

La valutazione del rischio psicosociale in Ospedale

di Filomena Brescia*, Gabriella Mazzeo*

Abstract

Il presente articolo propone un caso di valutazione del rischio psicosociale presso un Ospedale romano in attuazione di quanto previsto dal Testo Unico sulla Sicurezza sul lavoro. Chi si occupa di tale valutazione potrebbe adempiere a una norma senza occuparsi della domanda della committenza, delle attese della dirigenza e lavoratori, della fruibilità dei risultati. Per lo psicologo si tratta di passare da produrre documenti ad attivare interesse e sviluppo nel contesto di intervento. Nell'articolo si analizzano 2 rappresentazioni sociali del lavoratore, veicolate dalla normativa sulla sicurezza sul lavoro: come persona con specifiche motivazioni che contratta con gli altri le regole del luogo di lavoro o come individuo vulnerabile fisicamente e mentalmente. Ne derivano visioni della valutazione molto diverse: analisi delle relazioni organizzative o diagnosi di disfunzioni individuali. Si analizzerà il processo di valutazione sviluppato con il Servizio Prevenzione e Protezione Rischi dell'Ospedale responsabile dell'attività: il rapporto tra funzione tecnica e consulenziale del Servizio e come attivare partecipazione nella Dirigenza Strategica ospedaliera, nelle figure di coordinamento, nei 2000 lavoratori. I risultati dell'indagine mostrano livelli di rischio significativi collegati al conflitto con le funzioni gestionali, alla pressione da parte di familiari e pazienti, al vissuto di isolamento degli operatori sanitari rispetto alle denunce alla magistratura, mostrando i limiti della medicina difensiva. E' presentato successivamente il lavoro di formazione con gli operatori di Medicina d'Urgenza e Pronto Soccorso per intervenire sugli elevati livelli di rischio riscontrati e sugli eventi sentinella legati alle frequenti aggressioni entro quella Unità Operativa.

Parole chiave: stress lavoro correlato; psicologia e sicurezza sul lavoro; cultura dell'ospedale; eventi sentinella; intervento psicologico nel Pronto Soccorso; intervento psicologico in ospedale

Introduzione

Proponiamo il resoconto dell'intervento di valutazione del rischio psicosociale¹, realizzato presso l'Azienda Complesso Ospedaliero San Filippo Neri di Roma. Di questo intervento ci siamo occupate dapprima nel tirocinio come specializzande di SPS², successivamente come consulenti per il Servizio Protezione e Prevenzione Rischi dell'Ospedale (SPPR).

La valutazione rappresenta un obbligo del datore di lavoro, come stabilito dal Testo Unico sulla Sicurezza sul Lavoro. Entro questa cornice si pone, per lo psicologo consulente, il rischio di assumere una posizione di traduzione acritica delle richieste della committenza, in una adempitiva applicazione di tecniche entro l'obbligo previsto dalla legge. In tal caso si perde l'occasione di sviluppare con il committente un pensiero sull'uso che questi potrà fare della valutazione. Inoltre lo psicologo può proporsi di diagnosticare e sanare aspetti del comportamento organizzativo, come l'assenteismo o i comportamenti non collaborativi. Alternativamente ci si occupa della domanda, delle dimensioni simboliche vissute da chi partecipa della realtà organizzativa, contribuendo a un pensiero sulla relazione tra l'organizzazione e i lavoratori che ne fanno parte.

* Psicologa clinica, Specialista in psicoterapia psicoanalitica, intervento psicologico clinico e analisi della domanda.

¹ Altrimenti definito stress lavoro correlato; in questo lavoro si fa la scelta, che argomenteremo in seguito, di definirlo rischio psicosociale.

² SPS, Studio di Psicosociologia, una scuola di psicoterapia psicoanalitica che forma a intervenire psicoterapeuticamente entro contesti, come ad esempio l'Ospedale.

Nel caso che presentiamo abbiamo lavorato entro la partnership tra SPS e SPPR, in un progetto orientato a costruire, a partire dal vincolo normativo, una opportunità di sviluppo del contesto ospedaliero. In questo lavoro proponiamo l'esplorazione della domanda che ci è stata rivolta in Ospedale come caso di intervento psicologico clinico entro un'organizzazione del tutto coerente con la nostra formazione psicoterapeutica. Ci riferiamo in particolare alla possibilità che la funzione psicologica supporti i contesti organizzativi nello sviluppo della competenza a pensare le emozioni.

Il lavoro degli psicologi entro mandati normativi: tra adempimento e sviluppo

Nella valutazione del rischio psicosociale, psicologo e cliente si incontrano intorno all'esigenza di rispondere a una norma. L'usanza diffusa di produrre documenti per risolvere sulla carta, dunque in modo falso, obblighi di legge che dovrebbero affrontare questioni critiche è un sintomo della sfiducia nella possibilità di intervenire sui problemi, in particolare quei problemi che originano dal fallimento della collusione nella relazione organizzativa³. Rispetto alle sollecitazioni a occuparsi dei problemi si può rispondere con agiti conformisti, che perpetuano modalità relazionali usuali; si evita così di dare senso ai fallimenti collusivi la cui interpretazione potrebbe aprire a nuove modalità di rapporto nel sistema di convivenza. Aderendo collusivamente alla cultura dell'adempimento, psicologo e cliente non colgono le risorse potenzialmente a loro disposizione: leggi che introducono azioni migliorative di situazioni di disagio, per esempio, non sono intese come opportunità.

Se ci si è ancora al mandato normativo, si può dire che l'intervento esiste perché esiste un obbligo da realizzare. Per il senso comune la norma è condizione sufficiente a produrre i comportamenti attesi. Pensiamo però a casi critici, ad esempio alla difficoltà a far diventare prassi comune l'uso dei dispositivi di protezione individuale, come guanti o caschetti, in un settore con alto numero di infortuni come l'edilizia. Nella prospettiva psicologico clinica le decisioni, le scelte, i comportamenti sono la traduzione in azione di culture collusive che le persone condividono. Il passaggio dalla norma alla sua attuazione richiede di trattare la dinamica collusiva del consenso; la parola consenso, dal latino *consensum*, sentire insieme, concordare, evoca relazioni molto diverse dalla dipendenza asimmetrica che dà per scontato l'adesione a quanto richiesto da un potere. Richiede un lavoro di ridefinizione delle finalità valoriali in obiettivi pragmatici, nonché la comprensione del senso culturale che l'attuazione di una legge assume entro uno specifico contesto. In Ospedale ci siamo chieste, in primo luogo, quale senso avesse per gli operatori sanitari l'adeguarsi o il lamentarsi delle disposizioni stabilite dall'alta gerarchia.

Una analisi culturale della normativa in materia di stress lavoro-correlato. La frammentazione dell'oggetto sociale.

