

Il tirocinio in ospedale

di Renzo Carli*

Abstract

Nel lavoro vengono analizzate le conseguenze delle riforme sanitarie succedutesi negli ultimi anni in Italia: sulla relazione tra pazienti e struttura sanitaria, sulla relazione tra medici e pazienti. Alla diffusa critica al funzionamento sanitario, da parte dell'utenza, si contrappone la cosiddetta medicina difensiva e la ricerca di redditività negli interventi praticati, in funzione dell'alleanza tra direttori generali e primari, entro l'ospedale. Si propone, al fine di far fronte alla disfunzione crescente che ha nei dipartimenti di medicina d'urgenza e nel pronto soccorso i suoi luoghi di massima problematicità, il ripristino della relazione d'informazione tra personale sanitario e pazienti – familiari, prospettando nel potenziamento di tale funzione un possibile ruolo degli psicologi clinici.

Parole chiave: Ospedale generale; Comunicazione sanitaria; Medicina difensiva

Sin dagli esordi della nostra scuola di specializzazione in psicoterapia psicoanalitica¹, alcuni allievi hanno svolto attività di tirocinio presso diverse aziende ospedaliere di Roma. Attività importante per la loro formazione al lavoro di intervento psicologico clinico e di psicoterapia.

L'ospedale rappresenta un luogo di grande interesse per lo psicologo clinico e per lo psicoterapista. Interesse che può non risultare di facile lettura. Vediamo di approfondire il tema, iniziando da una lettura "storica" dei cambiamenti che, nel recente passato, hanno caratterizzato l'organizzazione ospedaliera nel nostro paese.

I cambiamenti nella relazione tra pazienti e familiari da un lato, personale sanitario dall'altro, in Ospedale

Usualmente, ogni ospedale prevede pratiche o riti specifici, volti al controllo di chi viene ricoverato al suo interno. Si pensi, ad esempio, al fatto che i malati debbono stare a letto, anche se la forma patogena della quale sono portatori non comporta, in sé, l'allettamento. Quando il malato, spogliato dei suoi abiti usuali, è costretto a letto tale evento comporta dinamiche di controllo reali e simboliche molto evidenti: dalla regressione, dalla spersonalizzazione che l'essere costretti a letto induce nel malato alla limitazione nei movimenti, alla dipendenza che chi è a letto vive nei confronti di ogni sua esigenza vitale; alla passività, alla perdita pressochè assoluta del proprio ruolo sociale, della propria identità. Pensiamo agli orari dell'ospedale, ad esempio quelli dei pasti, più vicini a quelli di un convento religioso che alle abitudini di vita familiare. Pensiamo alle limitazioni negli orari delle visite, al dover condividere la stanza di degenza con altri malati, alle modalità di relazione tra infermieri e malati. Il malato ospedalizzato, solitamente, viene espropriato del tempo: attende per ore l'effettuazione di un prelievo, la misurazione della pressione arteriosa o l'applicazione di una fleboclisi, senza alcuna conoscenza della tempistica con cui sarà sottoposto ai vari interventi. Nell'ospedalizzazione le persone vengono rese obbedienti e passive, al fine di ottenere una completa remissività del paziente verso tutte le azioni messe in atto, nei suoi confronti, da parte del personale sanitario; azioni che giungono il più delle volte all'improvviso e delle quali, spesso, il paziente non conosce nulla o quasi nulla. Anche la procedura del consenso informato, voluta per ovviare al potere del sistema sanitario sul malato, si è spesso risolta in una

* 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.

¹ Si tratta della "Scuola di specializzazione in psicoterapia psicoanalitica, intervento clinico e analisi della domanda", organizzata dallo Studio di Psicosociologia di Roma (SPS). L'autore di questo contributo è il Direttore della Scuola.

pratica adempitiva, svuotata di ogni vera valenza partecipativa alle decisioni mediche, o peggio in una procedura funzionale alla cosiddetta medicina difensiva, della quale parleremo più avanti. La condizione di ospedalizzazione è simile, per molti aspetti, a quella delle “istituzioni totali” descritte, all’inizio degli anni sessanta, da Erving Goffman² entro un ospedale psichiatrico statunitense. Potremmo continuare a lungo; rimane il fatto che l’istituzionalizzazione ospedaliera è provvisoria, nella maggioranza dei casi reversibile e caratterizzata da obiettivi generali e condivisi di cura; l’intervento medico, in altri termini, è condiviso dal paziente e dai suoi familiari in quanto il presupposto fondamentale dell’ospedalizzazione è che tutto avvenga “per il bene” del paziente. Il sistema di regole della convivenza ospedaliera e l’intervento medico sono le due componenti centrali dell’ospedalizzazione medica. Si tratta di due aspetti dell’ospedalizzazione che si possono analizzare dal punto di vista organizzativo, descrivendone caratteristiche operative, tempistica, efficacia, limiti, inconvenienti. Di queste componenti dell’ospedalizzazione, d’altro canto, è possibile un’analisi simbolico emozionale. Si tratta di una analisi che prende in considerazione la dinamica delle relazioni simboliche di quanto Fornari³ chiamava *onfalicentrismo* (il prendersi cura) e *fallocentrismo* (il curare), con riferimento all’ombelico (in greco: *omfalos*) e al fallo. Questa bipartizione è di grande rilievo per capire come nascono gli ospedali, nella storia antica e in particolare in quella europea.

Ricordiamo, sinteticamente che la cura ha origini sacre; veniva tenuta all’interno di templi dedicati al dio, in particolare ad Esculapio (Asklepion). Ippocrate (nato a Cos nel 460 a. C.), considerato il fondatore della medicina “scientifica” e autore del giuramento che ancora oggi segna e impegna l’ingresso del giovane medico nella professione, lavorò presso l’Asklepeion di Cos, molto noto in tutta la Grecia antica e che ancora oggi si può visitare, immerso in un bosco e circondato da acque sorgive. Un luogo salubre, alla sommità di un colle, costruito nel quarto secolo a. C., ma con resti risalenti a periodi precedenti, alcuni all’età minoica.



² Goffman, E. (1961). *Asylums. Essays on the social situation of mental patients and other inmates*. New York: Anchor Books, Doubleday & Company, Inc. Trad. it.(1968). *Asylums. Le istituzioni totali: i meccanismi dell'esclusione e della violenza*. Torino: Einaudi.

³ Fornari, F. (1976). *Simbolo e codice. Dal processo psicoanalitico all'analisi istituzionale*, Feltrinelli, Milano. Riportiamo il passo di Fornari che parla di questa distinzione: “Al modello *onfali centrico* (da *onfalos* = cordone ombelicale) che si esprime nell’aver cura di’ di tipo materno, si sostituisce il modello *fallocentrico* della lotta contro il male condotta dal medico – stregone come figura di tipo paterno. Il modello onfalicentrico di terapia si fonda sul vivere il male dell’altro come se fosse proprio, vissuto cioè in una situazione di appartenenza che dice del sentirsi confusamente responsabili del male che si vuole curare. Il modello fallocentrico tratta il male proprio come se fosse altro, per cui si lotta contro la malattia come alienità intrusiva e nemica”. (p. 199). A parte l’imprecisione di Fornari nel citare la dizione greca di *omfalos*, e il suo significato di ombelico più che di cordone ombelicale, la distinzione proposta è di grande importanza per capire la struttura dell’ospedale e la sua dinamica simbolico – istituzionale.



In epoca medioevale, gli ospizi (dai quali prende il nome l'ospedale moderno), i ricoveri, gli *xenodochia*, gli hotel-Dieu francesi, si trovavano spesso presso i conventi di molti ordini religiosi. L'ospitalità consisteva nel rifocillare, offrire un giaciglio per la notte, prendersi cura dei bisognosi, dei poveri, delle vedove, degli indigenti (da *in* rafforzativo e *egere* che vale "aver bisogno"). Questi luoghi, per lo più religiosi nell'europa cristiana, si moltiplicano con lo spostamento di grandi masse di persone. In particolare con le Crociate, che vedono un gran numero di cristiani percorrere l'Europa per raggiungere il Santo Sepolcro e le terre del Medio oriente o per tornare dai luoghi di confronto con gli eserciti musulmani. Lungo il percorso dei crociati si sviluppò una vera e propria rete di ospizi volti a prendersi cura delle persone affaticate, malate, senza le energie per proseguire il cammino. Se si guarda allo sviluppo successivo degli ospedali, se ne può cogliere, in Italia soprattutto, la loro origine religiosa, diretta eredità delle tradizioni medioevali. Sono alcuni ordini religiosi, pensiamo ai Camilliani, ai Fatebenefratelli, alle ospedaliere del Sacro Cuore di Gesù e della Beata Vergine, agli Ospedalieri di San Giovanni di Gerusalemme (Sovrano Militare Ordine di Malta), agli ospedalieri di Nostra Signora della Carità e a molti altri.

E' sul finire del '700 che i medici fanno il loro ingresso entro le istituzioni ospedaliere che, come s'è detto, erano nella maggior parte di fondazione religiosa. Questo ingresso, che sarebbe interessante ricostruire nelle sue ragioni, nelle sue motivazioni e nella modalità della sua realizzazione, segna l'affiancarsi, da allora inestricabile, del prendersi cura e del curare.

