

## **The loss of power over the patient: Disadvantage or development?**

***Elisabetta Atzori\****

### *Abstract*

The article presents an experience of clinical psychological intervention in a oncology hospital unit, focusing on the relation between the fallibility of cures, the psychosocial risk of health workers and the sanitation of problems relating to living together.

*Keywords:* psychosocial risk; health worker; patient; hospital; oncology.

---

\* Dirigente Psicologa, SPPR Ospedale San Filippo Neri di Roma.

## **La perdita del potere sul paziente: Svantaggio o sviluppo?**

***Elisabetta Atzori***<sup>†</sup>

### *Abstract*

L'articolo presenta un'esperienza di intervento psicologico clinico presso l'unità di Oncologia di un Ospedale, con particolare attenzione al tema del rapporto tra fallibilità della cura, rischio psicosociale degli operatori sanitari e sanitarizzazione dei problemi di convivenza.

*Parole chiave:* rischio psicosociale; operatore sanitario; paziente; ospedale; oncologia.

---

<sup>†</sup> Dirigente Psicologa, SPPR Ospedale San Filippo Neri di Roma.

Atzori, E. (2016). La perdita del potere sul paziente: Svantaggio o sviluppo? [The loss of power over the patient: Disadvantage or development?]. *Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 32-35. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it/quaderni>

Questo intervento, presentato al Seminario SPS su “La sanitarizzazione dei problemi di convivenza. Il fine vita”, tenutosi il 29 novembre 2015, si pone l’obiettivo di trattare i problemi di convivenza incontrati in ospedale con la funzione di prevenire e intervenire sul rischio psicosociale degli operatori (Atzori, 2012; Carli et al., 2012).

Il primo punto sul quale vorrei mettere l’accento è che i problemi di convivenza tra personale sanitario e pazienti/familiari sorgono quando salta un patto implicito nella relazione di dipendenza dal potere del sanitario. Sono diversi i contesti dove questo accade, ad esempio quando si svolge il proprio lavoro non a diretto contatto con il paziente (penso a quei servizi che svolgono attività di laboratorio come la Patologia Clinica), o nel caso in cui la propria funzione professionale venga vissuta come ausiliaria a quella medica (mi vengono in mente gli infermieri, i tecnici, i fisioterapisti e le ostetriche), oppure ancora in quelle attività dove il potere medico si confronta con la fallibilità della cura. Tra i contesti brevemente elencati ho scelto di approfondire le questioni portate da quest’ultimo a partire da un’attività formativa effettuata quest’anno rivolta alla coordinatrice e al personale infermieristico del Day Hospital (DH) Oncologico (Atzori et al., 2016)). Attraverso il corso è stato possibile iniziare a lavorare sul rischio psicosociale portato dall’oncologia: il rapporto con la fallibilità della cura. Vedremo come questo sia in rapporto con le modalità relazionali portate dai diversi gruppi professionali: medici e infermieri, infermieri del DH e dell’ambulatorio.

Sappiamo che nel mondo sanitario la definizione dell’assistenza infermieristica come competenza autonoma, altra da quella medica, con specifiche competenze organizzative e relazionali, spesso si è tradotta in un appiattimento delle competenze infermieristiche su quelle mediche attraverso lo sviluppo di una maggiore specializzazione tecnica (Guerra, 1992). In che modo questo aspetto si declina nel DH oncologico? Il paziente che accede al DH viene registrato, accolto, effettua la visita medica e infine la chemioterapia. Questo percorso richiede l’effettuazione di diverse attività. Gli infermieri concentrano il proprio lavoro nella preparazione e somministrazione dei farmaci, esercitando la propria funzione in autonomia rispetto al medico.

Sappiamo anche che nella maggior parte dei contesti lavorativi sanitari, l’infermiere anche se in maniera ambivalente, ricerca una collaborazione con il medico in quanto ha bisogno di identificarsi con un sapere forte e una categoria professionale forte (Guerra, 1992). Questo processo identificativo sembrerebbe più complesso nei contesti lavorativi che come l’oncologia si confrontano con la fallibilità della cura: l’oncologo non è corredato da un sapere forte essendo evidentemente il suo sapere insufficiente a salvare le vite dei pazienti con tumore. Con gli oncologi, sprovvisti di una tecnica forte e per formazione più orientati alla cura che al prendersi cura, diventa quindi più difficile perseguire un rapporto di collaborazione. Stessa questione si presenta nel rapporto tra infermieri del DH e dell’ambulatorio oncologico: la funzione infermieristica nel contesto ambulatoriale non può ruotare intorno a prassi tecniche specifiche (come la preparazione e somministrazione dei chemioterapici), prassi che favorirebbero la possibilità di svolgere un’attività in autonomia.

Le attività di accoglienza/registrazione dei pazienti, di assistenza infermieristica al paziente nella visita medica sono vissute come burocratiche e subalterne a quelle del medico. Gli infermieri ambulatoriali vivono con disagio il proprio lavoro e gli infermieri del DH non aspirano a farlo.

Gli infermieri del DH vivono il loro lavoro come prestigioso, sono fortemente coesi, si vivono come fortunati rispetto agli infermieri di altri settori ospedalieri, ci tengono a sfatare il pregiudizio dell’oncologia come contesto pesante e da evitare. Il DH Oncologico diventa una sorta di “isola felice” dove è necessario sdrammatizzare le situazioni che si creano nella sala delle terapie. Un’isola che comunque, nonostante la sua connotazione di “felice”, in quanto “isola” richiama la separazione, la solitudine dal resto dell’ospedale, ci si sente infermieri insostituibili ma questo porta anche ad essere soli con i malati.

