse essere *calmata* ma, piuttosto, collocata in un momento particolare di vita, quello in cui sta riprendendo a lavorare. L'ipotesi implicita è che sia in corso una separazione dalla fantasia di sacrificarsi per guarire la figlia o per punirsi di averla generata malata. L'intervento si limiterà a riconoscere, con lui, una differenza tra l'essere medici e l'essere i genitori dei propri figli. Contenere questa confusione può restituire a lui e alla sua famiglia un limite alla pretesa di sopportare, senza fine, il disagio evocato dalla malattia della figlia; può restituire il potere di sgridare, di dire basta, di ammettere di non farcela più. Forse quest'uomo è in ansia mentre va esaurendosi la sua pretesa di sopportare il sacrificio di non sentirsi padre, marito e imprenditore.

### *La priorità del Pronto Soccorso*

La tensione creata nel rapporto tra le tirocinanti e gli operatori sanitari, che diventerà esplicita nel momento in cui gli operatori sanitari non parteciperanno ai gruppi di restituzione proposti a dicembre 2012 per condividere i problemi dell'Unità Operativa compresi fino a quel momento, ci aiuta ad accorgerci che il clima organizzativo di tensione tra dentro e fuori (cioè tra operatori e domande di cura) è la nuova *priorità* di cui occuparci; ci rendiamo anche conto che l'identificazione con la cultura medica era più tesa a inserire lo psicologo nel contesto che a comprendere i problemi del contesto con lo psicologo, logorando il rapporto con gli operatori sanitari.

Dopo circa tre mesi dall'inizio del tirocinio, a ridosso di un seminario su Psicologia e Ospedale e

anche grazie al lavoro di resocontazione e confronto con altri interventi in corso che ne accompagnano la preparazione<sup>3</sup>, cominciano a configurarsi le premesse per la costruzione di un setting di intervento, che abbiamo denominato *codice-clima*, dove ci occupiamo del vissuto degli operatori sanitari in rapporto alle domande di cura: il clima organizzativo e con esso il codice colore cominciano a diventare il *falso* più importante di cui occuparci. E' a questo punto del lavoro, mentre sentiamo il rischio di esasperare il rapporto con gli operatori sanitari, che cominciano a essere colte le domande di cura percepite dal Pronto Soccorso come *irritanti impertinenze*. Si tratta di domande per le quali non ci sono decisioni da prendere, perché non c'è da salvare una vita: sono i casi di emarginazione sociale, di inevitabile e prevista morte imminente, ad esempio da parte di molti anziani, proprio perché incurabili. Spesso sono i codici bianchi e verdi.

I codici bianchi e verdi rappresentano, attualmente, il 75% degli accessi al Pronto Soccorso del San Filippo Neri, come sottolinea allarmato il primario nel suo intervento a un seminario sulla questione dello scorso 22 Marzo 2013 (Cfr: nota 3). Ma se il vissuto diventa il falso da interpretare, il rosso si traduce con un vissuto di pertinenza e il verde-bianco con un vissuto di impertinenza. Ecco che si coglie l'allarme del Pronto Soccorso: il 75% delle domande di cura che vi si rivolgono sono percepite come impertinenti! Compresi molti codici rossi (come gli anziani cronici) dato che anche loro non possono chiedere una guarigione.

La tensione vissuta dal personale sembra essere in rapporto all'impotenza che deriva dall'essere attrezzati a intervenire *quasi sempre* con la medicina anche se, *quasi mai* la sola medicina è risolutiva, dato che la domanda di cura spesso non è fatta solo di problemi strettamente medici, ma principalmente di un *vissuto* di emergenza che chiede al Pronto Soccorso, in vario modo, ospitalità. Riporto alcuni casi:

#### *Il figlio unico*

Alberto è un cinquantenne, figlio unico ancora per poche ore. Mi avvicino alla barella, sistemata in uno dei corridoi del Pronto Soccorso, per comprendere meglio di cosa si strazi lamentosamente con un continuo "ahiahiahiahi...." un vecchino lì sdraiato, senza denti. Chiedo al vecchino cosa abbia. Chiedo di ripetere tendendo l'orecchio, perché il vecchino ha un fil di voce, che esce a fatica da una bocca completamente sdentata. Non riesco a capire che dice. Alle mie spalle si sente: "Ha il pus ai testicoli, credo". Mi giro. Chi è? Emerge dall'ombra un uomo. Mi dirà di essere Alberto, il figlio del vecchino. Ha il viso distrutto. Un misto di impotente struggimento e insofferenza. Il padre è un flebile "ahiahiahiahi....", senza soluzione di continuità e Alberto non sa che fare. E' lì da un paio d'ore, in piedi accanto a lui. Lo invito ad allontanarsi da quel lamento fisso, quel tanto da poterne parlare. Gli offro un caffè alle macchinette della sala d'aspetto antistante il Pronto Soccorso. Mi racconterà di avere perso la mamma pochi mesi prima e di essere figlio unico. Di avere perso un anno fa il lavoro, anche se ne ha da poco ritrovato un altro in cui sta mettendosi in gioco. Di avere una moglie che ama come le sue due figlie, anche se sta meditando di rinunciare alla breve vacanza con loro, per stare accanto al padre. La più grande è partita da poco per il suo primo viaggio senza i genitori. E' con amici e il fidanzato, ma Alberto mi racconta di averla ricoperta di raccomandazioni prima che partisse e di averla chiamata appena arrivata in Irlanda. Alberto si lamenta che la figlia si sia trovata male appena arrivata, proprio perché non ha ascoltato le sue raccomandazioni: avrebbe speso il triplo per dormire la prima notte in albergo, dato che non aveva voluto ascoltare il suo consiglio di prenotare dall'Italia. Capisco che Alberto fatica a sentirsi solo, cioè senza qualcuno che pensi a lui o a cui pensare. Spesso "genitore", per un figlio, significa la fantasia non importa quanto reale che qualcuno pensi a lui. Alberto ha perso la mamma e rischia di perdere a breve anche il papà. Il suo modo di attenuare il senso di solitudine che sta significando questa perdita è preoccuparsi, stare sempre lì, esserci continuamente. Col padre, come con la figlia. Questo è quanto provo a convenire con Alberto, mentre prendiamo assieme il caffè. Alberto si commuove quando lo invito a pensare che la sua