In Italia, come è noto, la normativa in materia di sicurezza è stata riorganizzata a seguito di sollecitazioni del Consiglio Europeo⁴. Un primo elemento che possiamo cogliere, nella traduzione italiana delle indicazioni europee, è lo slittamento da una prospettiva orientata al miglioramento delle condizioni dei lavoratori ad una dimensione di tutela della salute. Nel Patto europeo per la salute mentale del 2008 si legge: "Occorre [...] migliorare la produttività sfruttando il potenziale inutilizzato a causa dello stress e delle malattie mentali". Possiamo cogliere qui il riferimento a una domanda di incremento della produttività connessa alla condizione psicologica dei lavoratori. Inoltre si parla di culture e stili di direzione, accanto a categorie più individuali (tossicodipendenti, alcolismo, malati mentali). In Italia con il d.lgs.81/2008 il problema stress lavoro-correlato è collegato a categorie come donne e uomini, donne in stato di gravidanza, stranieri, anziani e giovani. Si configura la valutazione come una sommatoria di atti diagnostici da eseguire su categorie sociali predefinite e che mettono in atto una frammentazione che difficilmente potrà dare

³ Nel nostro lavoro utilizziamo un modello di analisi e intervento sulla relazione i cui presupposti concettuali, che fanno riferimento a una teoria psicoanalitica del rapporto sociale, si possono rintracciare in Carli & Paniccia, 2011.

⁴ Un primo passaggio è avvenuto con il decreto legislativo 626/94, poi con il decreto legislativo 81/2008 infine col decreto legislativo 106/2009.

criteri esplorativi per comprendere l'insieme del fenomeno. Questo processo di separazione è, a nostro parere, influenzato dalla cultura della tecnicità, che segmentando spiega i meccanismi interni all'oggetto di cui si occupa, ma non vede le relazioni tra l'oggetto e il contesto di riferimento, nemmeno quando si tratta di un oggetto sociale. La funzione psicologica può offrire modelli di lettura dei problemi delineati, alternativi alla scissione dei problemi in innumerevoli sotto categorie e attenti alla relazione.

La medicalizzazione del conflitto

Esplorando i testi normativi sul rapporto tra lavoro e sicurezza cogliamo due immagini diverse: da un lato un'immagine del lavoratore come persona vulnerabile, a rischio, dall'altro come una persona con una dignità, ovvero quella condizione di nobiltà morale in cui l'uomo è posto dal suo grado, dalle sue intrinseche qualità, dalla sua stessa natura di uomo⁵. L'uso della parola dignità caratterizza la fase storica degli anni Settanta: la ritroviamo nello Statuto dei lavoratori. È il momento in cui con il boom economico e l'industrializzazione del Paese, intorno alla questione del lavoro si sviluppano forti conflittualità, fino all'autunno caldo del 1969⁶. La persona con dignità è quella che rivendica i suoi diritti. Gli operai chiedono di intervenire sugli accordi che riguardano i salari e l'orario di lavoro⁷. Seguirà, nella storia italiana, una stagione di profonda sfiducia nel cambiamento e di progressiva negazione delle potenzialità del conflitto sociale, fino a valorizzare oggi l'a-conflittualità⁸, intesa come "modalità di relazione che si fonda sul conformismo sociale, ossia sulla pretesa che ci si attenga doverosamente a una normatività, a delle regole dettate da un potere indiscutibile, che non ammette spazi di autonomia e di pensiero" (Baraldi et al., 2011, p.66). Possiamo cogliere tale passaggio nella legge 81/08: si parla di salute dei lavoratori, il problema è medicalizzato e sganciato dalle relazioni organizzative per iscriverlo nel corpo del lavoratore. Nel rapporto tra datore di lavoro e lavoratori, la contrattazione di regole è sostituita dalla visione medicalizzata⁹ che trasforma il conflitto in stress, in fenomeno interno al corpo o alla mente del lavoratore, in patologia da curare o eliminare, un vizio che rende quel lavoratore pericoloso, improduttivo, inefficace. L'atteggiamento medicalizzante che trasforma il conflitto tra parti sociali in malattia dell'individuo può essere inteso come il tentativo di trovare nella promozione di salute un'alternativa al confrontarsi con dinamiche di contrattazione¹⁰.

⁵ Vocabolario Treccani (Treccani.it).

⁶ Nel settembre 1969 Francesco De Martino, leader del partito socialista, intervenendo in aula disse: "L'autunno potrà essere veramente caldo". In quei mesi si susseguivano scioperi e assemblee nelle principali industrie italiane, in rapporto al rinnovo dei contratti di lavoro. Accanto alle richieste degli operai, i movimenti studenteschi chiedevano una maggiore tutela del diritto allo studio. Il termine *autunno caldo* è stato utilizzato dalla stampa anche nel settembre 2011, in relazione alle manifestazioni contro il governo Berlusconi.

⁷ Si veda Crainz, 2005, p.188.

⁸ Sul concetto di aconflittualità si veda Carli, 2010, pp. 1-3.

⁹ A proposito del concetto di medicalizzazione si veda Di Ninni (2011): "il discorso della medicina ha pervaso la nostra cultura, fornendo e imponendo al tempo stesso tracce della sua logica a questioni centrali dell'uomo, intervenendo sulla nascita, sulla morte, sul piacere, in una parola producendo una *medicalizzazione* della vita. (...). Il passaggio dall'attenzione all'ascolto dei sintomi alla certezza della patogenesi attraverso l'osservazione dei tessuti, rende la medicina orientata all'indagine sulla malattia piuttosto che al malato. In estrema sintesi la domanda di senso legata all'esperienza della sofferenza si riduce a richiesta di prestazioni sanitarie" (p.39).

¹⁰ Sulla critica del concetto di salute in psicologia si veda Carli & Paniccia (2010): "Si sosteneva la limitatezza di una visione della psicologia relegata all'individuo, l'indefinitezza e l'ambiguità di un costrutto come quello di "salute", se applicato alla psicologia. Aggiungiamo la forte ambiguità e la valenza fuorviante del costrutto di "benessere" applicato alla psicologia, sia alla psicologia individuale che a quella organizzativa. Il benessere, costrutto storico e contestuale, appare come una proposta scontata e al contempo ambigua. Che significa "domanda di benessere"? Quando mai, chiunque di noi, può affermare di essere in una condizione di benessere o di aspirare al benessere? [...] I sistemi organizzativi, se vogliono perseguire sviluppo, innovazione, efficienza, debbono inseguire il benessere o perseguire obiettivi? Potremmo continuare, vedendo come la parola benessere, nel suo inutile ammiccamento a qualcosa di "positivo", sia storicamente disancorata da ogni possibile lettura psicologica, sociologica, economica, storica,

In un panorama culturale di questo tipo il lavoratore è oggi considerato come persona priva di potere negoziale e della competenza a partecipare a un processo di produzione. Se nella dinamica relazionale del conflitto si esprime la contrapposizione tra portatori di interessi che si contendono quote di potere su un oggetto terzo e verificabile, cui tutte le parti in gioco partecipano, come ad esempio la produttività, lo sviluppo e l'eccellenza, lo slittamento culturale sul concetto di salute/malattia sposta il conflitto su un oggetto non più verificabile in quanto obiettivo molto generale, valoriale e potenzialmente senza limiti. La rappresentazione di fenomeni sociali come malattia produce soggetti malati, isolati dal sistema organizzativo. Allo stesso tempo, parlare di malattia nella nostra cultura sembra indurre alla speranza, alla fiducia nelle azioni di cura. La valutazione dello stress lavoro-correlato porta in sé questa ambivalenza, che ci sembra utile cogliere per la funzione psicologica interpellata ad occuparsene.