Queste due funzioni sono complementari: da un lato il prendersi cura implica, in chi si prende cura, una sorta di identificazione con lo star male dell'altro, quindi una funzione fondata sull'assunzione di colpa che comporta, poi, l'atto riparatorio. Senza questa dinamica della colpa volta alla riparazione, non si dà il prendersi cura. E' importante cogliere il senso della "colpa volta alla riparazione"; Fornari parlava della madre che, di fronte al pianto rabbia del bambino, sa ironicamente colpevolizzarsi (povero piccolo, che cattiva mamma che hai!) per poi mettere in atto la riparazione (vieni, piccolo, che adesso la mamma ti pulisce, ti cambia, ti dà da mangiare ...). Non si tratta di senso di colpa, quindi, con la sua inutile distruttività dell'altro. Si tratta della capacità di identificazione con la sofferenza dell'altro, al fine di coglierne i bisogni per un intervento che attenui la sofferenza stessa⁴. Il prendersi cura, la sollecitudine caritatevole nei confronti dell'altro sono possibili se l'altro bisognoso, malato, viene simbolizzato quale "bambino" inerme e dipendente. Questo è il motivo per cui l'ingresso in ospedale comporta dipendenza e, necessariamente, una sorta di regressione obbligatoria del malato, al fine di rendere possibile l'istituirsi del prendersi cura da parte del personale infermieristico⁵. Nel momento in cui i medici fanno il loro ingresso negli ospedali – ospizi, portando con loro il sapere medico, fondato sulla

⁴ Fornari dice: "La madre libera il bambino dal male, cioè cura il bambino avendo pena e sollecitudine per lui, condividendone cioè il male" (*op. cit.*, p. 198).

⁵ Si pone, oggi, un problema di grande rilevanza simbolica, nel rapporto tra personale infermieristico e degenti, in ospedale: molto spesso, infatti, rimane la necessaria regressione del malato a condizione infantile, senza che l'infermiere, dal canto suo, sia più in grado di identificarsi con la sofferenza e i bisogni del malato.

classificazione delle malattie, la capacità diagnostica riferita alla stessa nosografia e l'iniziativa terapeutica adeguata; la "malattia" si affianca, per così dire, alla persona bisognosa di cure. La malattia è "altra" rispetto alla persona malata; spesso, nel linguaggio ospedaliero, nella stanza n.7 o nel letto n. 3 ci sta un'epatite virale, una broncopolmonite, uno scompenso cardiocircolatorio, non il signor Rossi o la signora Verdi. La malattia altra, per il medico, prende il posto della persona che ne è portatrice. Questo è il motivo per cui, con l'ipotesi di compensare questa generale sostituzione della malattia alla persona, si parla oggi di "umanizzazione" della medicina. Una umanizzazione che, quando esisteva solo il prendersi cura, non aveva senso proporre. Una umanizzazione caratterizzata dai seguenti elementi, nel rapporto di cittadinanza attiva del quale parleremo tra poco: *Atteggiamenti sgarbati, Incuria, Maltrattamenti, Indisponibilità a fornire informazioni, Dolore inutile, Violazione della privacy.*

A ben guardare, si tratta di problematiche che non dovrebbero porsi entro relazioni "civili", entro le regole del gioco della convivenza. Si tratta di componenti problematiche, comprensibili solo entro la dimensione "fallogentrica" del curare il male altro, visto come separato dal "bene proprio" del paziente che, spesso, non riesce a farsi prendere in considerazione entro l'azione del curare.

Sino a pochi decenni fa, la relazione delle singole persone con il sistema sanitario, in particolare con l'organizzazione ospedaliera, era quindi regolata da un duplice sistema di regole, che così si possono sintetizzare:

1 – la relazione vedeva come protagonisti la singola persona ricoverata, isolata e separata dal proprio contesto familiare, amicale, lavorativo, dal proprio ruolo sociale; dall'altro lato c'era il personale sanitario, organizzato da regole, ruoli, modi di relazione all'interno del gruppo e con i malati; regole e strutture che il malato non conosceva e si trovava costretto a subire passivamente.

2 – la singola persona sperimentava una relazione con il contesto infermieristico, preposto al "prendersi cura", prevalentemente religioso⁶ o laico ma formato da appartenenti al sistema religioso. Relazione fondata su modi e modelli ove il malato era simbolizzato quale bambino dipendente, da uniformare ai ritmi e alle abitudini del sistema sanitario. Conseguenze: una sorta di spersonalizzazione e di perdita dell'identità, per assumere la nuova identità del "malato" obbediente e passivo.

3 – il malato aveva poi a che fare con il personale medico; questa relazione implicava un affidarsi totale del malato alle iniziative dei medici. Un affidarsi senza informazioni sulla diagnosi, sulla prognosi, sulle azioni diagnostiche e terapeutiche che il personale medico decideva unilateralmente, senza alcun consenso del malato.

4 – era impensabile, in un contesto caratterizzato da relazioni come quelle alle quali abbiamo accennato, ogni protesta, ogni rivendicazione del malato. Il malato, isolato e solo, poteva soltanto accettare le iniziative e le regole del personale sanitario, senza alcuna voce in capitolo.

Poi arrivano gli anni settanta; anni caratterizzati, nel nostro paese, dal venir meno dei patti di divisione del potere tra i due grandi partiti di massa. Cade, in un certo senso, la Yalta italiana⁷.

E' una stagione di grandi riforme, ma anche di un profondo cambiamento culturale. Vengono messi in discussione alcuni poteri "forti" della cultura italiana: la Chiesa, con i referendum che negano l'abrogazione dell'istituto del divorzio e con l'approvazione di quello sull'interruzione di gravidanza; l'azienda, con l'approvazione dello statuto dei lavoratori; la cultura borghese della discriminazione dei sessi con la riforma del diritto di famiglia e la parità dei diritti e doveri tra uomini e donne; lo stereotipo, ancora borghese, della segregazione del diverso, con l'inserimento degli handicappati a scuola e la legge 180 che prevede la chiusura degli ospedali psichiatrici e l'inserimento del malato mentale in famiglia e nel sistema sociale; il potere delle forze armate, con l'istituzione del diritto all'obiezione di coscienza; si vara la riforma penitenziaria, si istituisce il servizio sanitario nazionale, si fondano i corsi di laurea in psicologia. A metà degli anni settanta, abbiamo in Italia i primi laureati in psicologia.

⁶ In molti contesti ospedalieri italiani, sino a poco tempo fa, la struttura infermieristica era formata e diretta da ordini religiosi femminili, ove le suore ricoprivano molto spesso il ruolo di capo sala, quindi di coordinamento del personale infermieristico.

⁷ Si veda al proposito: Carli, R. & Paniccia, R.M. (2011). *La cultura dei servizi di salute mentale in Italia*. Milano: FrancoAngeli.

Riportiamo quando avvenne nell'ambito del sistema sanitario ospedaliero, così come è presentato nel sito di Cittadinanza Attiva (www.cittadinazattiva.it/):

- Nel 1978 nasce a Roma il Movimento Federativo Democratico, oggi Cittadinanzattiva, e Giancarlo Quaranta pubblica "L'uomo negato", un saggio sulla condizione del malato che, in ospedale, soffre sia per la malattia che per le disfunzioni del sistema.
- Nel 1979 la signora Maria Grazia C. passa alla storia per aver pronunciato la frase "...perché non accada ad altri..." in una lettera-denuncia per la morte della sua bambina, avvenuta in ospedale in condizioni disumane
- Nel 1980 si formano, in tutta Italia, gruppi di volontari per lottare contro le sofferenze inutili dei malati. Viene proclamata la prima "Carta dei 33 diritti del cittadino malato"; ne seguono altre 89 in tutta Italia.
- Nel 1990 viene realizzato il primo Rapporto sullo stato dei diritti dei cittadini nel servizio sanitario: una indagine civica che coinvolge 300 strutture e 25.000 cittadini.
- Nel 1991 parte la campagna "Abbiamo un sogno: trasformare gli ospedali italiani in ospedali".
- Nel 1996 nasce il Pit Salute, il servizio di informazione, consulenza e assistenza per i cittadini alle prese con i problemi della sanità.
- Nel 1997 viene presentato il 1° Rapporto Pit salute, alla presenza del Capo dello Stato.
- Nel 2001 nasce l'Audit civico, un programma che permette ai cittadini di essere soggetti attivi nella valutazione della qualità.
- Nel 2002 viene presentata a Bruxelles la Carta europea dei diritti del malato, frutto del lavoro comune con altre organizzazioni civiche di 11 Paesi europei. La carta ha ottenuto riconoscimenti dal Parlamento Europeo, dalla Commissione europea e dal Comitato Economico e Sociale, oltre che dal Parlamento Italiano in una mozione approvata all'unanimità.

La relazione tra malato e sistema sanitario, in pochi anni, cambia profondamente. Il malato non è più la persona sola, isolata dal suo contesto, in balia di un sistema di relazioni che, per il suo bene, ha un potere pressochè assoluto su di lui. Il malato diventa cittadino, con doveri e diritti eguali a quelli dei cittadini che svolgono la professione sanitaria. La cultura degli anni settanta mette in discussione anche il potere "medico".

Cittadinanza Attiva, ma anche altre associazioni (malasanità, alziamo la voce, obiettivo risarcimento, *sanihelp*, disinformazione etc.) pongono fortemente in discussione l'operato del sistema sanitario. Tutto questo viene recepito dalla sanità come una minaccia, non come un riscontro. Di qui la trasformazione del malato, per i medici in particolare ma anche per il personale paramedico, dalla figura amica perché dipendente ed acritica in una sorta di "nemico" dal quale difendersi. Nasce la "medicina difensiva".

Proponiamo una rassegna delle osservazioni critiche contenute nel Rapporto PiT Salute (Progetto integrato di Tutela) di Cittadinanza Attiva del 2011. L'obiettivo di questa citazione è quello di cogliere il senso delle critiche al sistema ospedaliero, da parte dei cittadini del paese.

Ricordiamo che questo lavoro di raccolta e commento delle osservazioni critiche nasce nel 1997 come Audit civico, volto alla valutazione delle aziende sanitarie, con l'intento di giungere ad una valutazione della sanità italiana in generale; l'Audit civico aveva l'obiettivo di dare una forma concreta alla centralità del cittadino, impegnandolo nel processo di valutazione del suo incontro con i servizi sanitari; ma anche l'obiettivo di rendere trasparente e verificabile l'azione delle aziende sanitarie e di prevenire la frammentazione del servizio sanitario.