---

<sup>3</sup> SPPR e SPS organizzano, mentre sono in corso questa e altre esperienze di tirocinio in altre UO, vari seminari rivolti sia al personale del SFN che di altri ospedali, per mettere in comune e discutere quanto si va facendo.

preoccupazione per la figlia non le ha consentito di sentirsi sola abbastanza da essere lei a chiedere del padre, a rendersi conto di averne bisogno. Ci separamo. Vado a raccogliere qualche informazione sul padre di Alberto, dal medico che lo ha in cura. Quando entro nella sala Emergenza 1, il medico in questione è davanti al pc, cercando di inserire dati degli esami fatti e da fare. Attendo che finisca. Quando solleva lo sguardo mi presento e chiedo se sia possibile avere qualche informazione in più sul padre di Alberto. Per me, in quel momento, il padre di Alberto non era un paziente qualsiasi, ma proprio quel vecchino senza denti a cui era morta la moglie da poco e che ha un solo figlio; un figlio che sta morendo di paura a sentirsi solo e a sentir crescere i suoi figli. Credo che il medico abbia avvertito l'emozione con cui chiedevo informazioni; credo si sia accorto che, per me, non si trattava di un paziente qualsiasi. Il medico, dopo avere letto dal pc la cartella clinica del paziente in questione, si è alzato dalla sua postazione e mi ha proposto di andare insieme da Alberto, per informarlo sulle condizioni di salute del padre. La gratitudine che ho letto negli occhi di Alberto, quando mi ha visto arrivare insieme al medico, è quella che ho sentito per il medico, quando mi ha proposto di andare insieme da Alberto. Il medico gli ha detto con calma e guardandolo negli occhi: "Suo padre ha una grave infezione testicolare ed è molto disidratato. Considerando l'età che ha ... ma stiamo seguendolo al meglio. Senz'altro resterà qui per questa notte". La partecipazione del medico ha consentito ad Alberto di tornarsene a casa quella sera, dopo avere imboccato il padre col pasto che girava tra i letti. Non so se abbia deciso di partire, non so se il padre sia ancora vivo. Ma tollero la mancanza di queste informazioni, perché un intervento psicologico è avvenuto: le diverse parti in causa del Pronto Soccorso si sono collegate attraverso competenze professionali emozionate.

#### *Lo sposino*

Uno degli infermieri del triage, mi parla sottovoce di un "tipico caso di attacco di panico", indicandomi un lettino su cui è sdraiato un trentenne con i pugni serrati e una dermatite estesa alle braccia e le gambe. Mi avvicino per chiedere come va. Accanto al ragazzo c'è una giovane donna, che scoprirò essere sua moglie da pochi mesi. Mi racconta che il marito stava facendo jogging con il cugino quando all'improvviso gli si sono serrati i pugni e ha sviluppato la dermatite. La moglie sembra senza sesso, senza emozioni. Parla ostentando un ruolo di dispensatrice di calma. Lo sposino parla a monosillabi. L'intervento prova a collocare l'evento traumatico in un momento di vita nuovo per loro: matrimonio e separazione dalla propria famiglia di origine, allo stesso tempo. L'intervento tenta di smontare l'ovvietà che questi cambiamenti debbano essere (solo) lieti. I pugni dello sposino cominciano a distendersi. L'intervento si concluderà entro uno scambio con l'infermiere, in cui si condividerà il momento particolare di vita del paziente e della coppia in rapporto all'evento dell'"attacco di panico".

Ricordo anche il caso di Alvaro, l'anziano emarginato e armato di fucili che sposa la badante di sua madre, e il caso della parente immaginaria che finge che sua madre sia degente del PS per dormire nella sala d'aspetto per i parenti; casi già pubblicati in occasione di un recente seminario (Brescia et al., 2013); casi in cui lo scarto tra idea e realtà della cura si traduce per il personale sanitario in un vissuto cronico di impotente irritazione.

I prodotti di questo setting sono la *falsificazione* e dunque l'interpretazione di una serie di questioni: le domande di cura rivolte al Pronto Soccorso cominciano ad essere riconosciute come un fenomeno in cambiamento, un *prodotto storico* che negli ultimi trent'anni è passato dall'essere una questione di emergenze mediche (incidenti) a una questione in cui vissuti di emarginazione e violenza sono diventati una componente importante dei casi in arrivo all'Unità Operativa; il rischio psicosociale in Pronto Soccorso comincia ad essere sempre più collocabile entro quello scarto ricorrente tra i vissuti di emarginazione e violenza della domanda di cura e la forte tecnicità medica e infermieristica erogata dagli operatori del Pronto Soccorso; si cominciano ad incrementare i motivi di scambio tra le Unità Operative in cui sono attivi i tirocini (vedi i casi seguenti di Gianna e Franco).

