

Relazione 5 - La funzione psicologica entro il contesto ospedaliero come competenza a pensare le relazioni: un servizio di prevenzione e protezione dai rischi.

di Elena Lisci

L'intervento che presento concerne la mia esperienza di tirocinio, durata due anni e avviata a conclusione, svolta presso il Servizio Prevenzione e Protezione dai Rischi dell'ospedale di una città italiana. Il Servizio nasce nel 1994 per rispondere al decreto legislativo 626, concernente la tutela della salute e la sicurezza dei lavoratori, e si aggiorna insieme alle modifiche della legge, fino all'attuale inclusione della valutazione del rischio psicosociale. Da un esordio che aveva sottolineato gli aspetti strutturali del rischio – non a caso servizi analoghi in altri ospedali sono gestiti da ingegneri – si è andati via via includendo, in modo sempre più esplicito, aspetti concernenti la cultura dell'organizzazione.

Il Servizio ha due specificità: è gestito da medici e ha al suo interno una dirigente psicologa. Terremo presente quindi che in esso convivono competenza medica e psicologica, con i loro differenti modelli. Inoltre, in linea con l'evolvere dell'attenzione dagli aspetti prevalentemente strutturali all'inclusione di quelli culturali, si sta attuando un passaggio da una funzione prevalentemente ispettiva e di controllo a una volta anche alla consulenza organizzativa.

In tale evoluzione la competenza psicologica interna al servizio sta assumendo una funzione particolarmente rilevante. Essa infatti permette di rispondere alla legge in un modo che non sia puramente adempitivo, ma di sostanziare la valutazione di rischio psicosociale con modelli che permettono una reale conoscenza delle relazioni entro l'ospedale e un intervento sulle loro componenti disfunzionali, quindi rischiose per la salute emotiva e mentale delle persone.

Nella cultura ospedaliera il modello di organizzazione delle relazioni che tende decisamente a prevalere è quello medico. Le relazioni che fanno da cornice al rapporto tra la tecnica forte del medico e la parte malata del paziente tendono ad essere trascurate e ignorate. Ciò si traduce in un fare frenetico e faticoso, caratterizzato da quel vissuto di urgenza che accompagna un lavoro poco pensato e non organizzato da criteri e strategie, dove si producono tanti casi percepiti come eccezionali e singoli, e al tempo stesso come sempre uguali a se stessi. Questa cultura spesso richiede alla psicologia di assumersi l'onere degli aspetti problematici legati alla relazione, riconducendo individui restii, ad esempio i pazienti, al modello di relazione funzionale all'intervento medico. La funzione psicologica del Servizio, piuttosto che colludere con questa domanda di intervento sull'individuo, si pone invece quale competenza a pensare le relazioni e a promuovere cambiamento al loro interno. Relazioni con i pazienti, ma anche quelle tra operatori entro un gruppo di lavoro o tra Unità Operative.

Nell'anno in corso la dirigente psicologa del Servizio – la cui responsabile è un medico - ha ritenuto la novità costituita dall'obbligo di effettuare la valutazione del rischio psicosociale un possibile pretesto per sondare l'utilità, per l'ospedale, di istituire degli spazi di pensiero sul proprio operato. Io sono stata implicata nel progetto, che costituisce un importante elemento di promozione dell'attività di consulenza offerta dal servizio, e si avvale in modo consistente del contributo di tirocinanti psicologi. In precedenza questi ultimi, entro una funzione del Servizio prevalentemente ispettiva, stentavano ad essere visti come una vera risorsa.

L'ipotesi psicologico clinica che fonda la valutazione del rischio psicosociale entro il progetto è che il rischio si crei quando le motivazioni, le attese, i vissuti di coloro che lavorano confliggono con gli obiettivi che l'azienda intende perseguire. Sintomatica di tale conflitto tra cultura e obiettivi è la disattenzione alla domanda del cliente, intendendo per cliente sia quello interno (gli operatori dell'azienda) che quello esterno (i pazienti e i familiari che si rivolgono all'ospedale). Presenterò dopo un caso esemplificativo di tale conflitto.