Rapporto PIT salute 2011

Il PiT Salute nazionale riceve le segnalazioni dei cittadini da tutto il territorio italiano. È stato attivato nel 1997 per:

- fornire gratuitamente informazioni, assistenza e consulenza ai cittadini in ambito sanitario;
- utilizzare la forza delle segnalazioni per promuovere azioni politiche di tutela, su questioni problematiche e criticità del panorama sanitario.

Le informazioni presentate nel *Rapporto 2011* fanno riferimento all'analisi di 23.524 segnalazioni pervenute nel corso del 2010 e gestite dal PiT Salute nazionale, dalle sedi del Tribunale per i diritti del malato presenti sul territorio nazionale e dai servizi PiT Salute locali.

Osservando il quadro generale delle *segnalazioni inerenti l'assistenza ospedaliera*, vediamo che a soffrire maggiormente risulta essere *la rete dell'emergenza - urgenza*; risultato derivante dai pesanti tagli ai posti letto, dal blocco del turn over degli operatori sanitari e dalla incapacità di presa in carico da parte del territorio. Il dato cresce enormemente dal 29,8% registrato nel 2009 al 41,4% nel 2010.

A seguire troviamo le segnalazioni sulle *dimissioni*, anche queste in forte crescita rispetto allo scorso anno, confermando l'inadeguatezza di una presa in carico troppo ancorata ai DRG e pertanto avvertita come assolutamente inadeguata alle reali esigenze dai cittadini. Il dato sale infatti dal 23,8% del 2009 al 35,1% del 2010.

Infine la percentuale delle segnalazioni sui *ricoveri* (46,4% nel 2009, 23,5% nel 2010), in cui si evidenzia una insufficiente offerta di servizi ospedalieri, il mancato raccordo tra le varie strutture ed una crescente difficoltà di accesso; frutto di politiche di razionalizzazione della spesa e di piani di riordino della rete ospedaliera avviati soprattutto nelle regioni sottoposte a piani di rientro. La logica economica ancora una volta, sembra prevalere sulla necessità di fornire servizi di qualità.

A - Il Pronto Soccorso

Le principali carenze sono così descrivibili:

- Mancato raccordo tra rete pronto soccorso e rete ospedaliera (Regioni con criticità più elevate: *Umbria, Basilicata, Campania, Calabria, Sicilia*);
- Mancato raccordo tra rete pronto soccorso ed assistenza territoriale;
- Mancato contatto radio con mezzi di pronto soccorso (Regioni con criticità più elevate: *Abruzzo, Toscana, Campania, Sicilia*);
- Anomala distribuzione di DEA ed EAS1 su territorio nazionale (il 47% dei DEA e il 25% degli EAS sono stati individuati senza tener conto dei dati territoriali, demografici ed epidemiologici), (Regioni con criticità più elevate: *Calabria, Campania, Abruzzo, Sicilia, Lazio*);
- Assenza di sistemi informativi e software gestionali;
- Carenze di programmi per la verifica e la promozione di qualità prestata (in oltre il 20% degli ospedali del centro e nel 50% degli ospedali del sud), (Regioni con criticità più elevate: per le regioni del nord, la *Liguria*; per le regioni del centro, *l'Abruzzo*; per le Regioni del Sud, *la Calabria ed il Molise*);
- Sovraffollamento del pronto soccorso. Innanzitutto i tempi di attesa. I cittadini lamentano lunghe attese per accedere al *triage*, per ottenere una visita con un codice bianco, giallo o verde. Lunghe attese per avere un posto letto o essere inviati in un'altra struttura. Problemi che riguardano il trasporto in ambulanza: ambulanze non adeguatamente attrezzate, e cioè senza medico a bordo; costi per il trasporto, ritardi nell'arrivo del mezzo richiesto. Richiesta di informazioni per l'assegnazione dei codici in pronto soccorso.

Tempi di attesa. Sia nel 2009 che nel 2010 rispettivamente il 59% ed il 42% dei cittadini hanno lamentato lunghe attese per accedere al *triage*, per una visita con un codice bianco, verde o giallo. Lunghe attese per avere un posto letto o essere inviati in un'altra struttura. Il dato è in calo (- 17,8 punti percentuali rispetto al 2009) ma comunque di grande importanza poiché si riferisce ad 1/3 di tutte le segnalazioni inerenti il pronto soccorso.

I cittadini raccontano che i propri cari rimangono ad attendere su una barella, una sedia, una lettiga per ore, dopo l'assegnazione del codice. Dopo la visita, se è necessario trovare un posto letto, si aspetta anche 24/72 ore in astanteria. *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.*⁸

Il monitoraggio civico effettuato dai volontari di Cittadinanzattiva (nonostante sia stato eseguito in un giorno ferialo e durante le ore diurne) rafforza il racconto dei cittadini. E' stato rilevato, infatti che, se per l'accesso al *triage* si aspetta da pochi minuti a mezz'ora, un codice giallo può essere preso in carico fino a 5 ore dopo il suo arrivo al pronto soccorso; un codice verde può attendere fino a 12 ore. L'attesa dei malati per accedere ad un posto letto va anche dalle 24 ore a 3-4 giorni. I cittadini segnalano, inoltre, attese per ottenere le risposte dei referti provenienti da altri reparti.

⁸ Il corsivo è nostro

Per ciò che riguarda alcune Regioni, i tempi minimi di attesa per una visita in codice giallo vanno: in Lombardia da pochi minuti a 20 minuti, in Toscana da 10 minuti a 80 minuti, nel Lazio da pochi minuti a 4 –6 ore. I tempi di attesa per una visita in codice verde, invece vanno, in Lombardia da pochi minuti a 60 minuti, in Toscana da 15 minuti a 2 ore, nel Lazio da 10 minuti a 12 ore.

L'indagine conoscitiva del Senato che, tra gli altri, ha valutato anche il tempo medio di attesa del *triage* (in minuti) prendendo in considerazione tutti i codici di gravità, mostra che si può attendere in media per accedere al *triage* del DEA 15 minuti in Trentino, 11 in Puglia, 15 in Calabria. 37 minuti in Lombardia, 39 in Emilia Romagna, 38 nel Lazio. Per accedere al *triage* degli EAS si attende in media 10 o 11 minuti, rispettivamente in Calabria e Campania, ma si arriva addirittura 241 minuti in Abruzzo.

B - Dimissioni

Le segnalazioni sulle dimissioni ritenute improprie sono enormemente aumentate passando dal 63,9% del 2009 all'82,7%; quasi 20 punti percentuali in più. Se già il dato è allarmante per la sua dimensione, allarma ancora di più il fatto che questo cresca così vistosamente da un anno all'altro. Qualcosa ci staranno pur dicendo i cittadini e solo uno sprovveduto non si porrebbe qualche domanda.

Nelle segnalazioni dei cittadini si nasconde la paura che si sia sottovalutato un sintomo o un esame, che la fretta nel dimettere possa causare un danno o un mancato recupero funzionale, che non ci siano le condizioni per affrontare la malattia a domicilio, perché eccessivamente gravoso per il paziente ed i familiari. I cittadini percepiscono la logica che sottostà ai ricoveri: percepiscono che il tempo che viene loro dedicato ha un costo, che il letto che occupano ha un costo, che l'esame o la visita hanno un costo, che il farmaco somministrato ha un costo. Tuttavia è difficile, se pur cognitivamente non lo sia perché siamo ormai abituati, collegare la propria malattia, il proprio malessere, alle logiche economiche dei DRG ed accettare che per una appendicectomia si può essere ricoverati al massimo 2 giorni, non importa se si hanno 6 anni o 40 o se ci sia un quadro clinico più compromesso come in un anziano.

Si ha l'impressione di entrare in un supermercato anziché in un ospedale, dove a qualsiasi cosa è dato un prezzo e si avverte se stessi come un peso, piuttosto che come persone che hanno bisogno di attenzioni.⁹

Siamo davvero troppo lontani da quella che dovrebbe essere la missione del servizio sanitario ovvero: garanzia di cure adeguate e sicure, presa in carico celere, attenzione per la qualità della vita; chiediamo a gran voce che questi valori vengano recuperati. Gli stessi medici dichiarano di avere le mani legate, invischiati anch'essi in logiche economiche più grandi di loro, laddove invece il senso di responsabilità dovrebbe prevalere. Rimandiamo per l'appunto ad una esemplare Sentenza della Cassazione: *"il medico risponde anche a un preciso codice deontologico"* e *"non è tenuto al rispetto di quelle direttive, laddove esse siano in contrasto con le esigenze di cura del paziente, e non può andare esente da colpa ove se ne lasci condizionare, rinunciando al proprio compito e degradando la propria professionalità e la propria missione a livello ragioneristico"*.

A segnalare maggiormente i disagi causati da una dimissione sono, soprattutto, i pazienti affetti da patologia neurologica (traumatizzati, esito di ictus, esito di ischemia ecc) che raggiungono il 23,8% delle segnalazioni. Queste patologie, più di altre, compromettono alcune funzioni elementari della vita e necessitano di una presa in carico complessa (riabilitazione funzionale, neurocognitiva, logopedica) che l'ospedale non può fornire ma alla quale neanche il territorio sa rispondere.

È interessante notare le patologie che, in questo ultimo anno, hanno registrato un trend in crescita. Oncologia (+ 8,1 punti percentuali), Cardiologia (+4,4 punti percentuali), Chirurgia generale (+3,7 punti percentuali) sono solo alcune delle aree che subiscono un evidente incremento di segnalazioni. L'aumentare delle segnalazioni in oncologia, come in cardiologia, mostra un dato allarmante se consideriamo che sono le cause di maggiore mortalità nel nostro paese. Inoltre l'aumento delle segnalazioni rispetto alla chirurgia generale evidenzia la difficoltà per i cittadini di confrontarsi con gli esiti di un intervento chirurgico, dove la convalescenza è più aggravata dalla

⁹ Il corsivo è nostro

necessità di medicazioni della ferita chirurgica spesso affidata agli stessi cittadini (laddove spetterebbe al medico di famiglia o agli infermieri dell'assistenza domiciliare).