Questi prodotti del setting farebbero pensare a un mutamento nel rapporto con gli operatori sanitari: da

una iniziale opposizione e diffidenza a spazi di possibile esplorazione del problema e quindi di fiducia. Ma la pace durerà poco. A sei mesi dall'inizio del tirocinio, il setting *codice-clima* ha nuovamente bisogno di essere ripensato. Due eventi critici sembrano suggerirlo: i casi di Gianna e di Franco

#### *Il caso di Gianna*

Riconosco, tra i degenti del Pronto Soccorso, una dirigente di un'altra U.O. dell'ospedale. La dirigente mi dice di essere appena stata aggredita da un ausiliario perché non gli avrebbe consegnato, immediatamente firmata, una domanda di congedo per assistere la nipotina malata. La dirigente, sconvolta, mi parla di questo ausiliario come di una risorsa *inutile* e insieme *da tutelare*: non sa se denunciarlo, "mettendolo ulteriormente nei guai" (ha subito uno sfratto, la nipotina malata, pochi soldi in casa...) oppure non denunciarlo, facendo però passare la liceità dell'accaduto.

Riparlando del caso con un addetto del Servizio di Prevenzione Protezione Rischi, incontrato per le scale dell'ospedale, mi rendo conto di come una fonte di rischio entro quella U.O. stia nelle domande di congedo date per scontate, cioè non trattate come informazioni da esplorare, ma come pratiche da sbrigare. La pratica scontata dei congedi diventa altamente rischiosa quando fa incontrare dirigenza e operatori, perché sembra prestarsi a confermare quel mito di inutilità con cui la cultura di quella Unità Operativa vive molte sue funzioni professionali., accendendo inevitabilmente il conflitto.

#### *Il caso di Franco*

L'infermiere Franco di un'altra Unità Operativa dà in escandescenze. Durante un turno di notte avrebbe ripetutamente tirato i capelli a un degente allettato, perché chiamava in continuazione. "Gli infermieri l'hanno fermato e per fortuna il degente non ha sporto denuncia" dice un dirigente dell'Unità Operativa.

Questo infermiere non ne vuole sapere di rimanere in malattia, prescrittata da un medico dell'Unità Operativa per prendere tempo rispetto a un Trattamento Sanitario Obbligatorio (TSO) che sembra a tutti una soluzione troppo drammatica: l'infermiere avrebbe già subito un TSO e poi è vedovo da un anno, ha subito da due anni uno sfratto, con cinque figli di cui uno disabile e pochi soldi in tasca... Di nuovo un conflitto, come nel caso di Gianna, tra la necessità di tutelare l'operato dell'operatore sanitario e la necessità di denunciarlo. In questo caso, all'opposto del precedente, la cultura locale dominante dell'Unità Operativa simbolizza come fortemente utili le sue diverse funzioni. Potremmo dire che si tratta di una Unità Operativa che tende a credere al mito della sua indispensabilità. E il rapporto tra l'utenza e gli operatori sanitari, come nel caso di Franco, sembra spesso prestarsi a dimostrare tale mito, accendendo nuovamente il conflitto.

Riparlando dei due casi di Gianna e Franco con la psicologa del Servizio di Prevenzione e Protezione Rischi, ci rendiamo conto che sono utili se trattati come eventi critici di culture locali. Ci rendiamo conto che il caso di Gianna è critico rispetto ad una Unità Operativa che prende per vero il vissuto di *inutilità* evocato dall'assistenza, utilizzando le domande di congedo a pretesto per dimostrare tale vissuto.

Nel caso dell'infermiere Franco, l'evento appare critico rispetto a un'altra Unità Operativa che, all'opposto della precedente, prende per vero il vissuto di *indispensabilità* evocato dall'assistenza, utilizzando la domanda di cura a pretesto per dimostrare tale vissuto. In entrambi i casi il comportamento violento e dunque il rischio psicosociale sembrano l'agito di vissuti non esplorati di intensa svalutazione o idealizzazione del ruolo professionale; a loro volta segnali di un importante impoverimento del rapporto con l'estraneo (Carli & Paniccchia, 2002) cioè dello scambio tra Unità Operative e domanda di cura che vi si rivolge. Si tratta di quel modo di funzionare della mente che sostituisce la realtà esterna con la realtà interna, di cui Freud parlò in diversi scritti, tra cui ne *Introduzione alla psicoanalisi e altri scritti*, riferendosi ad alcune fantasie che, se anche non connesse a fatti realmente accaduti, "possiedono una realtà psichica in contrasto con quella materiale, e noi giungiamo a poco a poco a capire che nel mondo delle nevrosi la realtà psichica è quella determinante"

(S. Freud, 1915-17/1989, p. 526). Aggiungerà più avanti, “[...] a tutt’oggi non siamo riusciti a dimostrare una diversità di conseguenza a seconda che la parte maggiore in questi avvenimenti infantili spetti alla fantasia oppure alla realtà” (p. 526). I sintomi nevrotici si fondono quindi su una realtà psichica, il nevrotico, in questo senso, “deve pure avere ragione” (p. 105). In questo modo, quegli affetti che risultano inspiegabili apparentemente, come per esempio il senso di colpa di alcuni soggetti, possono essere compresi a partire dal concetto di realtà psichica. Sia nella nevrosi ossessiva che nella psicosi vi è un predominio della realtà psichica. I processi inconsci tendono a sostituire la realtà esterna con quella psichica. (p. 71)

I sintesi, i casi di Gianna e Franco, nel rapporto di scambio con la psicologa del Servizio di Prevenzione e Protezione Rischi passano velocemente dall’essere casi individuali a pretesti per recuperare un pensiero su culture operative; su quel *sensu comune* locale che Gianna e Franco sembrano agire.