Il caso dell'Ospedale: applicazione di tecniche individualiste o intervento sulla cultura

Vediamo come nasce il progetto di valutazione in Ospedale. È chiamato a occuparsene il Servizio Prevenzione e Protezione Rischi (SPPR), Unità Operativa in staff alla Direzione Strategica¹¹. La psicologa di SPPR chiede una collaborazione a SPS per sviluppare un piano di intervento che realizzi quanto richiesto dalla norma, e sia un'opportunità per promuovere la competenza organizzativa di quanti lavorano in ospedale. Un prima proposta nella relazione con la committenza è stata rivedere criticamente, riflessivamente, la dimensione di obbligo normativo ed esplorare le dinamiche simboliche che sostanziano la richiesta di intervento.

In questa fase facevamo parte del gruppo di lavoro attivato ad hoc entro il Corso di specializzazione, impegnato a costruire ipotesi sul problema che si intendeva rilevare. Il gruppo di lavoro, cui partecipavano SPPR e i consulenti SPS, condivideva l'idea che il problema dello stress riguardasse non singoli individui, ma specifiche culture: il rischio psicosociale ha la sua sede di riferimento e di studio entro le relazioni che si sviluppano tra le differenti componenti dell'organizzazione (Carli, 2012). Nella lettura psicologico clinica, il fenomeno stress attiene ai vissuti collusivamente condivisi, al modo con cui gli individui che operano in un'organizzazione simbolizzano la relazione lavorativa. Nella letteratura sullo stress questo costrutto è definito, a prescindere dai contesti, in termini fisiologici, universali e riconoscibili per la presenza di sintomi ostensibili. Nella proposta psicologico clinica il concetto di stress si contestualizza per cogliere la sua accezione "locale". Intervenire sullo stress in questi termini implica promuovere la competenza a nominare con nuove categorie i problemi e le relazioni. Abbiamo così proposto di chiamare lo stress rischio psicosociale; con questi termini da un lato si faceva riferimento a una delle radici storiche dell'ottica psicoanalitica adottata da SPS, la psicosociologia francese, dall'altro si adottavano parole immediatamente evocatrici che facilitassero il rapporto con il cliente. L'obiettivo era sollecitare un reale uso della valutazione come occasione per capire i problemi dell'Ospedale circa i rischi lavorativi.

La valutazione del rischio psicosociale: la ricerca intervento

La valutazione si è sviluppata in due fasi. Nella prima la psicologa di SPPR, insieme agli specializzandi SPS, ha realizzato dei focus group, coinvolgendo diverse figure professionali e chiedendo di parlare delle questioni lavorative vissute come problematiche, presso 15 Unità Operative rappresentative delle principali linee di attività dell'Ospedale. Il testo dei focus group è stato analizzato tramite l'Analisi Emozionale del Testo¹², che ha consentito una prima indagine

politica o religiosa dei fenomeni che caratterizzano la convivenza e i suoi conflitti, le vicende delle persone, dei popoli, dei gruppi sociali nel loro contesto" (p.7).

¹¹ Per approfondimenti sulla funzione di SPPR e la sua organizzazione si veda Atzori (2010, pp. 1-4).

¹² La metodologia dell'Analisi Emozionale del Testo consente di costruire conoscenza sulle trame emozionali che attraversano un testo. Qui per testo intendiamo il discorso prodotto da persone che partecipano ad un medesimo contesto, che sono in rapporto con uno stesso oggetto. In altre parole, AET consente di rilevare e analizzare i processi collusivi che organizzano la convivenza nei diversi contesti. Per approfondimenti si veda: Carli & Paniccà (2002).

esplorativa sui processi collusivi che organizzano i rapporti nell'Ospedale. Nella seconda fase sono state coinvolte tutte le UUOO dell'Ospedale mediante un questionario ISO¹³ costruito ad hoc anche a partire dai risultati della prima fase. I risultati della valutazione evidenziano 3 aree di rischio¹⁴.

Prima area di Rischio Psicosociale – Il rapporto con la gerarchia che gestisce l'Ospedale

Si contrappongono in questa area due culture. La prima lamenta la scarsa competenza manageriale dei vertici gerarchici: si pensa che chi dirige l'Ospedale non sia interessato a promuovere sviluppo, a valorizzare i risultati, a perseguire gli obiettivi dell'azienda. Si propone una dipendenza sfiduciata in cui ci si sente in balia, ma al contempo si affida totalmente la responsabilità rispetto ai problemi organizzativi ad una gerarchia vissuta come incompetente. All'opposto, si presenta il contesto ospedaliero come "il migliore dei mondi possibili", dove tutto funziona al meglio, si è soddisfatti del proprio lavoro, si pensa di essere guidati da una gerarchia amichevole, volta a promuovere la collaborazione e offrire sempre più elevate opportunità di sviluppo. I modi opposti di stare in rapporto alla gerarchia che gestisce l'Ospedale sono in evidente conflitto tra loro, nella difficoltà di sviluppare ipotesi condivise sui problemi organizzativi dell'Ospedale.

Seconda Area di Rischio Psicosociale – rapporto con le dinamiche di lavoro

Anche la seconda area di rischio si divide in due modi distinti di vivere il lavoro, in rapporto alle dinamiche interne al lavoro stesso. Da un lato emerge un vissuto di accerchiamento. Gli operatori vivono il lavoro nell'area sanitaria come soggetto a minacce incombenti e inevitabili. Sono vissuti come minacciosi i rapporti con malati e familiari, ma anche l'organizzazione del lavoro con turni faticosi; si teme l'intervento della magistratura. Sull'altro versante gli operatori sembrano trovare un antidoto allo stress nel conforto che deriva dai rapporti di fiducia e solidarietà con i colleghi. Sono sempre presenti situazioni critiche ma la competenza a comunicare, a saper collaborare e lavorare in gruppo offrono una compensazione rispetto alle condizioni stressanti.

Questa seconda area di rischio appare meno problematica della prima poiché se da un lato evidenzia elementi di criticità, dall'altro fa riferimento a risorse possibili del lavoro sanitario.

Terza Area di Rischio Psicosociale – rapporto con i problemi specifici del contesto sanitario

La terza area di rischio si caratterizza per la consapevolezza delle difficoltà legate al lavoro ospedaliero che mette a contatto con malattie difficili, con la morte e l'impossibilità a curare. Ai problemi citati, tuttavia, si contrappone la valorizzazione del proprio operato entro l'Ospedale. Si ha fiducia nella propria competenza professionale e si pensa che le attività possano essere organizzate in modo efficiente entro la propria struttura d'appartenenza. Si punta a realizzare gli obiettivi aziendali, a lavorare sodo, si considera fattore di successo l'essere innovativi e il dimostrare interesse per i pazienti.

In sintesi, si tratta di un modo di vivere il lavoro nell'Ospedale che fa leva sul sentimento di efficacia e competenza professionale per compensare lo stress legato al confrontarsi con patologie gravi. In questa cultura si rilevano solo modesti segni di rischio psicosociale.