C - Ricoveri

Il dato più evidente è l'aumento notevole delle segnalazioni inerenti il rifiuto di ricovero che sale dal 36,6% del 2009 al 42,4% nel 2010. Questo dato riassume le segnalazioni dei cittadini ai quali è stato negato il ricovero presso gli ospedali a causa della carenza di posti letto. I tagli ed il riordino previsto, in molte regioni, della rete ospedaliera ha prodotto per il momento solamente malcontento, chiudendo le porte ai malati.

Sebbene il riordino e la conversione di alcune strutture in ambulatori si è reso indispensabile a causa dei pesanti disavanzi creati dalle cattive gestioni dei fondi sanitari regionali, è sempre e comunque il cittadino a farne le spese. Come spesso accade in questo paese, prima si corre ai ripari tagliando, poi si pensa a giustificare in modo quasi pedagogico la motivazione di tali scelte e si cerca di convincere che è la scelta più razionale. Forse allora è solo un problema di "comunicazione" quello di cui ci troviamo a discutere perché al cittadino comune non è stato affatto facile comprendere il perché della chiusura dell'ospedale di zona.

Di fronte a simili problemi di accesso, è chiaro che appaia quasi secondario, al cittadino, segnalare la scarsa assistenza medica e infermieristica durante il ricovero; sebbene segnalato nel 19,1% dei casi, scende rispetto allo scorso anno (24,4% nel 2009).

Per un 15,5% delle volte il cittadino segnala che, a causa della carenza dei posti letto, viene ricoverato in un reparto inadeguato dove non è garantita la presenza dello specialista nella patologia sofferta. Un esempio fra tanti riguarda il caso di un paziente affetto da rettocolite ricoverato nel reparto di cardiologia, dove erano chiaramente assenti farmaci utili ai suoi bisogni.

A preoccupare in modo crescente i cittadini è la mancanza di servizi/reparti, chiusi anch'essi per razionalizzare la spesa (7,8% nel 2010 contro il 7,3% nel 2009).

Inoltre è segnalato come emergente (12,2% nel 2009; 15,2% nel 2010) il problema dei trasferimenti presso strutture più specializzate.

Ad incontrare queste difficoltà sono spesso pazienti costretti a sobbarcarsi costi di ambulanze per il trasferimento in strutture più specializzate o ad organizzare da sole il trasferimento non potendo contare sulla complicità/collaborazione del medico o dell'intero reparto. La necessità del trasferimento poi, il più delle volte, non rappresenta una libera scelta del paziente ma piuttosto una necessità espressa dalla stessa struttura per inadeguatezza delle competenze specialistiche.

In sintesi

Il Tribunale dei malati e Cittadinanza attiva hanno istituito un sistema di controllo sull'assistenza sanitaria in Italia, fondato sulle segnalazioni dei cittadini concernenti le disfunzioni sperimentate entro il sistema sanitario nazionale (entro il sistema ospedaliero, in particolare).

Come si vede, è nel '78 che i cittadini italiani sentono il bisogno di verificare e dare riscontri sull'operato del sistema sanitario nel nostro paese. Lo si fa in un anno di protesta radicale, studentesca e proletaria, che culminerà nel rapimento Moro da parte delle Brigate Rosse. Sono anni molto difficili per un paese che vede formalizzate alcune dimensioni della protesta del '68: l'università di massa, la radicalizzazione della lotta entro le frange dell'estrema sinistra, frange che si staccano definitivamente dalla sinistra parlamentare per dare inizio ad una sorta di "rivoluzione proletaria". Sottolineo tutto questo perché è importante cogliere il clima politico e culturale entro cui prende forma una forte contestazione nei confronti del potere "medico", o sanitario in generale, sino a quel momento dotato di una forza indiscussa e indiscutibile.

La risposta del mondo medico fu molto allarmata e intimorita, venata di incredulità e di sarcasmo, in un primo momento. I medici, più che gli infermieri o le capo sala, si sentivano messi sotto accusa, ingiustamente criticati nel loro operato e pericolosamente sottoposti a quelle regole del gioco, controllate dal potere giudiziario, che fondano ogni sistema di convivenza. Si pretendeva che la relazione medico-paziente non fosse in alcun modo regolata da dimensioni terze, quali la magistratura, al fine di mediare possibili conflitti tra le parti e valutarne la responsabilità. Questo,

perché si pretendeva che tale relazione potesse essere fondata, ineluttabilmente grazie alla forte tradizione culturale, sulla conflittualità.

Una sorta di alleanza scontata, fondata sulla scontata finalità del medico, simbolizzata consensualmente come volta ad operare “per il bene” del paziente.

Questa scontatezza stava alla base del potere medico.

I rapporti di Cittadinanza attiva e del Tribunale dei malati sono fondati sulle segnalazioni di lamentele e di malfunzionamento del sistema sanitario italiano nel suo complesso, provenienti da tutto il territorio del nostro paese; una prima considerazione concerne l'esistenza e l'efficacia di sistemi, quello succitato ma anche altri analoghi, capaci di canalizzare e dare visibilità sociale e politica alle obiezioni dei cittadini che hanno subito le disfunzioni del sistema sanitario. Prima degli anni ottanta, ciascun “paziente” era solo, indifeso, nei confronti del sistema sanitario. Un sistema che, come ebbi a dire ormai molti anni fa, si fondava su uno specifico potere indiscusso del medico: il potere insito nella visita medica, nella rilevazione di sintomi, segni e prove di laboratorio, nella prescrizione di farmaci, nella scarsità di informazioni ricevute dal paziente, considerato un profano a cui tacere notizie e valutazioni per ricevere le quali non era all'altezza, nel sottoporre a esami clinici, interventi chirurgici, manipolazioni del corpo del paziente senza alcuna informazione che desse senso a quanto il medico decideva di fare. Paziente dicevo allora, deriva dal verbo latino *patior, passus sum, pati*, che letteralmente significa “soffrire”. Anche la parola “passivo” deriva dallo stesso verbo latino, e vale: “soffrire della dipendenza”. Il paziente è quindi “colui che soffre”, ma nella sua passività nei confronti del medico e del sistema sanitario, è anche “colui che soffre della dipendenza”. Nell'ambito di questa dinamica della dipendenza, le cose sono molto cambiate grazie al fatto che il sistema sanitario è sottoposto a riscontri che non derivano solo dal proprio interno, ma anche e soprattutto da strutture rappresentative dell'utenza della sanità. L'istituirsi di questa verifica del funzionamento della sanità, nei suoi vari comparti, ha profondamente cambiato la dinamica simbolica della relazione tra medico e paziente; in particolare entro il sistema ospedaliero. Ne è una spia eloquente la cosiddetta “medicina difensiva”: quell'insieme di iniziative diagnostiche o terapeutiche, messe in atto dal sistema sanitario principalmente come garanzia nei confronti delle possibili responsabilità medico legali conseguenti alle cure mediche prestate, piuttosto che per perseguire la salute del paziente. Con la medicina difensiva, il paziente e i suoi familiari si costituiscono simbolicamente come “nemico” del medico, pronto a confrontarlo con le sue responsabilità, anche legali. Il sistema sanitario, in particolare l'area medica, ha mal sopportato il venir meno della dipendenza passiva e acritica del paziente nei suoi confronti. Il potere medico ha goduto per secoli di una sorta di impunità, difficile da immaginare per altri comparti professionali. Alla fine degli anni settanta tutto questo è scomparso; anche per i medici si sono sollevati contenziosi civili e penali: il magistrato ha fatto la sua comparsa, negli anni sempre più frequente, per regolare i conflitti con i pazienti nel caso di problemi sorti quali conseguenze dell'operato medico o sanitario, dall'errore casuale del medico sino all'incompetenza colpevole, a casi di *medical malpractice*¹⁰ o di malasanià.

Torneremo più avanti sul tema, ma si può facilmente intuire come sia profondamente cambiato il sistema delle relazioni emozionali tra medici da un lato, pazienti e familiari dall'altro, entro l'ospedale.

Il cambiamento delle relazioni tra il personale sanitario, dopo le riforme

Ricordiamo brevemente i passi legislativi concernenti il sistema sanitario nel nostro paese.

a - Con la Legge 833 del 1978 si sopprime il sistema mutualistico in vigore dagli anni '30 e si istituisce il Servizio Sanitario Nazionale. Con questa legge si vincola la sanità nazionale ad alcuni principi coerenti con il dettato costituzionale: principio della *globalità* delle prestazioni, principio

¹⁰ *Medical malpractice* è una negligenza professionale, attuata con atti od omissioni, dal personale sanitario il cui trattamento non corrisponda agli standard professionali generalmente accettati dalla comunità sanitaria. La *medical malpractice* può comportare danneggiamento del paziente, sino alla morte del paziente stesso, direttamente riconducibili a errori medici.

dell'*universalità* dei destinatari, principio dell'*eguaglianza* di trattamento e della *uniformità* delle prestazioni su tutto il territorio nazionale.

Va ricordato che in tutti gli anni '80 e nei primi anni '90 sale vertiginosamente la spesa sanitaria pubblica italiana in tutti i suoi comparti, dalla spesa medica a quella farmaceutica. Ciò è dovuto alla incompetenza generale nella gestione del servizio sanitario, alla forte ingerenza dei partiti politici nella nomina degli enti di gestione, con un clientelismo diffuso e devastante per i costi della sanità. Inoltre, alla confusa ripartizione dei poteri gestionali e delle responsabilità tra stato, regioni e comuni. All'ingente spesa pubblica per la sanità si contrappone una diffusa insoddisfazione dei cittadini per i servizi offerti.