Il senso comune, se si guarda al problema con categorie psicologiche, ha la funzione di prescrivere le emozioni “corrette”, nell’ambito dei differenti eventi dell’esperienza, entro una specifica cultura d’appartenenza-

Di fronte al senso comune, d’altro canto, sono possibili due ordini di trasgressione: da un lato trasgressioni alle regole del gioco che reggono la convivenza, e la conseguenza di queste trasgressioni è la “criminalizzazione” dell’individuo che agisce la trasgressione. [...] C’è pure, ed è il caso più frequente, la trasgressione alle emozioni prescritte dal senso comune: ci sono persone che costruiscono eventi emozionali del tutto discordanti da quanto, in relazione agli stessi eventi, è prescritto dal senso comune. Un esempio è quell’uomo di mezza età che non ce la fa a trattenere il riso, irrefrenabile, durante il funerale del padre. [...] E’ interessante che alcuni movimenti culturali si siano proposti quali modalità critiche nei confronti delle emozioni del senso comune. [...]. Si pensi al movimento hippy dell’inizio anni sessanta [...] il senso comune, invitando implicitamente al conformismo, ha avuto la capacità di generare numerosissimi movimenti anticonformisti, dal lontano passato ad oggi. [...]. Tra senso comune e conformismo, d’altro canto, c’è una profonda differenza. Il senso comune prescrive emozioni [...]. Il conformismo, di contro, prescrive comportamenti [...].

Il malato mentale non viola il conformismo, quanto il senso comune [...]. La violazione del conformismo ha a che fare con un’affermazione di libertà – da parte di un individuo o di un gruppo sociale – entro un sistema di controllo. [...] La violazione del senso comune, di contro, viene vissuta come incomprensibile, in quanto consente a un individuo o a un gruppo sociale di costruire, emozionalmente, eventi che non sono previsti entro la prescrizione emozionale del senso comune stesso [...]. Si è detto che la discrepanza tra emozioni vissute entro la costruzione collusiva degli eventi, e emozioni prescritte dal senso comune, comporta un disagio, una sorta di instabilità emozionale che motiva alla domanda di aiuto psicologico. Ci sono, peraltro, anche situazioni in cui questa discrepanza non viene avvertita dalla persona o dal gruppo sociale. In questi ultimi casi, manca nel singolo, come nel gruppo sociale, una consapevolezza della trasgressione nei confronti del senso comune. E’ questa, a nostro modo di vedere, la distinzione tra malati mentali (gravi) e la sempre più diffusa domanda di aiuto psicologico [...].

Ma non basta l’emozione [...] per fondare un disagio mentale. L’emozione implica, necessariamente, una sua trasformazione in comportamenti coerenti con la simbolizzazione emozionale della realtà (...). Il comportamento si istituisce, quindi, come espressione visibile dell’emozione incomprensibile, perché volta a violare il senso comune. (Carli & Paniccia, 2012, pp. 201-204 )

Gianna e Franco probabilmente aderiscono quotidianamente con il loro lavoro a quel senso comune che entro le loro rispettive Unità Operative prescrive vissuti di inutilità e indispensabilità; ma quando tali vissuti sono riemersi nello scambio con l’altro, devono essere divenuti intollerabili da pensare,

generando violenza: è dunque plausibile che Gianna non ci sia stata a sentirsi professionalmente inutile nel rapporto con il dirigente, nonostante comunemente così ci si debba sentire nella sua Unità Operativa; e probabilmente Franco non ce l'ha fatta a sentirsi professionalmente indispensabile nel rapporto con il degente, nonostante comunemente così ci si debba sentire nella sua Unità Operativa. Ma né Gianna e né Franco sembrano avere retto quel minuto di dissenso dal senso comune del loro contesto di riferimento. Sembra, piuttosto, che si siano spaventati e agendo violentemente la loro paura di dissentire si sono assicurati, sacrificando gravemente la consapevolezza della loro trasgressione nei confronti del senso comune.

Forse la malattia mentale grave sta in questa intollerabilità del dissenso, cioè dello scarto tra senso comune e senso, potremmo dire, soggettivo. Il comportamento gravemente malato *dimostra*, solitamente con la forza, quello scarto che il soggetto ritiene di non potere permettersi di percepire. In quest'ottica il malato mentale grave è colui che *fa* il diverso, perché in vario modo non può *sentircisi*, rispetto a una cultura dominante.

Riconoscere con il Servizio di Prevenzione e Protezione Rischi dell'ospedale le culture locali e quindi il senso comune che regge le Unità Operative, può attenuare il loro potere prescrivere agli operatori sanitari come ci si debba sentire, riducendo il rischio di malattia mentale grave e quindi di violenza. Al contempo, le culture locali delle Unità Operative sembrano il nuovo prodotto del tirocinio, rispetto al quale è necessario ripensare il setting, spostandolo dal rapporto tra codice colore e clima al rapporto tra clima e funzione psicologica.

### *Un'evoluzione del setting*

Dopo un anno dall'inizio del tirocinio in Pronto Soccorso e in prossimità di un Laboratorio su Psicologia e Ospedale che faceva seguito al seminario prima ricordato<sup>4</sup>, si comincia a riconoscere la cultura locale di alcune unità operative dell'ospedale, ponendo le basi per ridisegnare il setting dell'intervento psicologico. Entro il nuovo setting, denominato *psicologo-clima*, si (ri)comincia a interrogare il senso di un tirocinio non più esaurito entro una funzione sostitutiva degli operatori sanitari (fase mimetica): se il tirocinio non serve più a dimostrare l'incompetenza-impertinenza di qualcuno per spiegare la tensione entro il Pronto Soccorso, allora il tirocinio può cominciare ad investire su un setting variabile per riconoscere volta per volta la sua funzione entro il rapporto tra la Prevenzione e Protezione del Rischio e l'Unità Operativa. Dopo una prima fase mimetica (il caso de *Il cardiopatico*) il tirocinio ha innanzi tutto colto nello spazio tra il clima organizzativo e il codice colore un mutamento storico importante delle domande di cura (i casi de *Il figlio unico*, *Alvaro* e *La parente immaginaria*) non più solo legate a emergenze mediche come in passato ma spesso a vissuti di emarginazione e violenza. La storicizzazione delle domande di cura è stato quel primo prodotto che ha consentito al setting del tirocinio una sua ulteriore ridefinizione, questa volta entro il rapporto tra psicologo e clima. Il nuovo setting è stato capace di rilevare le culture locali di alcune Unità Operative dell'ospedale (i casi di *Gianna* e *Franco*). Il riconoscimento di tali culture locali è stato il secondo prodotto del tirocinio.