Il Servizio Prevenzione e Protezione Rischi: tra funzione tecnica e di consulenza

Iniziamo il tirocinio presso SPPR durante la prima fase della ricerca-intervento, avviando rapporti con gli operatori del Servizio e con l'organizzazione ospedaliera. Il nostro obiettivo era utilizzare le occasioni di incontro e di scambio con gli operatori del Servizio per contribuire a rendere parlabili,

¹³ "STRUMENTO ISO (Indicatori di Sviluppo Organizzativo), è un questionario che si basa su tre elementi: Pool di Modelli SPS per l'analisi dell'organizzazione, Espressioni linguistiche specifiche della popolazione/problema ricavate tramite AET, Obiettivi della committenza. L'uso di AET e/o strumento ISO è connesso alle caratteristiche della popolazione-cliente e agli obiettivi della committenza" (Cavaliere, 2003 p.3). Per maggiori approfondimenti si veda anche Carli, Paniccia & Salvatore, 2004, p.30.

¹⁴ Si veda, nello stesso numero della Rivista: "Il rischio psicosociale nell'Azienda Ospedaliera San Filippo Neri. Studio di Psicosociologia per il Servizio di Prevenzione e Protezione Rischi".

quindi pensabili le azioni connesse alla valutazione del rischio psicosociale. Ci riferiamo alla possibilità di definire un problema a partire dal riconoscimento di un vissuto. In questo caso si trattava di accompagnare la progettazione delle diverse fasi della valutazione con momenti di riflessione che consentissero di dare un nome ai problemi¹⁵ che via via si incontravano.

Una prima questione emersa in uno dei primi colloqui di istituzione del tirocinio, con la tutor, psicologa del Servizio, riguarda le caratteristiche di SPPR. Si tratta di un servizio trasversale che, a seguito dell'approvazione del decreto legislativo 626/94, agisce a supporto della direzione dell'azienda ospedaliera per la tutela della sicurezza e della salute dei lavoratori. In esso si sono sviluppate nel tempo due aree di intervento: la prima, ove operano medici e infermieri, si occupa della funzione di sorveglianza sanitaria, ovvero di tutela della salute dei lavoratori dai rischi connessi alle specifiche mansioni svolte; la seconda è orientata prevalentemente alla valutazione dei rischi e alla predisposizione di adeguate misure preventive. L'intervento della psicologa si colloca in questa seconda area, caratterizzata o dalla presenza di varie competenze professionali (medica, psicologica, degli addetti alla sicurezza).

L'evoluzione normativa in materia di sicurezza, sollecitava la promozione di una logica di intervento strategico, entro "il passaggio dalla sicurezza vissuta come problema (perché è altro rispetto al processo di produzione) alla sicurezza interpretata come progetto di managerialità" (Atzori, 2010, p. 1).

Rispetto a tale passaggio, abbiamo colto una domanda di integrazione tra azioni e funzioni da parte degli operatori del Servizio. Un primo passo ipotizzato con la psicologa è stata la proposta di azioni che andassero verso un'implicazione di tutto SPPR nel progetto di valutazione. Siamo partite dalla condivisione del senso dell'intervento che si stava avviando: attraverso la valutazione del rischio psicosociale SPPR si proponeva con una offerta consulenziale nei confronti dell'Ospedale. Un'offerta che per essere pensata e organizzata richiedeva il coinvolgimento sia della Direzione Strategica che dei gruppi di lavoro degli operatori sanitari.

Lo scambio con gli addetti alla sicurezza, in particolare, ci ha consentito di raccogliere informazioni importanti sulla cultura e le pratiche diffuse in Ospedale. Ci ha permesso, inoltre, di cominciare a rilevare un interesse a comprendere una dimensione della cultura ospedaliera: come tenere insieme azioni attente a dimensioni tecniche con azioni centrate su dimensioni relazionali, come ad esempio l'integrazione tra indicatori oggettivi e soggettivi di rischio.

Un altro aspetto rilevante di cui ci siamo occupate è stato il coinvolgimento nella valutazione di tutto il personale ospedaliero, implicato nella applicazione del questionario ISO. Molta attenzione è stata rivolta al come attivare l'intero Ospedale: come convocare e soprattutto motivare le UUOO? Di fatto la seconda fase di intervento è cominciata con la proposta di incontri di diffusione e discussione dei risultati ottenuti nella prima fase esplorativa. Si è trattato non di presentare i dati, ma di costruire un'implicazione a partire dai dati, tenendo viva l'esperienza della valutazione e promuovendo riflessioni sul funzionamento organizzativo dell'Ospedale a partire da una conoscenza della sua cultura. Abbiamo poi distribuito il questionario ISO a tutte le Unità Operative, individuando in ciascuna dei referenti che coordinassero la rilevazione all'interno della propria UO. La risposta è stata più che soddisfacente: abbiamo raccolto 956 questionari validi compilati dalle diverse figure professionali, circa il 60% delle persone che lavorano in Ospedale.

A chi appartengono i risultati?

Alla conclusione della applicazione del questionario la tutor ha dovuto assentarsi per alcuni mesi. Abbiamo ipotizzato con lei che durante la sua assenza avremmo proseguito la valutazione dialogando con le altre funzioni di SPPR. Si stava prospettando una possibilità di maggiore condivisione di criteri e di strategie entro il Servizio, pur nella differenziazione di competenze tecniche e funzionali, a partire dal comune interesse a realizzare la valutazione del rischio psicosociale che per la prima volta il Servizio si stava cimentando. Avviamo un più diretto

¹⁵ Moscovici nella teorizzazione delle rappresentazioni sociali dice: "ciò che è anonimo, innominabile, non può divenire un'immagine comunicabile, o essere prontamente collegabile ad altre immagini [...] In altre parole ciò che prima era negato ora è ammesso" (Moscovici & Farr, 1989, pp. 52-53).

confronto con la Responsabile, per organizzare la fase di restituzione all'interno dell'Ospedale dei risultati della valutazione. Nel dialogo con la Responsabile emerge l'interesse a predisporre azioni per mantenere vivo il processo di valutazione e fare in modo di rendere gli esiti della valutazione non "un documento in un cassetto", ma una risorsa per comprendere aspetti problematici dall'esperienza quotidiana degli operatori. Una prima soluzione sembra essere la presentazione alla gerarchia dell'ospedale di indicazioni concrete, suggerimenti tecnici ben precisi per trattare i problemi riscontrati. Accanto a questo con la Responsabile recuperiamo l'interesse della Direzione, in particolare quella Sanitaria e del personale delle UUOO su alcune questioni vissute come rilevanti nel lavoro ospedaliero. Questo interesse poteva funzionare come leva per dialogare in primo luogo con la Direzione Strategica in una funzione consulenziale facendo della valutazione uno strumento per evidenziare e trattare i problemi organizzativi.