Nel 1992 scoppia nel paese "tangentopoli" o, se si vuole, "mani pulite". Il 17 febbraio del 1992 il Pubblico Ministero Antonio Di Pietro ottiene l'arresto dell'ingegner Mario Chiesa, presidente del Pio Albergo Trivulzio di Milano. Con "mani pulite" si dissolve il vecchio mondo partitico italiano e viene allo scoperto l'intricato e preoccupante sistema di tangenti che collega politica e affari. Le tangenti hanno rilevanza di prove per i Pubblici Ministeri del pool che si occupa della vicenda, ma quanto emerge va ben al di là del solo scambio di danaro, per mettere in evidenza l'influenza degli uomini politici su un vasto territorio della vita pubblica del paese, dalle raccomandazioni alle strategie aziendali, dalle carriere nelle aziende pubbliche alla Sanità in tutti i suoi aspetti organizzativi e istituzionali. La crisi finanziaria ed economica del paese è di una gravità che solo ai nostri giorni stiamo rivivendo.

b – Con i Decreti Legislativi 502 del 1992 e 517 del 1993, si procede al riordino del SSN: si realizza una trasformazione dell'assetto istituzionale, gestionale e organizzativo del SSN stesso. Si procede all'*aziendalizzazione* dei servizi sanitari, trasformando le Unità Sanitarie Locali (USL) in Aziende Sanitarie Locali (ASL); dalle ASL escono gli ospedali di rilievo nazionale e ad alta specializzazione che divengono Aziende Ospedaliere (Aosp). Asl e Aziende Ospedaliere sono enti strumentali delle Regioni, dotate di personalità giuridica, quindi pubblica, propria. Alle Asl e alle Aosp viene attribuita un'ampia autonomia organizzativa, contabile, tecnica, gestionale, patrimoniale.

Infine, e sarebbe l'innovazione più rilevante, al posto degli organi collegiali e politicizzati che reggevano la gestione delle Usl (come il Comitato di Gestione), a capo di ciascuna Asl e Aosp viene posto il Direttore Generale (coadiuvato dal Direttore Sanitario e dal Direttore Amministrativo), nominato dalla Regione.

Con il Direttore Generale si istituisce un ruolo "monocratico", in quanto il DG è l'unico responsabile della gestione aziendale di fronte alla Regione, dotato di poteri di indirizzo politico e di controllo sui risultati conseguiti.

Si realizza, con la riforma in analisi, la concorrenza amministrata, mediante una separazione non obbligatoria tra acquirenti e produttori. In particolare: le Aziende Sanitarie Locali (Asl) possono mantenere al proprio interno le strutture di produzione (presidi ospedalieri, laboratori e ambulatori Asl). L'acquirente/committente (soggetto finanziatore) è la Asl o la Regione stessa.

E' peraltro prevista una pluralità di produttori: presidi ospedalieri o ambulatori Asl, Aosp ma anche erogatori *privati accreditati* (ad esempio case di cura, cliniche di riabilitazione e altro, gestite da imprese private).

Per operare sul mercato privato, tutte le strutture di produzione devono essere in possesso dell'*autorizzazione* al funzionamento (requisiti strutturali, tecnologici, organizzativi).

Se vogliono operare per conto del SSN, oltre all'autorizzazione le strutture di produzione (pubbliche e private) devono conseguire l'*accreditamento* (requisiti di qualità).

Le strutture accreditate, pubbliche e private, sottoscrivono contratti di fornitura (accordi di servizio) con le Asl (o direttamente con la Regione).

I pazienti possono recarsi presso qualsiasi struttura (pubblica o privata) accreditata: *principio della libertà di scelta della struttura di cura*.

Le Asl (o le Regioni stesse) finanziano i produttori:

- le proprie strutture di produzione, mediante l'attribuzione di *budget* da rispettare

- le Aosp e le strutture private accreditate, secondo tariffe nazionali e regionali a prestazione (ambulatori) o a episodio di ricovero (degenze ospedaliere). Queste ultime sono basate sul sistema dei DRG¹¹.

Con la riforma Bindi¹², 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.

Tutto bene, quindi?

I risultati di questa serie di riforme, che dal 1978 ad oggi si susseguono ininterrotte, non rispondono pienamente (qualche critico dice: per nulla) alle attese di contenimento della spesa per la sanità, nel nostro paese. Anzi, il contributo delle spese sanitarie alla voragine del debito pubblico italiano è imponente.

L'ex ministro della sanità Rosy Bindi, che ha retto il dicastero in questione dal 1996 al 1999, tiene una interessante lezione all'European Studies Centre dell'Università di Oxford nell'ottobre del 2002, in cui commenta il senso delle riforme sanitarie delle quali stiamo parlando. In particolare parla della "controriforma" attuata da De Lorenzo con il D. L. 502, affermando che gli elementi innovativi contenuti nel decreto "sono inseriti in un contesto politico e legislativo contraddittorio, volutamente ambiguo, soprattutto per quel che riguarda i rapporti tra pubblico e privato, e in un quadro di drastica contrazione delle risorse pubbliche per la salute"¹³.

Questa contrazione della spesa ha, per l'ex ministro, una specificità peculiare che l'onorevole Bindi così stigmatizza: "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*)¹⁴). 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*"¹⁵. 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."

La spesa per la sanità sembra doversi districare, dai primi anni '90, tra Scilla e Cariddi: da un lato il paradosso dell'efficacia¹⁶ che non pone limiti agli obiettivi di perseguimento della salute per uno

¹¹ DRG è l'acronimo di Diagnosis Related Group. Il DRG è un sistema di diagnosi che permette di classificare tutti i pazienti dimessi da un ospedale (ricoverati in regime ordinario o di *day hospital*) in gruppi omogenei per assorbimento di risorse impegnate (*isorisorse*). Tale connotazione caratterizzante, permette di quantificare economicamente l'assorbimento di risorse e quindi di remunerare ciascun episodio di ricovero. Una delle finalità del sistema è quella di controllare e contenere la spesa sanitaria. Il sistema DRG viene applicato a tutte le aziende ospedaliere pubbliche e a quelle private accreditate (ovvero che possono emettere prestazioni ospedaliere per conto del SSN) italiane e alle ASL.

¹² Il ministro Bindi sembra fosse contraria al sistema DRG e volesse profondamente modificare il conteggio economico delle prestazioni istituito con il D.L. 502 o decreto De Lorenzo, volto a modellare il SSN italiano a quello degli USA; ma il mantenimento del sistema DRG le fu imposto, si dice, dalla componente di sinistra del suo partito, visto che erano favorevoli al sistema stesso i compagni di partito dell'Emilia - Romagna, della Toscana e, in parte, del Veneto.

¹³ L'intero testo della lezione di Rosy Bindi si può trovare nel sito della rivista *Aggiornamenti Sociali* on line: www.aggiornamentisociali.it/0302bindi.html.

¹⁴ Il corsivo è nostro

¹⁵ Il corsivo è nostro

¹⁶ Si veda in proposito: Carli, R. & Paniccia, R.M. (2011). *La cultura dei servizi di salute mentale in Italia*, Milano: FrancoAngeli. Ecco una sintesi del fenomeno di cui stiamo parlando: "Proponiamo di denominare "paradosso dell'efficacia" questo curioso quanto problematico modo di intendere l'obiettivo organizzativo, entro l'organizzazione sanitaria. Un paradosso che, ponendo obiettivi "illimitati" ad un'area organizzativa che, comunque, deve operare entro un contesto economico di spesa e di bilancio, pone chi opera nell'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. Ciò

stato, quindi non prevede confini prevedibili alla spesa quando la spesa stessa è la variabile dipendente; dall'altro lo stanziamento di cifre compatibili con il bilancio dello stato, a prescindere dai risultati di salute degli assistiti, quando la spesa è la variabile indipendente.

E' stata, purtroppo, trovata una soluzione al dilemma; quella di fare della sanità uno dei luoghi più frequentati dal potere dei partiti politici e dal suo stretto legame con quello che qualcuno chiamò sistema del "doppio stato"¹⁷.

Già l'on. Bindi sottolineava l'ambiguità della relazione tra pubblico e privato in sanità. A questo si è aggiunta l'abitudine, endemica in molte regioni d'Italia, dello *spoil system* (letteralmente: sistema del bottino) definibile, nel caso della sanità, come quella pratica grazie alla quale le forze politiche, al governo in una regione, distribuiscono ai propri affiliati e simpatizzanti cariche istituzionali, titolarità di uffici pubblici e posizioni di potere (segnatamente le Direzioni Generali delle ASL e delle Aosp), come incentivi ad appartenere e a favorire il partito o l'organizzazione politica.

Siamo arrivati a comprendere, considerando l'iter delle riforme e la tendenza alla loro attuazione perversa, la relazione conflittuale tra personale sanitario e Primari.

I Direttori Generali delle Aziende Ospedaliere, come s'è detto, sono in gran parte del paese un'espressione delle forze partitiche al governo nella regione. Viene loro richiesto, ufficialmente, di contenere le spese e di contribuire al pareggio di bilancio dell'organizzazione ospedaliera che dirigono. Spesso, senza tenere in considerazione il livello di assistenza e di soddisfazione del "cliente", vale a dire di chi fruisce del servizio sanitario ospedaliero. La tecnicità redditizia finisce così per prevalere sul prendersi cura dei malati. I Primari si propongono, spesso, come la *longa manus* dei Direttori Generali, nel loro provarsi a garantire economicità all'impresa, come richiesto dal gruppo di potere partitico che nomina il DG stesso. I Primari, con i quali il DG fissa l'obiettivo economico per ciascun reparto dell'ospedale, hanno un potere assoluto sul personale sanitario, su delega dello stesso Direttore Generale; al personale viene richiesto di agire secondo ritmi e livelli prestazionali tali da garantire il massimo del profitto, in base ai DRG. I Primari sono tanto più potenti, quanto più dispongono, nell'ambito delle loro competenze, di DRG redditizi; un esempio: l'impianto di pacemaker o la coronarografia hanno DRG elevati economicamente, e molti Primari dei reparti di cardiologia spingono per l'incremento delle prestazioni in tale ambito. In un reparto di patologia respiratoria un anziano Primario, attento a non creare problemi irreversibili ai pazienti, aveva ridotto al minimo la pratica della tracheostomia, preferendo altre modalità di cura. Il giovane Primario che gli succede trova "utile", visto l'altro DRG della tracheostomia, incrementare questo tipo di intervento.