Se l'iniziale funzione sostitutiva ci sembrò spiegare così bene e una volta per tutte perché fosse difficile lavorare in Pronto Soccorso e quale fosse l'obiettivo del tirocinio in quella Unità Operativa, rinunciare a quella appartenenza, per quanto fondata su una difesa improduttiva da un nemico comune (Carli & Paniccia, 2002), non è stato affatto facile.

Con queste nuove categorie di lettura ci chiediamo nuovamente, insieme al primario del Pronto Soccorso e la psicologa del Servizio di Prevenzione e Protezione Rischi, come sollecitare una maggiore partecipazione allo scambio in occasione dell'imminente Laboratorio Psicologia e

---

<sup>4</sup> Cfr nota n°3

Ospedale<sup>5</sup>. Col chiedercelo cominciamo a notare che la funzione psicologica è spesso attesa e consultata entro il Pronto Soccorso, soprattutto dagli infermieri, rispetto a situazioni che spaziano dalla gestione di domande di cura problematiche alla gestione di difficoltà personali apparentemente scisse dal contesto.

Riporto il caso di una riunione d'équipe avvenuta presso la stanza del primario.

#### *Una riunione in Pronto Soccorso*

Obiettivo della riunione è quello di fare un punto sull'attività di tirocinio al Pronto Soccorso, che sta per concludersi. Ricordo i due setting di intervento codice-clima e psicologo-clima con i relativi prodotti: la storicizzazione delle domande di cura (rispetto alla quale la sola tecnica medica rende le cure e le domande di cura impertinente) e l'analisi di alcune culture locali delle unità operative ospedaliere.

Accenno al caso di Lavinia, la ragazza sedicenne che arriva in Pronto Soccorso in pieno episodio dissociativo; un caso che attiverà la collaborazione tra me e la psichiatra del servizio di Prevenzione Diagnosi e Cura (SPDC) dell'ospedale (Giacchetti & Sarubbo, 2013). Non entro nel dettaglio del caso, ma lo accenno in riunione come un esempio di attese consulenziali tra me e gli operatori sanitari. Dico, più in generale, di star notando che gli operatori pensano di potere contare su di noi e anche noi su di loro. In sintesi, entro nel merito del setting di intervento denominato psicologo-clima.

Il primario, a questo punto, aggiunge che sarebbe proprio utile trattare nel Laboratorio anche la problematica del lutto e della morte: parlare di morte apparirebbe molto più interessante per il Pronto Soccorso che parlare di casi psichiatrici. La proposta mi lascia un po' spiazzata sul momento. Questa morte è talmente vera che credo, almeno per un minuto, che si stia parlando solo di cadaveri e questo mi fa sentire impotente. Non so più che fare e che dire!

Provo a pensare al rapporto tra le crisi psichiatriche di Lavinia e la morte che propone il primario. Nel cercar nessi tra morte e follia, tento di non cedere alla competizione tra i due argomenti, utilizzando invece l'uno per comprendere meglio l'altro. Cerco un processo di dereificazione della morte e, forse, anche della follia. Comincio a comprendere che la parola morte evochi un vissuto di impotenza, cioè quel non sapere più che dire e che fare che io avevo provato per un minuto buono, senza potere occuparmene. Propongo di pensare che, rimessa nel campo dei vissuti, la morte può essere un organizzatore importante dei casi trattati in Pronto Soccorso. La psichiatra, ad esempio, al cospetto della violenta crisi dissociativa di Lavinia, si senti probabilmente impotente come se si fosse trovata di fronte alla morte. Fu in quel momento, in punto di morte potremmo dire, che la psichiatra attivò una collaborazione con la psicologa. Il momento della morte, che sottrae al Pronto Soccorso la forza e la prontezza della parola e del gesto, è un vissuto imponente quanto inaccettabile. La funzione psicologica in Pronto Soccorso oggi sembra doversi occupare della dereificazione della morte, favorendo interventi congiunti con quelli medici e infermieristici, rispetto a domande di cura che non possono più essere totalmente medicalizzate senza l'alto rischio di rendere impotente l'operatore sanitario, come nel caso della psichiatra che seguì il caso di Lavinia.

La dereificazione della morte, cioè il recupero del vissuto di morte, comincia a far circolare un clima di fiducia in riunione. Forse si comincia a pensare di potere contare sul Laboratorio Psicologia e Ospedale e, più in generale, sulla funzione psicologica nel Pronto Soccorso.

Oltre al caso di Lavinia su citato, la questione della morte tra fatto e vissuto mi fa tornare in mente uno dei primi casi di intervento al PS, risalente al maggio del 2012.