L’isola felice non riesce a preservarsi dal rapporto con la morte. Si vive il malato oncologico come legittimato a pretendere, e loro stessi come obbligati a dover essere protratti verso gli altri. Dove questo protrarsi, questo andare incontro all’altro, significa aderire a tutte le sue attese, gli infermieri si sentono risucchiati.

Durante il corso abbiamo lavorato sulla questione esplorando il rapporto con i pazienti vissuti come risucchiati, quelli che fanno fallire l’assetto di isola felice. Quelli che pretendono e che non colludono con il clima di felicità che l’isola propone. È stato a partire dalle riflessioni su alcuni casi da loro portati sulla gestione del rapporto con pazienti ritenuti “difficili” che gli infermieri hanno iniziato a cogliere alcune proposte di lettura delle difficoltà nel rapporto con i medici.

Negare una parte dell’organizzazione, i medici, è negare la terapia, e tutti i limiti della terapia chemioterapica, il suo non funzionare e la forte possibilità che il paziente muoia. È negare la morte. L’infermiere, non potendosi arrabbiare con il paziente, né con la medicina che non ha una cura, evacua tutte le emozioni violente ed aggressive sul medico. La paura dell’altro, il paziente vampiro che ti risucchia, fa stare entro adempimenti aggressivi, si fa fuori la possibilità di capire questa paura e farsi carico del rapporto

convenendo in maniera attiva il senso del rapporto stesso.

Il gruppo di infermieri inizia a scoprire di non essere proprio un'isola felice, anche tra loro ci sono differenze d'opinione poco espresse. È presente il timore di affrontare alcuni argomenti, di cui si paga lo scotto di sentirsi falsi. Una dinamica analizzata nel percorso con gli infermieri è la dicotomia *nascondere* rispetto a *mostrare problemi*, entro la paura, come dicevamo, che trattare alcuni argomenti possa innescare meccanismi non controllabili. Si è proposta una trasversalità tra come si sentono nel rapporto tra di loro e con il paziente: in entrambi i casi si trovano a dover nascondere la realtà seppure ne sono consapevoli, in particolare nei casi di insuccesso e di peggioramento, per la paura di affrontare la questione, nel caso del paziente, della morte. C'è paura a chiedere, ad esplorare. Si pensa che si debba indovinare cosa voglia l'altro, prevederlo, senza chiedere, dicendo perfettamente ciò che l'altro si aspetta che si dica.

Un prodotto dell'intervento su tale aspetto è stato un diverso modo di definire la propria funzione rispetto ai pazienti. All'inizio del corso hanno utilizzato la parola 'traghetare', pensandosi come coloro che traghettano il paziente dalla vita alla morte. La parola 'traghetare' deriva dal latino *trajectare*, *trajicere*, traversare composto da *trans* (al di là) e *jicere*, *jacere*, gettare (parola che ha etimologicamente differenti significati: scagliare, lanciare, ed anche porre, fondare, come pure mettere, collocare. Comunicare con la mano movimento ad una cosa, che si vuole allontanare.). Quindi traghettare sta per passare, o far passare da una parte all'altra, passare oltre, ma si dice anche per gettare in qua e là sconciamente.

Traghettare ci fa quindi pensare ad una relazione di potere in cui l'infermiere decide da solo dove andare a prescindere dall'altro.

In seguito gli infermieri si sono identificati nell'azione di accompagnare i pazienti. Accompagnare è un termine che deriva da compagno composto da *cum* (con) e *panis* (pane), partecipe dello stesso vitto. Quello che fa compagnia, andando e anche stando con esso.

Nell'accompagnare il paziente a differenza del traghettare è compresa l'esistenza dell'altro e dei suoi tempi.

Una parte degli infermieri a conclusione del corso si sente incompetente su questo aspetto, sulla funzione di accompagnamento al paziente, mentre un'altra parte del gruppo riconosce di essere a rischio di *burn out*. Tutto il gruppo si dichiara interessato a continuare a lavorare su questi aspetti anche in rapporto allo staff medico.

Stiamo continuando il rapporto di collaborazione con l'oncologia, al progetto attualmente in corso sta partecipando anche lo staff medico.

### Bibliografia

Atzori, E. (2012). La funzione psicologica in un Servizio Prevenzione e Protezione Rischi: La valutazione del rischio da stress lavoro-correlato/rischio psicosociale come occasione per sviluppare un orientamento al cliente [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>

Atzori, E., Policelli, S., Fiorentino, R., Bua, V., & Valotta, R. (2016). Lo sviluppo dell'attenzione alla soggettività del paziente: Un indicatore di basso livello di rischio psicosociale [The development of attention towards the subjectivity of the patient: An indicator for a low level of psychosocial risk]. *Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 47-54. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it/quaderni>

Carli, R., Paniccia, R.M, Atzori, E., Cinalli, S., Brescia, F., Mazzeo, G. ... Dolcetti, F. (2012). Il rischio psicosociale in un Ospedale romano: Il rapporto tra Cultura Locale e soddisfazione nell'Azienda Complesso Ospedaliero San Filippo Neri [Psychosocial risk at a Hospital in Rome: The relationship between Local Culture and satisfaction at San Filippo Neri Hospital Complex Authority]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 76-90. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>

Guerra, G. (1992). *Psicosociologia dell'ospedale. Analisi organizzativa e processi di cambiamento* [Psychosociology of the hospital. Organizational analysis and processes of change]. Roma: Carocci.