Proponiamo alla Responsabile che sarebbe stato efficace fare delle riunioni in cui discutere i risultati con tutto SPPR, per poterli elaborare prima di presentarli al di fuori del Servizio. Ci dice che si sarebbe occupata lei stessa di convocare la riunione con addetti, medici e infermiere. Ci sembra un buon risultato dello scambio con lei. I risultati della valutazione stavano diventando attivatore di confronto sui vissuti nel contesto lavorativo.

Prepariamo l'invito ad un incontro parlandone con gli addetti alla prevenzione, gli operatori del Servizio con cui c'era stata maggiore collaborazione durante i mesi precedenti. Nella conversazione si cominciano a vedere con maggiore chiarezza punti di contatto tra le varie attività che SPPR aveva in corso: il lavoro di indagine sugli infortuni e le rilevazioni di problemi strutturali da un lato, l'intervento sulle culture dall'altro. La riunione interna a SPPR, rivolta a tutte le figure professionali e orientata a una riflessione condivisa sul lavoro in corso, era anche un primo modo per verificare i risultati con un gruppo di operatori dell'Ospedale.

L'implicazione della gerarchia: Direzione Strategica dell'ospedale, Direttori di UOC, Responsabili di UOS e Coordinatori tecnici e infermieristici.

La Responsabile del Servizio in un incontro con i Direttori Generale e Sanitario concorda di convocare Direttori e Responsabili delle UUOO e i Coordinatori infermieristici e tecnici per la restituzione dei risultati. Già nelle fase esplorativa, incontrare i Direttori, i Responsabili e i Coordinatori era stato utile per condividere il senso della valutazione: molti referenti si riconoscevano nelle rappresentazioni culturali che SPPR stava proponendo loro. A seguire, con SPPR abbiamo organizzato incontri il SAIO (Servizio Assistenza Infermieristica e Ostetrica), il CTSR (Coordinamento Tecnici Sanitari e della Riabilitazione), i Coordinatori infermieristici e tecnici, i Direttori delle Unità Operative amministrative, informando sui livelli di rischio psicosociale, ma soprattutto avendo informazioni sulle questioni vissute come problematiche dalle diverse aree funzionali.

In questa fase SPPR investe in particolar modo sul confronto con la Direzione Amministrativa e ciò ha permesso di approfondire il rapporto tra cultura della cura e cultura gestionale in Ospedale¹⁶. Molto spesso entro la cultura ospedaliera ci è sembrato di cogliere la preminenza della funzione medica sull'area amministrativa che comprende anche tutto il personale tecnico, dagli elettricisti ai cuochi.

SPPR, parallelamente alle attività realizzate per implicare l'area amministrativa, stava progettando in collaborazione con SPS l'intervento sulle aree di rischio individuate.

Anche in questa fase è stato possibile portare avanti le attività lavorando a coinvolgere e motivare le diverse aree funzionali. Un risultato di questa interlocuzione è stato il poter cogliere una

¹⁶ Nell'esperienza di valutazione che stiamo resocontando abbiamo colto la problematicità della scissione entro l'organizzazione ospedaliera tra una parte che persegue obiettivi di cura e una parte attenta a dimensioni gestionali. E'importante a tal proposito ricordare come i processi di aziendalizzazione abbiano promosso, nelle strutture sanitarie, una razionalizzazione nell'uso delle risorse e nella definizione degli obiettivi. La capacità degli ospedali di specializzarsi ed evitare ricoveri inappropriati è un aspetto fortemente valorizzato nelle politiche sanitarie degli ultimi anni.

domanda di formazione e consulenza per gli operatori dell'Ospedale sia nell'area medica che in quella amministrativa.

Lo scambio avviato con i Direttori delle unità amministrative è stato molto ricco e ha consentito di far emergere una domanda legata allo sviluppo di competenze per gestire i gruppi di lavoro.

A partire dai dati della ricerca e dalle informazioni raccolte, è stato proposto un intervento, rivolto a quattro UUOO, orientato a discutere con gli operatori il funzionamento organizzativo dei gruppi in cui sono inseriti. L'ipotesi è che approfondire la conoscenza delle dinamiche in cui si è immersi rappresenti in se' un intervento orientato a promuovere cambiamento. A ciascuna Unità Operativa abbiamo proposto un seminario organizzato in due incontri: il primo dedicato alla riflessione sulle dinamiche coesive e conflittuali entro i gruppi di lavoro, il secondo ad aprire uno spazio per l'analisi di eventi critici vissuti dagli operatori nella vita di reparto.

I seminari con gli operatori dell'UO di Medicina d'Urgenza e Pronto Soccorso

Abbiamo cominciato incontrando il personale dell'Unità Medicina d'Urgenza e Pronto Soccorso (MUPS). Il personale dell'Unità è stato diviso in quattro gruppi, e ogni gruppo riuniva una équipe di lavoro. Con ciascun gruppo sono stati effettuati due incontri di tre ore, a distanza di circa un mese l'uno dall'altro. Qui di seguito proponiamo le questioni trattate nel rapporto con gli operatori.

A cosa serve questo lavoro di formazione? I partecipanti ci hanno posto questa domanda all'avvio degli incontri. Una questione che si è evidenziata è la discrasia tra la percezione di noi consulenti di essere dentro un processo fatto di fasi faticosamente progettate e realizzate, e la percezione degli operatori di partecipare a incontri che si posizionano nella vita dell'Ospedale come per caso. Molti ci dicono di non ricordare di aver compilato il questionario, oppure che entro la propria UO si fossero svolti i focus group della valutazione preliminare. Ci siamo trovati davanti ad una sfilacciatura dei contatti, delle attività, pur avendo investito e lavorato sulla funzioni di coordinamento. Pensando al contesto ospedaliero, in cui tutti sembrano presi dall'urgenza e dal fare senza memoria, ci siamo chieste come si potesse creare una storia, un processo, una continuità. Teniamo aperta questa domanda nel proseguire l'analisi degli incontri con il personale del MUPS. Alcuni operatori rispetto alla proposta di confrontarci sulle culture emerse nella valutazione, ci hanno chiesto se avremmo fatto da tramite rispetto alla dirigenza, altrimenti parlare dei problemi sarebbe stato vano. Altri hanno messo in rapporto gli incontri di formazione con le recenti aggressioni, anche molto violente, subite da alcuni di loro da parte di pazienti o familiari. Si aprivano due fronti, la gerarchia e i pazienti, tra cui gli operatori si sentono schiacciati. Ci siamo confrontati con una contrapposizione rispetto alla nostra proposta di pensare il loro modo di lavorare, fondata sul restare ancorati ai fatti. Se non potevamo intervenire su quelli, era inutile parlare. Un obiettivo importante è stato facilitare il passaggio dall'agire la relazione senza alcun riconoscimento dei vissuti, alla possibilità di vedere e pensare le modalità relazionali messe in atto nel lavoro in Ospedale. Ad esempio, abbiamo trattato la possibilità di cogliere come il conflitto tra loro e gli utenti non fosse solo temuto, ma che nel suo aspetto stereotipato e ripetitivo potesse essere una modalità di rapporto rassicurante sia nella sua prevedibilità che nel permettere l'evitamento delle relazioni. Le aggressioni potevano essere interpretate come i fallimenti di questo evitamento, effettivamente pericolosi e angoscianti.