#### *Il caso della bella morta e giovane*

Appena entro in reparto mi prende da una parte la coordinatrice e mi dice che è un momentaccio. E' da poco arrivata in ambulanza una bellissima ragazza di 25 anni, morta. Accanto a noi c'è anche l'infermiere Carlo, in lacrime perché non è riuscito a salvarla. La coordinatrice è molto dispiaciuta per l'infermiere. Dice che è molto sensibile e la sorte vuole che questi casi capitino sempre a lui. La

---

<sup>5</sup> Cfr nota n°3

coordinatrice continua a raccontarmi che l'infermiere ha provato a rianimarla a lungo, invano. Apprendo in quel momento che la rianimazione può riportare in vita un corpo in cui è avvenuto un arresto cardiaco, purché non sia passato troppo tempo dall'arresto. Ma chissà da quanto era morta la degente! Sempre la coordinatrice racconta che lo stesso infermiere che ha tentato di rianimarla, salvò giorni addietro la vita a un altro degente dato per morto: continuò la rianimazione cardiopolmonare per più di un'ora, non ascoltando il coro di infermieri che gli dicevano che era tutto inutile e alla fine il paziente si rianimò. Questa volta invece, per la bella giovane non sembra ci sia stato niente da fare. Mi commuovo mentre la coordinatrice mi parla e l'infermiere Carlo rimane seduto al triage, affranto.

L'intervento si limita a riconoscere il problema che deve rappresentare per il Pronto Soccorso dovere rinunciare alla fantasia di potere sconfiggere sempre la morte, senza cedere a quel che sembra l'agito emozionale della reazione a quel limite: la colpevolizzazione.

La giovane morta è stata sistemata in una stanza. All'interno, a vegliarla, ci sono i genitori, mentre subito fuori del Pronto Soccorso passeggia nervosamente avanti e indietro una amica, infermiera e vicina di casa della morta. Questa amica, Gemma, mi racconta di essersi precipitata subito in casa della giovane, chiamata dalla madre. Gemma ha tentato per diversi minuti la rianimazione, durante l'attesa dell'ambulanza. Fatalmente l'ambulanza è arrivata molto tardi. Gemma è disperata: teme di averla rianimata male e di avere sbagliato a non chiamare un'altra ambulanza invece di aspettare quella già chiamata. L'emozione di angoscia per non aver potuto scongiurare il rischio di morte dell'amica sembra essersi tramutata nella fantasia di avere commesso una serie di colpe. L'intervento con Gemma si limita a riconoscere la colpevolizzazione, come la prima forma di difesa dall'angoscia di un accadimento che ci coglie impreparati e insufficienti.

Arriva in quel momento al Pronto Soccorso un giovane alto, trafelato. Gli chiedo se stia male e mi risponde che è affannato solo perché ha corso fino al Pronto Soccorso appena ha saputo che la sua fidanzata è stata ricoverata lì per un malore. Gli chiedo come di prassi il nome della ricoverata per potergli fornire maggiori informazioni. Mi risponde: "Lucia Bianchi". Quando raggiungo i terminali del triage c'è l'infermiere Carlo, seduto di fronte la postazione computer, ancora molto scosso. Chiedo a Carlo notizie della paziente Lucia Bianchi. Carlo sbianca: è la giovane venticinquenne morta, l'amica di Gemma! Fino a quel momento non avevo ancora saputo il suo nome. Carlo mi chiede chi chieda di lei e gli rispondo che è il fidanzato. Mi mette da parte dicendomi: "ci penso io". Raggiunge il fidanzato della degente morta e lo fa entrare nella stanza dove era sistemato il cadavere, chiudendogli la porta dietro. Dopo un istante si sente il grido di lui: "Noooooo!" e rumore di pugni e calci ai muri, alle sedie, a tutto.

Non era certo facile trovare un altro modo, mediato dalle parole, per informare il fidanzato della morte della degente. Ma ancora penso a come quello stesso Pronto Soccorso che si crede capace di sconfiggere la morte, nel momento del fallimento di tale fantasia non sa che dire a chi piange quei morti. A chi ricorda che in Pronto Soccorso si può anche morire.

La focalizzazione sulla patologia, sulla valutazione dei parametri vitali, non lascia spazio a un pensiero su cosa ci viva intorno: il paziente/parente implicato emozionalmente, cioè quella relazione che farebbe cogliere le emozioni presenti nelle richieste, nei problemi posti (le lamentele per la lunga attesa, il voler incontrare il parente, la richiesta di informazioni ...). I problemi, se emozionati, cioè sentiti, colti, disordinano il rapporto, ma in cambio possono divenire più comprensibili e trattabili. Al contrario, se i problemi emozionali sono scissi dalla relazione divengono presto pretese incomprensibili che attivano reazioni aggressive dell'utenza o del personale, difensive rispetto allo spaesamento e all'impotenza evocata dall'incomprensibilità.

### *La funzione psicologica nel Pronto Soccorso*

Tramite l'ipotesi delle informazioni mediche scarse, l'esordio del tirocinio ci ha messo in rapporto con una utenza da una parte e gli operatori sanitari dall'altra, consentendoci di inserirci credibilmente nel

contesto. Attraverso un costante resoconto sul setting abbiamo compreso che oggi chi si rivolge in modo impertinente al Pronto Soccorso è qualcuno per lo più in cerca di ospitalità (anziani cronici o marginalità sociale), indipendentemente dal codice colore assegnato. Il clima conflittuale del Pronto Soccorso è divenuto così contestualizzabile nel rapporto tra queste “nuove domande di cura” e il mandato sociale medico dell’Unità Operativa.

La collocabilità e dunque comprensibilità degli elevati livelli di tensione entro il Pronto Soccorso ha creato le premesse per un rapporto di fiducia tra operatore sanitario e psicologo. Come nel caso di Lavinia, che accende una collaborazione tra funzione psicologica del Pronto Soccorso e Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura dell’ospedale. Come anche nel caso della riunione, in cui si chiede allo psicologo una consulenza sul problema della morte in Pronto Soccorso. Come pure nel caso dei numerosi infermieri del Pronto Soccorso che cercano lo psicologo per problematiche apparentemente molto svincolate dal contesto, come quelle familiari, coniugali, amicali.