I ritmi del lavoro ospedaliero, spesso, rendono difficili le relazioni con il paziente, sia per i medici che per gli infermieri. Si moltiplicano gli stili autoritari di conduzione dei reparti, da parte dei Primari, con tensioni interne al personale che raggiungono, a volte, livelli preoccupanti di insoddisfazione e di burnout.

Tutto questo avviene entro una concezione economica dell'impresa sanitaria che potremmo definire "delirante". Il DRG, infatti, rappresenta un sistema di monetizzazione delle prestazioni sanitarie di un reparto dell'ospedale. Ma le ASL e le Aziende Ospedaliere sono, al contempo, produttori e committenti delle prestazioni stesse. L'elevata prestazione economica di un ospedale, seguendo la logica dei DRG, grava sulla spesa della Regione o della ASL alla quale la struttura appartiene. E' un giro economico del tutto fittizio. L'introduzione del profitto fittizio, peraltro, consente a Direttori Generali e Primari di poter disporre di "numeri", tramite i quali stendere classifiche di verifica e di confronto tra le varie realtà sanitarie della regione. E' un obiettivo fittizio ma è comunque un obiettivo verificabile. Questo, a nostro modo di vedere, il motivo per cui in

significa che la sanità è vincolata da dimensioni economiche, come molte altre realtà organizzative di servizio, nel nostro paese. Ma tende a sfuggire ai modelli di pianificazione degli obiettivi, alla verifica dei risultati, alla scelta strategica delle priorità degli investimenti ed alla declinazione nel tempo delle strategie" (p. 94).

¹⁷ Nel 1941 un esule tedesco, Ernst Fraenkel, scrisse in America un libro intitolato *Il doppio Stato*, in cui spiegava il funzionamento del potere nazista: secondo lui, allo "Stato normativo", lo Stato delle istituzioni legali, la Germania di Hitler affiancava un secondo Stato, lo "Stato discrezionale", che funzionava con l'arbitrio e la violenza, al di là di ogni norma e di ogni garanzia. In Italia la teoria del "doppio stato" nella conduzione della cosa pubblica e nelle vicende stragiste degli anni sessanta, settanta, e oltre, è stata sostenuta da De Felice e, tra gli altri, da Violante, Tranfaglia, Ginsborg.

molte realtà ospedaliere il “pareggio di bilancio” e la redditività aziendale assurgono a linee guida prioritarie della gestione, pur senza seguire una condivisibile regola economica. L’obiettivo verificabile del DRG assomiglia, nella sua illusorietà, alla verifica in atto nelle università italiane tramite il sistema dell’impact factor.

La condizione del personale sanitario in ospedale

Il personale sanitario si trova costretto entro due relazioni altamente conflittuali: la relazione con i pazienti e i parenti, ove alla dipendenza si è sostituito un atteggiamento esigente e critico; la relazione con la gerarchia ospedaliera, Direttori Generali e Primari, che in nome di una pretesa efficienza economica dell’azienda, chiedono ritmi di lavoro e intensità delle prestazioni elevati, a discapito spesso della qualità della relazione con il paziente. Il personale sanitario, quindi, si trova costretto tra due fonti di pressione al contempo emozionalmente impegnative e contraddittorie.

Nella ricerca sul “rischio psicosociale” che SPS ha effettuato all’ospedale San Filippo Neri di Roma, per conto del Servizio Prevenzione e Protezione Rischi, si rilevano due grandi aree di insoddisfazione tra il personale sanitario: da un lato c’è chi vive criticamente l’alta gerarchia dell’ospedale, Direttori Generali e Primari, e ne lamenta la scarsa competenza manageriale, l’incapacità di presidiare e realizzare gli obiettivi aziendali, di innovare la gestione, di raggiungere risultati soddisfacenti, di conferire affidabilità al sistema ospedaliero; dall’altro, c’è chi si lamenta del lavoro ospedaliero tout court, dai turni alla relazione con colleghi e pazienti, dal carico di lavoro all’affollamento, al rischio di contagio, alla tensione che il lavoro comporta, specie con pazienti acuti.

Gerarchia politicizzata e pazienti militarizzati nella critica attenta e impietosa dell’operato ospedaliero, sono i due grandi fattori di conflitto, di insoddisfazione, di disadattamento al lavoro.

Non in tutti gli ospedali italiani, evidentemente, le cose vanno in questo modo così critico. Non tutto il personale sanitario è insoddisfatto in modo preoccupante. Rimane il fatto che il vissuto di chi opera all’interno dell’ospedale è frequentemente connotato di ansia, disagio, stress, insoddisfazione, fatica per le pressioni emozionali che provengono da tutte le componenti con le quali si ha a che fare nel proprio lavoro quotidiano.

L’aziendalizzazione dell’ospedale può essere considerata la causa di tutto questo? Molti medici sono d’accordo nell’individuare nella trasformazione “aziendale” dell’ospedale la matrice di tutti i mali della sanità ospedaliera. Come se tra azienda ed ospedale ci sia una frattura incolmabile, una sorta di evoluzione blasfema di un istituto dedicato alla cura del paziente, inopinatamente trasformato in una struttura attenta al prodotto, al mercato, al bilancio economico.

Sull’ospedale quale azienda si sono versati fiumi d’inchiostro e caterve di veleni.

La nostra opinione è che la riforma ha reso l’ospedale simile a tutto, tranne che ad una azienda.

L’aziendalizzazione è una denominazione di facciata, falsa quanto tendenziosa.

Un’osservazione tra tutte: ogni azienda capace di stare sul mercato fonda il suo funzionamento su due colonne portanti: la soddisfazione del cliente e la valorizzazione del personale come risorsa per lo sviluppo.

Ebbene, l’ospedale con la sua “aziendalizzazione” affidata ad una dirigenza partitica (vale a dire “politicizzata” solo in quanto la nomina della dirigenza sanitaria è affidata alle segreterie dei Partiti al governo delle Regioni) e a responsabili di reparto attenti al DRG, è agli antipodi di un’azienda capace di stare nel mercato. L’ospedale ha dimenticato il cliente e ha mortificato le risorse interne. Il tutto in nome del perseguimento di una redditività ambigua e spesso contraddittoria. L’attuale situazione ospedaliera, costellata di insoddisfazione del personale, di forti critiche da parte di pazienti e familiari, di campagne stampa costellate di malasana e di disfunzioni al limite del codice penale o oltre, sembra il risultato critico, fortemente critico, dell’incapacità gestionale che contraddistingue, nel nostro paese, tutte le organizzazioni collegate al mondo dei partiti politici o alle sue dirette dipendenze. Più che la corruzione e i collegamenti con la malavita organizzata, è grave l’incapacità caratterizzante un mondo fatto di pressapochismo familista. Si dice che la sanità italiana sia tra le prime d’Europa nel livello delle sue prestazioni. Può essere vero, anche se andrebbero verificati i criteri di questa valutazione; ma le disparità di funzionamento tra regione e regione, tra nord e sud del paese, tra grandi città e piccoli centri, rende il funzionamento

ospedaliero molto disomogeneo, nonostante una generale dedizione del personale sanitario e la sua buona competenza.

La dinamica delle relazioni nell'ospedale, al giorno d'oggi

I cittadini raccontano che i propri cari rimangono ad attendere su una barella, una sedia, una lettiga per ore, dopo l'assegnazione del codice. Dopo la visita, se è necessario trovare un posto letto, si aspetta anche 24/72 ore in astanteria.

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 cittadini percepiscono la logica che sottostà ai ricoveri: percepiscono che il tempo che viene loro dedicato ha un costo, che il letto che occupano ha un costo, che l'esame o la visita ha un costo, che il farmaco somministrato ha un costo. Tuttavia è difficile, se pur cognitivamente non lo sia perché siamo ormai abituati, legare la propria malattia, il proprio malessere, alle logiche economiche dei DRG ed accettare che per una appendicectomia si può essere ricoverati al massimo 2 giorni, non importa se si hanno 6 anni o 40 o se ci sia un quadro clinico più compromesso come in un anziano ecc. Si ha l'impressione di entrare in un supermercato anziché in un ospedale, dove a qualsiasi cosa è dato un prezzo e ci si avverte come un peso piuttosto che come una persona che ha bisogno di attenzioni.

Ripetiamo due passi critici del rapporto di Cittadinanzattiva che appaiono, a nostro avviso, importanti e significativi. Nelle critiche riportate c'è confusione tra fatti e vissuti. Confusione tra eventi e loro valenza simbolica.

Per quanto concerne gli eventi, ci si sente ripetere quasi alla noia che mancano le risorse per poter garantire un servizio soddisfacente ai pazienti e per poter coltivare rapporti gratificanti con il personale sanitario. Sembra che l'"aziendalizzazione" dell'ospedale non abbia insegnato, a chi ne ha responsabilità gestionali, che le organizzazioni debbono funzionare a *risorse scarse*. La competenza manageriale serve esattamente a questo: rendere ottimale la gestione dell'azienda, con il minimo delle risorse disponibili. Quando ci si lamenta per le risorse (economiche, umane, di mezzi, di tempo) ciò è un indicatore pressochè certo dell'incompetenza manageriale della struttura entro cui si pretendono più risorse per un suo buon funzionamento. Il problema, troppo spesso, non è di risorse, ma di scelta e di gestione delle priorità.