Gli incontri con gli operatori ci hanno consentito di focalizzare la loro rappresentazione dell'Unità Operativa, descritta come un contesto affollato, confuso, disorientante. La lamentela si concentrava su aspetti su cui ciascun operatore, come del resto noi consulenti, ha scarso o nullo potere di intervento, a conferma del sentimento di impotenza esplicitato con l'invito a rivolgerci direttamente ai dirigenti. Laddove gli agiti prevalgono sulla possibilità di pensiero, non sembra possibile organizzare gli eventi in una storia, un processo. Abbiamo lavorato su questo a proposito di un evento critico¹⁷, che nella cultura ospedaliera è definito evento sentinella¹⁸: le aggressioni

17 Evento critico è un "evento che mette in scacco gli impliciti di funzionamento delle strutture, e che quindi può sollecitare il Servizio a ripensare i rapporti che istituisce. Proponiamo tale costruito come criterio che permette di trattare i problemi che emergono nelle strutture mettendole in relazione con gli obiettivi specifici

subite negli ultimi mesi da alcuni operatori. Inizialmente l'aggressione è stata descritta come evento imprevedibile: "Le cose accadono: è un attimo e ci si ritrova vittime di comportamenti violenti". Nel caso più recente, gli operatori hanno raccontato di un'aggressione da parte di un paziente problematico che dopo parecchie ore di presenza in pronto soccorso colpisce un medico, un'infermiera e un ausiliario. Gli operatori cominciano a riparlare dell'evento, di come si era via via costruito durante le ore in cui il paziente era stato tenuto in osservazione. Si coglie un aspetto problematico: il paziente non aveva compreso che ci si stava occupando di lui, si era sentito ignorato, abbandonato. Si fa strada l'ipotesi che il bisogno di essere accolti e informati sia talmente fondamentale nel contesto del pronto soccorso da esasperare i comportamenti dei pazienti fino allo scontro fisico, per poter finalmente pensare di essere visibili. Riconoscere il ruolo giocato nella dinamica dell'aggressione è stato un utile strumento per comprendere come poter lavorare con più margini di prevedibilità e di sicurezza per se stessi e per il servizio offerto.

La crisi della funzione di accoglienza

Gli operatori hanno parlato dell'impossibilità di dedicare attenzione ai pazienti, a causa del pesante carico di lavoro. Al tempo stesso, con i pazienti e i loro familiari si vivono situazioni di elevata conflittualità. Abbiamo proposto di pensare l'attuale organizzazione del lavoro come un prodotto culturale, legato alle evoluzioni che la medicina ha conosciuto negli ultimi decenni. La possibilità di accedere ad informazioni su salute e malattia, la nascita e lo sviluppo di organizzazioni come il Tribunale per i diritti del malato¹⁹ hanno contribuito ad avviare una profonda riorganizzazione del rapporto medico-paziente. Il personale sanitario non si sente più scontatamente al riparo entro un rapporto che esige affidamento. Emerge la difficoltà di operare nel triage²⁰, in particolare da parte di infermieri e ausiliari. Abbiamo condiviso come il triage non sia solo la fase di valutazione ma anche di accoglienza al Pronto Soccorso: negli incontri è emerso come, accanto all'azione diagnostica, sia centrale sviluppare la competenza degli operatori ad accogliere, a stabilire una relazione e comunicare attenzione, cura, interesse.

Si potrebbe dire che l'aggressione sostituisce altre soluzioni comunicative, sentite come impraticabili. Aggredire (dal latino *aggredi*, da *ad-* = verso e *gradi* = camminare) rimanda all'andare verso qualcuno; sembra un'azione disperata che ricorre a modi violenti per uscire dall'ignoramento. Il paziente che "mette le mani addosso" al medico ribalta ciò che di solito avviene: è il medico che agisce sul corpo del paziente e mai viceversa e lo fa per curare, non per far danneggiare. Questo aspetto fa pensare che l'utenza del MUPS non possa essere facilmente assimilata alla categoria *paziente*. Paziente è colui che si sottopone alle cure mediche, accettando di assumere una posizione di dipendenza. Il pronto soccorso come area di confine tra il territorio e l'Ospedale con le sue regole e le sue attese di dipendenza mostra in modo chiaro la necessità di sviluppare una competenza a trattare le relazioni, a gestire l'ansia di coloro che prima di diventare pazienti, sono cittadini in attesa di un servizio.

che le strutture stesse perseguono. Un agito o la crisi acuta di un paziente, un vissuto di impotenza o di fallimento di un operatore, possono porre l'attenzione sul rapporto struttura-utenti, promuovere una verifica del lavoro svolto e ri-orientarlo sugli obiettivi della struttura." (Brescia et al, 2011, p.165).

¹⁸ Dalla definizione del Ministero della Salute: "Sono definiti Eventi Sentinella quegli eventi avversi di particolare gravità, che causano morte o gravi danni al paziente e che determinano una perdita di fiducia dei cittadini nei confronti del Servizio Sanitario. La sorveglianza degli eventi sentinella, già attuata in altri Paesi, costituisce un'importante azione di sanità pubblica, rappresentando uno strumento indispensabile per la prevenzione di tali evenienze e per la promozione della sicurezza dei pazienti".

¹⁹ Da www.cittadinanzattiva.it: "Il Tribunale per i diritti del malato è un'iniziativa avviata da Cittadinanzattiva nel 1980 per tutelare e promuovere i diritti dei cittadini nell'ambito dei servizi sanitari e assistenziali e per contribuire ad una più umana, efficace e razionale organizzazione del servizio sanitario nazionale. Il TDM è una rete costituita da cittadini comuni, ma anche da operatori dei diversi servizi e da professionisti, che si impegnano a titolo volontario (circa 10.000)".

²⁰ Si tratta della procedura in uso in Pronto Soccorso che consente di organizzare l'accesso dei pazienti in base alla valutazione della gravità/urgenza delle loro condizioni cliniche.

Nel lavoro di formazione abbiamo cominciato a discutere la problematicità di una cultura fondata sulla contrapposizione tra l'atto medico considerato essenziale e l'attenzione alla relazione considerata "una cornice" di quell'atto. Se questo è il sentimento, nei casi in cui non è possibile curare sembrano venir meno punti di riferimento e priorità di azione. I medici dicono di sentire la difficoltà a confrontarsi con cambiamenti culturali, legati anche agli sviluppi della scienza, che hanno alimentato la fantasia di poter guarire sempre. Ci dicono come il rapporto con i pazienti e i familiari sia profondamente mutato rispetto al passato: si sentono presi dalla richiesta di risolvere efficacemente anche le situazioni più compromesse e lamentano che i pazienti siano diventati più diffidenti. Si sentono continuamente nell'occhio del ciclone per l'aggressività dei pazienti e dei parenti. L'emozione è di doversi difendere, cercando di evitare aggressioni e denunce. Pensiamo alla medicina difensiva, che organizza la pratica medica in azioni finalizzate a tutelare il medico rispetto alle eventuali responsabilità connesse alle cure prestate. Al centro della conflittualità con i pazienti, stiamo vedendo, vi è un progressivo prevalere di un atteggiamento difensivo che interferisce con le azioni di cura.