Ma rieccoci giunti a parlare di morte. Morte come falso da interpretare. Morte come vissuto. Come quell’attimo di impotenza, di disperazione, di disagio profondo. Finalmente in Pronto Soccorso sembra che se ne possa cominciare a parlare senza bisogno di impazzire, senza bisogno di aggredire nient’altro che un senso di onnipotenza che le nuove domande di cura mettono sempre più alla prova.

Gli spazi vuoti tra la domanda di cura e la cura medica sono spesso spazi di attesa, di passaggio, come i corridoi, le sale d’aspetto per i parenti o le macchinette del caffè del Pronto Soccorso del San Filippo Neri. In quegli spazi è possibile intercettare attimi di profonda e disperata impotenza, sia da parte dei degenti che degli operatori. Attimi, appunto, come di morte, in cui sembra perduta la prontezza della parola e del gesto. Attimi in cui non si sa più cosa fare, mentre è certo che la collaborazione diventi sempre più importante. E’ il caso della psichiatra che, in un momento di impotenza, attiva la collaborazione con la psicologa. E’ il caso del medico del codice rosso che richiama la psicologa a tollerare l’impotenza del non sapere che fare per il degente, per collaborare al meglio nella gestione del parente.

La morte in Pronto Soccorso oggi non è più solo l’azzeramento dei parametri vitali. Oggi la morte in Pronto Soccorso è sinonimo di cambiamento. Di domanda di cura cambiata. Una domanda che non ha bisogno di rianimazione e salvataggio pur portando un vissuto di urgenza tutto da comprendere. D’altro canto, l’impotenza che può evocare nei Pronto Soccorso la rinuncia alla prontezza dell’intervento urgente nonostante il vissuto di urgenza e, potremmo dire, di indispensabilità della cura, può far impazzire! Come nel caso su citato dell’infermiere Franco, alle prese con una insistente domanda di cura, aggredita perché insopportabile nel suo sottolineare l’insufficienza dell’intervento medico mentre sembra ribadire l’indispensabilità. Ma come anche nel caso dell’infermiere Carlo che sembra preferire, come Gemma, il delirio di colpa alla tollerabilità angosciata dei limiti del suo soccorrere prontamente. La collaborazione tra psicologia e Pronto Soccorso sembra partire proprio da qui: dal rapporto tra la follia e la cognizione emozionata dei limiti dell’intervento in rapporto alla urgenza.

#### *Alcune considerazioni conclusive*

Utilizzare il riferimento a Codignola e ricostruire un’alternanza tra vero e falso nella metodologia di intervento al Pronto Soccorso ci ha aiutato a rendere pensabile e verificabile il metodo che abbiamo adottato.

Le riflessioni sul metodo ci hanno portato anche a riconsiderare il significato di *agito emozionale*. Cito Renzo Carli al proposito:

La relazione con gli “oggetti” simbolizzati emozionalmente, che fonda il nostro rapporto con la realtà, è connotata dall’ambiguità: una difficile e quotidiana commistione di emozioni che portano a vivere l’altro come amico e *al contempo* nemico. [...]

#### Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica n° 1 - 2014

Giacchetti, V. (2014). La funzione psicologica entro un contesto che lavora con l’urgenza: il Pronto Soccorso dell’Azienda Ospedaliera Complessa San Filippo Neri [The psychological function within a context that works with the urgency: Emergency Department of the Hospital Complex San Filippo Neri]. *Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 51-64. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it/quaderni>

L'originaria ambiguità può indurre ansia; giustifica la propensione a “risolvere”, in un modo o nell'altro, la relazione ambigua e quindi non definita emozionalmente, con gli oggetti. L'agito emozionale serve allo scopo: quando si agiscono le emozioni, l'oggetto che è il destinatario dell'agito diviene univocamente “amico” o “nemico” (2007, p. 382)

Gli agiti emozionali, ripensando al setting di intervento nel Pronto Soccorso, sembrano essere stati momenti in cui si è *parteggiato* a favore di qualcuno univocamente *amico* contro qualcun altro univocamente *nemico*, fin quasi a rompere il rapporto tra tirocinio e contesto. Sto pensando, soprattutto entro l'iniziale *fase mimetica*, al caso dell'infartuato sullo sfondo della supposta incompetenza della psicologa col gruppo di cardiopatici; ma penso anche al caso di Lavinia, entro il setting *psicologo-clima*, sullo sfondo della supposta incompetenza della psichiatra da un lato e dei genitori dall'altro ad averci a che fare. E ancora, di nuovo entro la *fase mimetica*, penso al caso della degente morta e giovane sullo sfondo della supposta incompetenza degli infermieri a trattare le emozioni evocate nel non potere salvarle la vita.

Mi chiedo se *parteggiare* parli dei limiti della competenza professionale da mettere nel conto di una funzione psicologica orientata dal modello dell'Analisi della Domanda, continuamente operante con l'urgenza e priva di un setting al suo servizio. Probabilmente *parteggiare* ha rappresentato in alcuni momenti il cedere alla provocazione evocata da un contesto continuamente e ovunque pronto ad “aggreire” e a risolvere urgenze.

D'altronde, se c'è stata una storia nel corso di questi due anni di tirocinio tra la scuola di specializzazione in psicoterapia psicanalitica, intervento psicologico clinico e analisi della domanda, il Servizio di Prevenzione e Protezione Rischi e il Pronto Soccorso del San Filippo Neri, è anche grazie a questa oscillazione continua tra la propensione ad agire le emozioni evocate dal rapporto con l'Unità Operativa con dei pregiudizi che riconducessero l'estraneo al previsto e la propensione ad incontrare la domanda di realtà, tornando a interrogare i problemi del Pronto Soccorso e i modi per trattarli.