Su questo tema, evidentemente, lo psicologo clinico, lo psicoterapeuta non possono intervenire. Si può solo sottolineare, e questa è una vecchia ma ancor valida osservazione, che il lamentarsi quale espressione dell'impotenza incompetente non serve a nulla, non aiuta al miglioramento del servizio. Così come non servirebbe al miglioramento del servizio un aumento delle risorse, visto che il comparto della sanità, per le ragioni dette all'inizio, sembra un pozzo senza fondo, causa principale del deficit preoccupante dello stato italiano. Certo, i tagli alla sanità sono stati pesanti negli ultimi tempi, come lo sono stati i tagli alla scuola, alle pensioni, alla cultura. Il problema, in tempi di grave crisi finanziaria, può essere attribuito alla diminuzione delle risorse a disposizione del paese. Ma anche ai criteri con i quali si sono effettuati i tagli, alle resistenze che si oppongono a modelli di funzionamento meno costosi e più efficaci. Un esempio per tutti: gli ostacoli che ancora oggi incontra, nel nostro paese e segnatamente nel Lazio, l'assistenza domiciliare con la sua economica efficacia.

Proviamo a considerare la componente simbolica delle critiche ora riportate. Emerge il vissuto di una forte trascuratezza nei confronti del cittadino ricoverato in ospedale, il sentimento di non essere il centro dell'interesse del personale sanitario, occupato dai costi delle varie operazioni sanitarie più che dal loro destinatario. Con queste critiche viene comunicato, da parte dei cittadini, un vissuto molto importante, centrale per l'istituirsi di una sanità efficiente: il paziente non si sente "visto" dal personale sanitario; preoccupato, quest'ultimo, da altre incombenze o priorità sino al punto da negare un bicchier d'acqua, una informazione, un ascolto.

Si diceva: al potere assoluto del medico nei confronti del paziente, si è ora sostituito il potere dell'obiettivo economico, quindi il potere del Direttore Generale e dei Primari su tutti, personale

sanitario e pazienti, nessuno escluso. Questo è il messaggio simbolico che la frequentazione dell'ospedale evoca nei pazienti, nel cliente dell'ospedale stesso.

Guardiamo ancora alle critiche espresse: *problemi economici*, nell'ospedale, sono sempre esistiti; *problemi di comunicazione* tra personale sanitario e pazienti sono sempre esistiti. Oggi hanno assunto, peraltro, una rilevanza elevatissima.

Perché?

Pensiamo che la risposta a questo interrogativo sia centrale per cogliere il principale nucleo problematico per la vita e la percezione dei pazienti in ospedale.

Questo nucleo problematico sta, a nostro modo di vedere, nella scarsa propensione del personale sanitario, dei medici in particolare, a comunicare con i pazienti e a dare loro le informazioni necessarie per comprendere quanto sta loro succedendo.

Si sa che il tenere l'"altro" all'oscuro di quanto avviene nel contesto in cui l'"altro" è implicato, conferisce potere a chi mantiene per sé le informazioni. Questa regola del potere comporta, però, una forte conflittualità tra chi tiene per sé le informazioni e chi ne è tenuto all'oscuro.

I medici del passato, anche recente, erano usi a non dare informazioni al paziente. Basterebbe ricordare il linguaggio tecnico utilizzato, dai medici, nel "giro" mattutino di visite ai vari malati del reparto, appositamente marcato proprio per rendere incomprensibile ai pazienti quanto viene scambiato tra gli stessi medici. Gustoso l'episodio del XVI° secolo ove tre medici, utilizzando il latino, parlottano tra loro al capezzale di un malato: "[Faciamus experimentum] in corpore vili" propone uno di loro; il malato, Marc-Antoine Muret, un umanista che collaborava con l'editore veneziano Manunzio per la pubblicazione di testi latini, sentita e compresa perfettamente la frase, balza dal letto e scappa a gambe levate, trovandosi d'incanto guarito. Anche allora la iatrogenesi delle malattie aveva una sua rilevanza. La ritrosia nel comunicare, da segno del potere si trasforma, in epoca recente, in un processo difensivo. Ma con la scarsa propensione a comunicare, la cultura medica mostra anche scarsa attitudine a ricevere feed back sul proprio operato. La cultura medica, in sintesi, è una cultura di tipo autoritario. E il personale sanitario, nella sua interezza, si è uniformato a questa tendenza a comunicare ad una via, lesinando le informazioni e scoraggiando i riscontri.

L'informazione è quell'elemento di realtà che consente di elaborare l'emozionalità fantasmatica evocata dal contesto e di passare dal mito, con le sue simbolizzazioni affettive, ad un pensiero capace di dare senso al rapporto tra sé e contesto. La cultura medica ospedaliera ha a che fare con il paziente, su due piani: *il piano della realtà clinica*, fatta di diagnosi eziopatogenetica, prognosi e pratiche terapeutiche; *il piano del vissuto* nei confronti del paziente e della forma patogena che ne motiva il ricovero. Si può comprendere che il medico non voglia comunicare al paziente le conclusioni, anche provvisorie, cui arriva circa il primo piano della conoscenza; va peraltro rilevato che il medico non può non comunicare il suo vissuto concernente il paziente, le sue attese, la domanda di conoscere, per quanto la ritualizzazione della relazione tenda a mascherare questo ordine di comunicazione. Ciò che, spesso, "passa" come comunicazione concernente il vissuto del medico nei confronti del paziente, è il tentativo di scindere il "male da curare" dal sé del paziente come persona che non ha alcun diritto di partecipare, anche attraverso la semplice informazione delle cose più banali, alla vita dell'ospedale e alle vicissitudini che caratterizzano il suo iter ospedaliero¹⁸. L'esclusione del paziente dall'informazione circa le sue

¹⁸ Chi scrive fu ricoverato in un ospedale romano qualche mese fa, per un piccolo intervento chirurgico. Si trattava di un ricovero in regime di *day hospital*, quindi con la prospettiva di essere dimesso in giornata. Mi si chiese di arrivare in ospedale alle sette del mattino. Dopo essermi fatto riconoscere, mi si chiese di spogliarmi completamente e di indossare una camicia che arrivava al ginocchio e che era completamente aperta dietro; ciò mi avrebbe creato qualche problema se avessi dovuto recarmi al bagno, visto che nella stanza c'erano quattro letti e molti parenti di persone che, come me, aspettavano di sottoporsi ad intervento chirurgico. Un'infermiera sbrigativa esegue un prelievo di sangue e, senza dir nulla, se ne va. Sono le sette e dieci del mattino. Nessuno mi avvicina e mi dice più nulla sino a mezzogiorno, quando mi si annuncia il viaggio verso le sale operatorie. Sono passate circa cinque ore di attesa, senza alcuna informazione, senza che qualcuno mi avvicinasse, si prendesse cura del mio attendere. Durante il trasporto, le due portantine resero pericoloso il mio viaggio, urtando violentemente il letto, dotato di ruote, contro i vari ostacoli che incontravamo sulla via. Una delle portantine, all'ennesimo urto, dice all'altra: "Dobbiamo stare un po' più attente; questi pazienti non sono mica sacchi di patate!". Il dialogo avvenne tra le due, senza nemmeno uno sguardo verso di me. L'attesa davanti alle sale operatorie dura circa due ore e si svolge in un androne

vicende ospedaliere può essere, in alcuni casi, totale e per ciò stesso angosciante. Il medico sembra voler fondare il potere professionale, l'ascendente sull'altro, il proprio prestigio, la propria immagine sociale sul non dare informazioni, sul non comunicare con il paziente. Sembra essere presente, nel medico, il timore di implicarsi emozionalmente, di non poter più contare sulla necessaria distanza emozionale dal paziente, se coinvolto in un processo di comunicazione fondato sulla reciprocità affettiva.

Ora, le persone che per necessità si accostano all'ospedale, chiedono di essere informate su quanto succederà loro.

Questa è, a mio modo di vedere, una delle discrepanze centrali tra cultura medica e cultura del cliente entro l'ospedale. La tendenza della cultura sanitaria è quella di avere a propria completa disposizione il paziente, che si vuole capace di attendere, sopportare "pazientemente" appunto, senza richieste o pretese, i tempi e i metodi dell'ospedale; un paziente rassegnato ad accettare quanto gli può succedere senza lamenti, riscontri critici, orientato all'attesa fiduciosa e acritica nei confronti dell'iniziativa diagnostica e terapeutica.

La tendenza dell'utenza, di contro, è spesso volta, oggi, alla diffidenza e alla richiesta, sempre più pressante, di essere informati sul proprio iter diagnostico e terapeutico. Un'informazione che non concerne la tecnicità medica, quanto la dinamica emozionale del processo. L'assenza di informazioni creava, nel passato, dipendenza acritica e passività; oggi, per le ragioni che più sopra abbiamo esposto, genera ansietà, irritazione, rifiuto critico. Di qui la sempre più frequente conflittualità, nell'ospedale, tra pazienti e parenti da un lato, personale sanitario dall'altro.

La relazione ospedaliera poteva funzionare in modo ottimale, nel passato, solo se si realizzavano le componenti rimotive di un processo collusivo tra malato, medico e infermiere: il medico poteva rimuovere la persona portatrice del male, per occuparsi solo del "male altro" che caratterizza la persona stessa; il malato poteva rimuovere la malattia della quale era affetto per comunicare, durante il ricovero ospedaliero, soltanto le sue esigenze di base come persona; l'infermiere poteva rimuovere il malato quale interlocutore adulto, dotato di ruolo e potere sociale, per simbolizzare il degente quale bambino dipendente e bisognoso di cure. Con la rimozione di quelle parti di sé o dell'altro che implicano una potenzialità ansiogena, si crea una sorta di contenimento del conflitto. Questa dinamica collusiva, per lungo tempo efficace nel connotare le relazioni entro l'ospedale, oggi è profondamente in crisi.

Il tirocinio in ospedale per gli specializzandi in psicoterapia psicoanalitica

Il tirocinante, ripercorrendo l'esperienza dei nostri allievi quale è stata analizzata in questi cinque anni, può svolgere in ospedale una funzione sostitutiva o una funzione integrativa.