Al progetto lavorano quattro psicologhe: la tutor e tre tirocinanti della scuola di specializzazione in psicoterapia di cui faccio parte. Esso prevede una fase esplorativa, nella quale si sta lavorando con 16 Unità Operative, individuate insieme con la Direzione

Sanitaria, rappresentanti le varie funzioni e servizi offerti dall'ospedale. Inizialmente vengono effettuati due colloqui, uno con il dirigente ed uno con i coordinatori delle diverse funzioni professionali presenti nell'Unità Operativa, con lo scopo di concordare obiettivi e iniziare a conoscere l'Unità. Segue un incontro di restituzione al dirigente e ai coordinatori insieme. Vengono poi effettuati due focus group con alcuni rappresentanti di ciascuna categoria professionale, scelti dai loro dirigenti come rappresentativi di diverse modalità di rapportarsi al lavoro. Nei focus si avvia un confronto e una riflessione su questioni incontrate nell'attività lavorativa, con una particolare attenzione per quelle più problematiche.

Parlerò ora dell'incontro, al quale ho partecipato, con una Unità Operativa Complessa. L'Unità Operativa in oggetto è caratterizzata da una funzione trasversale alle altre Unità, ed è incaricata di garantire l'igiene e la sicurezza delle prestazioni erogate al cittadino, e di promuoverne la qualità e l'efficienza. Svolge funzioni di indirizzo, coordinamento e controllo attraverso l'aggiornamento continuo di procedure e protocolli operativi, dei quali deve anche garantire l'omogeneità entro le differenti Unità. Nel colloquio iniziale con la direttrice dell'Unità, condotto dalla dirigente psicologa che è anche mia tutor del tirocinio, al quale ho partecipato, sembrava che la cosa più importante fosse mostrare, attraverso una dettagliata e ininterrotta descrizione di attività, un'alta efficienza organizzativa, e comunicare come lì nulla venisse improvvisato. Io ho provato una reazione di noia, mi sono distratta, avevo voglia di andarmene. Mi sentivo ignorata; non capivo, ma non sentivo di poter chiedere chiarificazioni. Cosa ho potuto fare di tali emozioni?

È necessario un inciso. In questa fase dell'intervento la mia funzione è stata quella di contribuire alla resocontazione degli incontri, sia quelli con i dirigenti che quelli di focus group. La scuola di specializzazione che frequento sta investendo molto, nella nostra formazione, sulla metodologia della resocontazione come competenza a riorganizzare un'esperienza alla quale si è partecipato emozionalmente, attraverso categorie di lettura che permettano di restituirla alle persone con cui si lavora, per favorire la possibilità di pensare l'emozionalità che il lavoro sta comportando piuttosto che agirlo. Tale esperienza emozionale, riorganizzata da categorie, è un'essenziale fonte di conoscenza su quanto si va facendo. Ripensare le emozioni che ho sperimentato nel corso dell'intervista con la direttrice, durante il lavoro di resocontazione, si è rivelato molto utile nell'iniziare a costruire delle ipotesi sulle dinamiche collusive proprie dell'Unità Operativa.