Nel Piano Sanitario della Regione Lazio 2010- 2012 si legge: "Si osserva spesso la tendenza del personale sanitario a ridurre la comunicazione a semplice strumento, veicolo di nude informazioni che alimenta l'insoddisfazione degli utenti". Ma perché il personale sanitario comunica poco e male con la propria utenza? Da un lato le difficoltà sembrano legate al fatto che comunicare non sia una competenza prevista in Ospedale: i medici, in particolare, lamentano di non essere mai stati formati rispetto a tali aspetti. Al contempo riconoscono un processo di cambiamento culturale in cui sono immersi, per cui il medico non è più scontatamente *amico*²¹. Si chiedono: come si comunica la morte di un congiunto a un parente? Come possono prevedere le reazioni delle persone che incontrano nei reparti? Come si possono affrontare i rapporti con i pazienti o con i parenti che a volte ti ringraziano, altre ti abbracciano piangendo, altre ti insultano o minacciano?

Al termine degli incontri di formazione, le aree di criticità rintracciate sono state discusse dalla psicologa di SPPR, insieme ai consulenti SPS, con il Direttore di UOC e i Coordinatori infermieristici. È emersa la volontà di portare avanti il lavoro avviato, in particolare per sviluppare la competenza del Pronto Soccorso a gestire la relazione con i clienti esterni, vale a dire pazienti e familiari. SPPR, in collaborazione con lo studio SPS, ha proposto un progetto per la rilevazione di eventi critici della comunicazione nel Pronto Soccorso su cui avviare un confronto con i gruppi di lavoro dell'UO. Attualmente due specializzande SPS sono impegnate nella realizzazione del progetto²².

Quale ipotesi sulla prevenzione del rischio psicosociale?

Il lavoro che abbiamo realizzato con gli operatori del MUPS ci ha consentito di mettere a fuoco come il vissuto di stress sia connesso a una cultura organizzativa caratterizzata dalla ridotta attenzione alle relazioni. Pensiamo alle relazioni interne, con la gerarchia e i colleghi, e a quelle che coinvolgono il cliente esterno, dunque i pazienti e i familiari. L'organizzazione del lavoro ospedaliero, se pensata in termini di applicazione di tecniche, dunque di azioni singole che si

²¹ A proposito dei cambiamenti della cultura che organizza il rapporto medico-paziente si veda Aries (1978, pp. 228-229): " Ma, se allora la tisi appariva mortale come oggi il cancro, né il malato né la famiglia provavano il minimo desiderio di conoscere la natura del male. Non c'era l'ossessione della diagnosi, non per timore del risultato, ma per indifferenza verso la particolarità del morbo, il suo carattere scientifico. Si soffriva, si faceva curare dal medico e dal chirurgo (il salasso), ma non si chiedeva loro nessuna informazione, anche se si poteva ragionevolmente dedurre dalla diagnosi l'evoluzione del male. Ci voleva un grande sforzo per far entrare il concetto di una determinata malattia, come la tisi, nel proprio universo mentale. [...] Nella sua corrispondenza, non nomina neppure una volta la malattia: non le interessa; è affare che riguarda gli specialisti".

²² Si veda Sarubbo (2012): *La funzione psicologica nel Servizio di Prevenzione e Protezione Rischi: adempiere a un obbligo di legge o sviluppare competenza organizzativa?* In questo stesso numero della Rivista.

ripetono in modo invariato, produce separazioni e isolamento. Nei pazienti e nei familiari produce il sentimento di completa perdita di controllo su quanto accade, ci si sente in balia dell'intervento medico. Il lavoro di ricostruzione e ripensamento dei modelli di relazione agiti dagli operatori assume una valenza preventiva anche in rapporto ai comportamenti aggressivi messi in atto dai sanitari o da pazienti e familiari. Abbiamo visto come il personale sanitario tenda a dare per scontato la comprensione, da parte dei pazienti e dei familiari, delle regole di funzionamento dell'Ospedale. Quando i pazienti o familiari non si comportano come previsto, si sottolinea la necessità di una maggiore "educazione comportamentale": "Chi entra deve sapere come comportarsi!". Pensiamo ancora alla questione del lasciare senza informazioni qualcuno: si può generare angoscia, disorientamento, vissuti paranoidei che fanno sì che le persone si mobilitino contro il personale sanitario. Lavorare perché le persone che entrano in ospedale possano orientarsi e percepire che ci si sta occupando di loro significa assumersi una funzione di contenimento. Si tratta di cogliere che l'ospedale, oltre ad erogare prestazioni tecniche, accoglie persone in crisi rispetto alla propria condizione. In un assetto culturale per cui la dipendenza, funzionale all'intervento sanitario, non è più accettata scontatamente, sembra emergere l'esigenza di sviluppare la competenza a costruire, con pazienti e familiari, un rapporto fondato su attendibilità e fiducia.

Conclusioni

Nel lavoro in Ospedale abbiamo sperimentato come si possa utilizzare la valutazione per evidenziare e trattare problemi, spesso sentiti difficili da gestire. Il punto cruciale per la funzione psicologica è la scelta tra la possibilità di promuovere partecipazione e sviluppo di una nuova cultura indicata dalla legge o pretendere dipendenza in quanto esecutori tecnici di azioni previste dalla normativa. Pensiamo che la valutazione del rischio non possa risolversi nell'applicazione di una tecnica specialistica, ma richieda una competenza psicologico-clinica utile a trattare, invece che agire a propria volta, la questione dell'adempimento. Nel corso della resocontazione abbiamo evidenziato i diversi passaggi in cui la valutazione, se intesa come azione tecnica, sarebbe stata interrotta, modificata, banalizzata. Ad esempio, il progetto avrebbe potuto bloccarsi nella contrapposizione tra dimensioni soggettive e oggettive oppure nel colludere sull'idea che l'obbligo fosse sufficiente ad ottenere la partecipazione degli operatori alle attività formative.

Poter trattare la valutazione come strumento per vedere il funzionamento del Servizio preposto alla Sicurezza e alla prevenzione, e poi dell'Ospedale nel suo complesso ha consentito di dare continuità al lavoro e intervenire sulle culture a rischio. In tal senso più che una richiesta di tecnica, nel caso resocontato abbiamo colto la domanda del Servizio di Prevenzione e Protezione Rischi di essere supportato nella realizzazione di un progetto di valutazione che fosse un'opportunità, uno strumento per trattare problemi degli operatori nell'organizzazione del lavoro.