Utilizzo un vecchio modello, quello delle funzioni sostitutive e integrative, che a mio modo di vedere è ancora utile.

Guardiamo alla funzione sostitutiva: il tirocinante può assumere una *funzione di comunicazione nei confronti del paziente o dei parenti*; funzione di vicarianza nei confronti del personale sanitario, là dove quest'ultimo, per i più diversi motivi, è carente in tale funzione e pone una domanda in proposito. La comunicazione di cui stiamo parlando, spero sia chiaro, non concerne specificamente le dimensioni mediche. Riguarda, di contro, il processo di adattamento delle persone, o dei gruppi familiari, alla struttura e alla cultura dell'ospedale. Si tratta di una funzione psicologica, è importante sottolinearlo. Una funzione alla quale dovrebbe essere formato il

stipato all'inverosimile di letti ove alcune persone erano serene, come era nel mio caso vista l'assoluta non gravità della forma per cui mi operavo, altre erano seriamente preoccupate, trattandosi di forme tumorali per le quali l'intervento doveva dare il responso sulla malignità del male. Il personale sanitario passa tra i letti a fatica, tutti parlano a voce alta e sono completamente disinteressati ai pazienti in attesa, occupati a parlare delle proprie speranze sulla partita della squadra di calcio del cuore, del modo in cui avrebbero impiegato il week end etc.. All'uscita dalla sala operatoria sperimentai la stessa situazione dell'andata, e anche l'attesa nella stanza di degenza avvenne senza alcuna informazione. Dopo qualche ora, un'infermiere mi chiese di alzarmi e di verificare se soffrivo di qualche capogiro. Vista la mia risposta negativa, mi si dimise. Prima di uscire dall'ospedale incontrai un medico che mi consegnò antibiotici, antidolorifici e fece alcune raccomandazioni sulla medicazione della ferita.

personale sanitario¹⁹, ma che di fatto può realizzare lo psicologo preparato al compito. Pensiamo al pronto soccorso, ove alcune persone, e i loro familiari, si trovano improvvisamente in relazione con la struttura sanitaria, in situazioni di emergenza e spesso senza alcuna preparazione, alcuna risorsa emozionale atta ad affrontare simbolicamente e operativamente l'evento. Queste persone trovano un sistema frequentemente efficiente nell'affrontare l'emergenza medica, ma non trovano alcun aiuto nell'adattamento alla situazione, nella comprensione delle regole del gioco che reggono l'organizzazione che provvederà ad intervenire sull'urgenza. Una persona arriva al triage e gli viene assegnato il codice verde, viene visitato dal medico e gli si chiede poi di attendere nella sala d'aspetto, senza alcuna informazione al riguardo; questa persona aspetta per un'ora circa, e nel frattempo la sua rabbia si fa sempre più angosciante. Dopo un'ora d'attesa all'oscuro di tutto, questa persona prende a male parole una infermiera, minacciandola. Succede un parapiglia. Si viene poi a sapere che il medico aveva pensato all'opportunità di tenere in osservazione la persona per un'oretta, per poi vedere l'evoluzione della situazione cardiaca. Bastava poco, anche una sola frase, per informare di questo la persona che, all'oscuro di tutto, si era sentita trascurata, ignorata, negletta di fronte alla sua preoccupazione di poter essere grave, bisognoso di cure immediate. Esempi di questo tipo sono all'ordine del giorno non solo nel pronto soccorso, ma in molte situazioni ospedaliere. Comunicare significa farsi carico delle angosce, delle fantasie, delle simbolizzazioni del paziente o del familiare; fantasie che sono ancorate sia alla malattia che al sistema ospedaliero entro il quale si è ricoverati. Ciò comporta l'analisi della domanda che, inevitabilmente, verrà posta dai degenti o dai familiari a chi si dichiara disponibile a comunicare con loro.

Le lamentele espresse nel rapporto PiT salute possono essere intese, anche, come domande non analizzate. Domande che si organizzano attorno alla simbolizzazione affettiva dell'evento "ricovero in ospedale", con tutte le dinamiche che tale evento motiva.

Analizzare la domanda del degente e dei suoi familiari significa svolgere una funzione di *mediazione simbolica tra utenza e persone che lavorano entro il sistema sanitario ospedaliero*. Quella mediazione simbolica che, spesso, non viene ritenuta necessaria dal personale sanitario o alla quale non ci si sente preparati. Risolvendo il problema con la richiesta di adattamento passivo e obbediente alla situazione che il paziente incontra, entro un contesto per nulla intenzionato ad adattarsi alle esigenze dell'utenza. Gli allievi della scuola, con le loro relazioni porteranno esperienze di questa funzione sostitutiva, svolta in diversi contesti e quale analisi di differenti domande.

La funzione integrativa, di contro, prevede uno studio dei modelli culturali che caratterizzano un contesto ospedaliero, un reparto, una specifica situazione di cura. Studio dei modelli culturali che consenta interventi volti a istituire un pensiero condiviso su eventi, simbolizzazioni, dinamiche conflittuali, processi collusivi che, senza l'intervento psicologico, trovano la via dell'agito più che quella del pensiero, del confronto, della proposta e del progetto.

Anche per questa funzione avremo relazioni esemplificative.

Come si vede, sto parlando di una funzione del tirocinante, ben diversa da quella che lo stesso può svolgere entro un CSM, un Centro Diurno di un Dipartimento di Salute Mentale. Contesti, questi ultimi, ove la funzione del tirocinante sarà quella di svolgere, a fianco del personale incardinato nella struttura, quelle attività che la struttura prevede (ad esempio psicoterapia, terapia istituzionale, counselling, analisi della domanda). In quest'ultimo caso, il tirocinante potrà utilizzare

¹⁹ Spesso si afferma che l'umanizzazione dell'ospedale, la maggior attenzione ai pazienti e ai loro bisogni non solo medici, l'applicazione in pratica del "modello bio-psico-sociale" sono dimensioni che spettano al personale sanitario e che dipendono, nella loro fattibilità, dalla formazione offerta al personale stesso. Vale solo ricordare brevemente che l'auspicio "bio-psico-sociale" fu formulato dall'OMS nel 1947, in un'epoca in cui si usciva dalla seconda guerra mondiale e dalle dittature nazi-fasciste che avevano sostenuto pesantemente la rilevanza del "biologico", sino al razzismo e alle grandi parate ginniche, chiedendo sottomissione e acriticità sociale nei confronti delle violenze perpetrate in nome della razza e dell'ideologia unica. Penso, anche, che la cultura medica e paramedica siano profondamente incistate entro modelli "autoritari" di comportamento e di relazione con il paziente per poter cambiare, almeno nel medio periodo. Resistendo, in questo, ad ogni sforzo formativo. Credo, quindi, che la funzione psicologica non possa avere che una funzione sostitutiva nei confronti del personale sanitario, refrattario ad ogni cambiamento in proposito. Questa funzione di comunicazione, d'altro canto, si porrà poi in integrazione con l'operato del personale sanitario stesso.

tecniche, prospettive, vertici di lettura dei problemi, modalità di relazione diversi da quelli del personale incardinato, potrà sviluppare prospettive più vicine a quelle che la scuola di formazione elabora e propone, ma seguendo sempre gli obiettivi che le strutture di tirocinio si danno.

Nel caso dell'ospedale, di contro, la funzione del tirocinante può essere diversa da quella del personale ospedaliero, anche se in stretta integrazione con questo, ampliando gli obiettivi dell'istituzione "ospedale". La comunicazione con i degenti e i familiari, la loro integrazione entro il sistema simbolico dell'ospedale, comporta processi di partecipazione che si propongono come una evoluzione sia della dipendenza acritica del passato come anche della conflittualità critica del presente. C'è da chiedersi se l'ospedale sia interessato a questa funzione che il tirocinante in psicoterapia psicoanalitica può svolgere²⁰. La nostra esperienza ci dice che la domanda dell'ospedale esiste a tale riguardo, anche se ambivalente, con forte conflittualità al suo interno. L'atteggiamento del personale sanitario e delle diverse strutture dell'ospedale nei confronti di questa funzione psicologica, può essere inteso come una sorta di *analyseur*, di rivelatore delle differenti culture che caratterizzano l'ospedale. In questo senso, il tirocinio in ospedale, il suo proporsi, il suo a volte faticoso realizzarsi, può essere visto come un processo di analisi istituzionale dell'ospedale stesso.

Bibliografia

Bindi, R. (2002). La riforma sanitaria. Lezione tenuta presso lo European Studies Centre dell'Università di Oxford il 25 ottobre. *Aggiornamenti Sociali*. Retrieved from: www.aggiornamentisociali.it/0302bindi.html

Carli, R., & Paniccia, R.M. (2011). *La cultura dei servizi di salute mentale in Italia*. Milano: FrancoAngeli.

Fornari, F. (1976). *Simbolo e codice. Dal processo psicoanalitico all'analisi istituzionale*. Milano: Feltrinelli.

Fraenkel, E. (1941). *The Dual State*. New York. (Trad. It. Il doppio stato. Contributo alla teoria della dittatura. Torino: Einaudi, 1983).

Goffman, E. (1961). *Asylums. Essays on the social situation of mental patients and other inmates*. New York: Anchor Books, Doubleday & Company, Inc. (Trad. It. Asylums. Le istituzioni totali: i meccanismi dell'esclusione e della violenza. Torino: Einaudi, 1968).

²⁰ Ricordo che gli ospedali di Roma ove si è svolto il tirocinio dei nostri allievi sono: Fatebenefratelli, San Filippo Neri, Santo Spirito. Nel primo e nel terzo ospedale esiste un servizio di Psicologia Clinica, nel secondo opera una psicologa entro il Servizio Prevenzione e Protezione Rischi. L'esistenza di una funzione psicologica all'interno dell'ospedale sembra necessaria perché si possa sviluppare un interesse al tirocinio, anche nella versione che qui proponiamo.