Prima di parlare di queste ipotesi, aggiungo qualche nota derivante dal successivo incontro con il coordinatore degli amministrativi e quello degli infermieri e dai due focus group con gli operatori. Ci viene presentata una questione problematica. L'Unità della quale parliamo ha un duplice scopo. Da un lato, quello di offrire una consulenza organizzativa lì dove le Unità clienti non riescono a perseguire la qualità auspicata. Dall'altro, quello di controllare che si stia facendo quanto si deve per perseguire la qualità. La convivenza di consulenza e controllo crea un conflitto, per altro non pensato dalle persone, ma agito. Diversi vissuti, apparentemente contraddittori, si susseguono. Si auspica un rapporto di collaborazione con le Unità clienti, consapevoli del fatto che "presentarsi come maestrine" non è una strategia vincente. Al tempo stesso, si desidererebbe possedere strumenti di sanzione più pesanti. Emerge la frustrazione del non vedere rispettati i protocolli che l'Unità crea, in uno sforzo continuo di perseguire l'eccellenza attraverso attività di studio e ricerca. Un evento molto problematico è quello della consegna delle cartelle cliniche. È previsto che le Unità clienti inviino all'Unità in oggetto le cartelle cliniche dei pazienti entro 10 giorni dalla loro dimissione (pena la perdita dell'obiettivo di budget), in modo che queste siano disponibili per i pazienti che ne fanno richiesta. Nella realtà questo non avviene. Ne deriva che la relazione con il paziente, che non ottiene la cartella che gli spetta di diritto, diventa assai difficile. Spesso il personale cui il paziente si rivolge va dal proprio coordinatore portandogli il cliente che protesta, creando un'evidente situazione di conflitto e difficoltà. Un altro evento critico è lo stallo, apparentemente non risolvibile, del progetto di creare un'accettazione centralizzata che funzioni come unica porta d'accesso all'ospedale. Il progetto, proposto da anni dalla Unità e sostenuto dal Pronto Soccorso, viene fortemente osteggiato dalle Unità clienti, che continuano a tenersi le loro liste d'attesa, parallele a quelle del Pronto Soccorso.

Torniamo alle mie emozioni, al sentirmi negata come interlocutrice e chiamata ad un ruolo di acquirente di un prodotto perfetto, già esistente nella sua completezza prima della relazione con me, rispetto al quale le uniche possibilità di risposta sembrano essere l'accettazione incondizionata o il rifiuto. In effetti, gli incontri con l'Unità hanno messo in luce come l'ignoramento del cliente è fonte dei loro problemi. L'Unità, ignorando la sua relazione con il cliente, sembra ritenere che il conflitto debba essere messo tutto a carico dell'impreparazione di quest'ultimo. Il cliente dovrebbe essere così solo controllato nella sua corretta informazione, meglio informato e nei casi estremi, sanzionato.

Questi aspetti sono stati restituiti dalla dirigente psicologa all'Unità, a partire dall'analisi di quanto è accaduto nella relazione tra psicologi e Unità, sin dai primi momenti. Un caso sintomatico. Al primo incontro sono venute tutte le persone individuate dalla dirigenza (ad eccezione di una, in sciopero). Non avevano idea del motivo per cui si trovavano lì. Gli era stato detto unicamente di tenersi liberi in quella fascia oraria, e gli era stato prescritto di partecipare. Notando l'assenza di una delle persone previste, tutti gli altri hanno proposto di consultare il dirigente sull'opportunità di fare l'incontro e, dopo una breve udienza, sono tornati con la direttiva di rinviarlo. L'incontro, su invito della dirigente psicologa, si è fatto lo stesso, e si è lavorato a partire dall'analisi di quanto stava accadendo. Si trattava di stare a quanto concordato in un modo così rigido, da vanificare l'accordo. Negli operatori dell'Unità era emersa la reattività violenta suscitata dal sentirsi oggetto di una prescrizione; quella stessa reattività che l'Unità suscita nei suoi clienti e che io stessa ho provato nel rapporto con l'Unità. Ricordiamo come sono arrivati all'incontro: mandati, senza sapere cosa andavano a fare, apparentemente del tutto adempitivi. È iniziato un confronto sulla difficoltà del far applicare le procedure se si viene vissuti come controllori e burocrati che impongono comportamenti dei quali non si è convenuto il senso. Emerge che si dice di loro che ai sopralluoghi vanno sempre in due, come i carabinieri. Soprattutto, vengono considerati privi di un proprio pensiero critico, posseduti da quello stesso vissuto di adempimento non pensato cui vorrebbero costringere gli altri. Viene riportata una battuta loro rivolta: "Ma se il tuo dirigente ti dice di buttarti dalla finestra, tu lo fai?". Abbiamo trattato con loro la possibilità di costruire e condividere significati di ciò che si fa, ritenendo questa un'utile azione di prevenzione del rischio psicosociale.