“La provocazione, quindi, in quanto fonda la dinamica dell'appartenenza, ha un alto valore funzionale nella relazione [...]. Le neo-emozioni [...] sono funzionali alla relazione sociale, tuttavia, quanto più si prestano, dopo aver permesso l'instaurarsi di un rapporto, alla sconferma della loro reificazione e al riconoscimento della loro realtà emozionale” (Carli & Paniccia, 2002, p. 83)

Credo che questa oscillazione abbia non solo evidenziato *sul momento* delle incompetenze, ma incoraggiate e costruite *nel tempo* competenze professionali emozionate: momenti di pensiero, alternativi alla violenza, sul vissuto di impotenza-onnipotenza evocato dall'incontro urgente tra la domanda e l'offerta di cura.

Con questo lungo e appassionante percorso riconosco nuovamente che lavorare *con* le emozioni definisca la funzione, il metodo e insieme l'obiettivo della competenza psicologica.

## Bibliografia

Atzori, E. (2012). La funzione psicologica in un Servizio Prevenzione e Protezione Rischi: la valutazione del rischio da stress lavoro-correlato al rischio psicosociale come occasione per sviluppare un orientamento al cliente [The psychological function in a Risk Prevention and Protection Service: the assessment of work-related stress risk/psychosocial risk as occasion to promote client orientation]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 44-48. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>

Brescia, F., & Mazzeo, G. (2012) La valutazione del rischio psicosociale in Ospedale [Psychosocial risk

Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica n° 1 - 2014

62

Giacchetti, V. (2014). La funzione psicologica entro un contesto che lavora con l'urgenza: il Pronto Soccorso dell'Azienda Ospedaliera Complessa San Filippo Neri [The psychological function within a context that works with the urgency: Emergency Department of the Hospital Complex San Filippo Neri]. *Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 51-64. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it/quaderni>

assessment in Hospital]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 63-75. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>

Brescia, F., Cafaro, B., Civitillo, A., Crisanti, P., Giacchetti, V., Girardi, D., ... Viola, C. (2013). Otto esperienze di intervento psicologico clinico entro Unità Operative ospedaliere e di assistenza domiciliare riabilitativa [Eight experiences of clinical psychological intervention in Hospital and Home Care Units]. *Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica*, 2, 12-25. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it/quaderni>

Carbone, A., Di Ruzza, F., Giacchetti, V., Pierandrei, C., & Verducci, L. (2012). Malattia mentale: incontrarla nei sistemi di convivenza sociale. Domande professionali nei luoghi del quotidiano [Mental disorder: dealing with it in systems of social coexistence. Professional demands in everyday spaces]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 2, 151-158. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>

Carli, R. (2007). Pulcinella o dell'ambiguità [On Pulcinella and ambiguity]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 3, 382-396. 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>

Carli, R., & Paniccia, R.M. (2002). *L'analisi emozionale del testo. Uno strumento psicologico per leggere testi e discorsi* [Emotional Text Analysis. A tool for reading texts and discourses]. Milano: FrancoAngeli.

Carli, R. & Paniccia, R.M. (2004). *Analisi della domanda. Teoria e tecnica dell'intervento in psicologia clinica* [Analysis of demand. Theory and technique of intervention in clinical psychology]. Bologna: Il Mulino.

Carli, R., & Paniccia, R.M. (2011). *La cultura dei servizi di salute mentale in Italia. Dai malati psichiatrici alla nuova utenza. L'evoluzione della domanda di aiuto e delle dinamiche di rapporto* [The culture of mental health services in Italy. From psychiatric patients to new users. The evolution of demand for help and of relational dynamics]. Milano: FrancoAngeli.

Carli, R., & Paniccia, R.M. (2012). Malattia mentale e senso comune [Mental disorder and commonsense]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 2, 201-206. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>

Cinalli, S. (2012). Il Servizio di Prevenzione e Protezione Rischi: quadro normativo di un sistema di sicurezza globale [The Prevention and Protection Risk Service: the regulatory framework of a comprehensive security system]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 42-43. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>

Civitillo, A. (2012). Ospedale, sofferenza, psicologia: intercettare domande [Hospital, suffering, psychology: Intercepting demands]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 21-26. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>

Codignola, E. (1977). *Il vero e il falso. Saggio sulla struttura logica dell'interpretazione psicoanalitica* [The true and the false. Essay on the logical structure of psychoanalytic interpretation]. Torino: Bollati Boringhieri.

Freud, S. (1989). *Introduzione alla psicoanalisi e altri scritti* [Introduction to psychoanalysis and other papers] (C. Musatti, Ed. & Trans.). Opere. Vol. 8. Torino: Bollati Boringhieri. (Original work published 1915-1917)

Giacchetti, V., Giuliano, S., Strignano, O., Civitillo, A., De Bellonia, M., & Giovannetti, C. (2012). La malattia mentale: occuparsene senza mandato [Mental disorder: dealing with it without mandate]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 2, 142-150. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>

## Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica n° 1 - 2014

Giacchetti, V. (2014). La funzione psicologica entro un contesto che lavora con l'urgenza: il Pronto Soccorso dell'Azienda Ospedaliera Complessa San Filippo Neri [The psychological function within a context that works with the urgency: Emergency Department of the Hospital Complex San Filippo Neri]. *Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 51-64. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it/quaderni>

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>

Sarubbo, M. (2012). La funzione psicologica nel Servizio di Prevenzione e Protezione Rischi: adempiere a un obbligo di legge o sviluppare competenza organizzativa? [The psychological function in Risk Prevention and Protection Service: perform regulatory requirements or develop organizational competence?]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 34–41. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>