La questione è tutt'altro che particolare e specifica del contesto ospedaliero in cui siamo intervenuti. Riportiamo un'analisi sulla questione proposta in un recente articolo²³ in cui l'INAIL, (2011), sottolinea il problema difficoltà di realizzare una efficace valutazione del fenomeno stress lavoro-correlato: "Il dato delle denunce è molto inferiore a quello che emerge dalle indagini sullo stress fatte tramite questionario sul quale incide la percezione soggettiva. [...] È più difficile che pervengano denunce per tale tipologia di malattia per timore del lavoratore di entrare in collisione con l'impresa". Il metodo diagnostico, concentrandosi sull'individuo, sembra non dare strumenti per trattare il problema sociale che la normativa segnala. La funzione psicologica che propone interventi individualistici sembra, entro questo scenario, non cogliere la pericolosità di diventare la *longa manus* del datore di lavoro nel fare in modo che i problemi restino magari inespressi o attribuibili a pochi individui *stressati*, o di essere investito di un ruolo sindacale, nel farsi portavoce delle posizioni rivendicative dei lavoratori. Abbiamo proposto una funzione psicologica che si occupa dell'organizzazione, sollecitando l'utilizzo della valutazione come strumento per comprendere il rapporto tra organizzazione e suoi clienti, interni ed esterni.

²³ Articolo apparso a novembre 2011 su

http://www.inail.it/Portale/appmanager/portale/desktop?_nfpb=true&_pageLabel=PAGE_SALASTAMPA&nextPage=Prodotti/News/2011/Prevenzione_e_rischi/info1169150120.jsp

Proponiamo di pensare gli eventi sentinella come eventi critici che possono aprire, nel contesto ospedaliero, a letture che creino connessioni tra le parti. La violenza dell'aggressione può essere letta come il bisogno dei pazienti e loro familiari di diventare visibili nei confronti di operatori accecati dal fare, che pretendono che l'atto tecnico sia di per sé auto evidente, e tale da segnalare che ci si stia prendendo cura del paziente. Abbiamo potuto cogliere come nel contesto ospedaliero la disattenzione alla funzione di accoglienza di chi arriva, in particolare dei familiari che non sono in posizione di dipendenza dal potere sanitario, porti a conflitti aspri e rischiosi, anche per l'incolumità fisica del personale. La prevenzione del rischio psicosociale a cui sono esposti gli operatori può passare attraverso la competenza a leggere le relazioni, alternativa ad un approccio che individualizza e medicalizza i problemi dell'organizzazione.

Bibliografia

Ariès, P. (1978). *Storia della morte in Occidente*. Milano: Rizzoli Editore.

Atzori, E. (2010). Come si scambia tra scuola e servizi e tra servizi e clienti: il tirocinio nel Servizio Prevenzione e Protezione Rischi di un'Azienda Ospedaliera. *Rivista di Psicologia Clinica, Supplemento 1,1-4*.

Baraldi, D., Bernardini, S., Bonavita, V., Civitillo, A., De Bellonia, M., Giornetti, A., et al. (2011). Sull'identità nazionale e professionale: una proposta di lettura attraverso la categoria del conflitto. *Rivista di Psicologia Clinica, 2*, 63-70.

Brescia, F., Civitillo, A., Gibilisco, S., Giornetti, A., Giovannetti, C., Magrini, F., et al. (2011). La relazione psicologica con i malati mentali nelle strutture residenziali e semiresidenziali dei Dipartimenti di Salute Mentale. Esperienze di tirocinio. *Rivista di Psicologia Clinica, 2*, 158-166.

Carli R. (2010). Editoriale. *Rivista di psicologia clinica, 1*, 1-3.

Carli, R., & Paniccia, R.M. (2002). *L'analisi emozionale del testo: Uno strumento psicologico per leggere testi e discorsi*. Milano: FrancoAngeli.

Carli, R., & Paniccia, R.M. (2003). *Analisi della domanda: Teoria e intervento in psicologia clinica*. Bologna: Il Mulino.

Carli, R., & Paniccia, R.M. (2011). *La cultura dei servizi di salute mentale in Italia. Dai malati psichiatrici alla nuova utenza: L'evoluzione della domanda di aiuto e delle dinamiche di rapporto*. Milano: FrancoAngeli.

Carli, R., Paniccia, R.M., Atzori, E., Cinalli, S., Brescia, F., Mazzeo, G. et al. (2012). Il rischio psicosociale in un Ospedale romano: il rapporto tra Cultura Locale e soddisfazione nell'Azienda Complesso Ospedaliero San Filippo Neri.. *Rivista di Psicologia Clinica, 1*, 76-90.

Carli, R., Paniccia R.M. & Salvatore, S. (2004). L'immagine dello psicologo in Toscana: Lo psicologo nella cultura della Regione Toscana. Retrieved from http://www.psicologia.toscana.it/fileadmin/user_upload/Rivista/ricercacarli.pdf

Cavalieri, P. (2003). Misure, Metodologia integrata di misurazione della customer satisfaction, SPS, Retrieved from http://www.spsonline.it/Letture/MISURE_SPS.doc

Crainz, G. (2005). *Storia del miracolo italiano: Cultura, identità, trasformazioni fra anni Cinquanta e Sessanta*. Roma: Donzelli

Di Ninni, A. (2011). L'apporto della domanda dei servizi alla costruzione dell'identità professionale degli psicologi. *Rivista di psicologia clinica, 2*, 38-44.

Moscovici, S., & Farr, R. (1989). *Rappresentazioni sociali*, Bologna: Il Mulino.

Sarubbo, M. (2012). La funzione psicologica nel Servizio di Prevenzione e Protezione Rischi: adempiere a un obbligo di legge o sviluppare competenza organizzativa? *Rivista di Psicologia clinica*, 1, 34-41.

Riferimenti Normativi

INAIL (2011). Malattie da stress lavoro-correlato: un fenomeno complesso da valutare Retrieved from http://www.inail.it/Portale/appmanager/portale/desktop?_nfpb=true&_pageLabel=PAGE_SALASTAMPA&nextPage=Prodotti/News/2011/Prevenzione_e_rischi/info1169150120.jsp

Circolare del 18 novembre 2010. Indicazioni per la valutazione dello stress lavoro-correlato approvate dalla Commissione consultiva per la salute e sicurezza sul lavoro.

Decreto Legislativo 3 agosto 2009, n. 106 Disposizioni integrative e correttive del decreto legislativo 9 aprile 2008, n. 81, in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro

Decreto Legislativo 9 aprile 2008, n. 81 Attuazione dell'articolo 1 della legge 3 agosto 2007, n. 123, in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro.

Patto europeo per la salute mentale e il benessere. Conferenza di alto livello dell'UE "Insieme per la salute mentale e il benessere". Bruxelles, 12-13 GIUGNO 2008

Decreto Legislativo 19 settembre 1994, n. 626 Attuazione delle direttive 89/391/CEE, 89/654/CEE, 89/655/CEE, 89/656/CEE, 90/269/CEE, 90/270/CEE, 90/394/CEE, 90/679/CEE, 93/88/CEE, 95/63/CE, 97/42/CE, 98/24/CE, 99/38/CE, 99/92/CE, 2001/45/CE, 2003/10/CE, 2003/18/CE e 2004/40/CE riguardanti il miglioramento della sicurezza e della salute dei lavoratori durante il lavoro

Piano Sanitario della Regione Lazio 2010- 2012. Supplemento ordinario n. 138 al Bollettino Ufficiale della Regione Lazio, 28, 2010 Retrieved from http://www.inrca.it/inrca/files/Leggi/piano%20sanitario%20lazio%202010%20-%202013_zip.pdf