

La funzione psicologica nel Servizio di Prevenzione e Protezione Rischi: adempiere a un obbligo di legge o sviluppare competenza organizzativa?

di Maria Sarubbo*

Abstract

Nel panorama dei professionisti che intervengono nel campo della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro, lo psicologo che si occupa di valutazione e intervento sul rischio psicosociale può far riferimento a due diversi approcci. Uno risponde alle attese individualistiche rivolte alla psicologia applicando tecniche per valutare e rilevare problematicità individuali; l'altro vede la valutazione come una consulenza che, entro una lettura relazionale degli eventi, mira a sviluppare la competenza organizzativa del contesto. Attraverso un intervento in corso in un Ospedale romano si sostiene questo secondo approccio e si adotta la dizione rischio psicosociale perché si intende promuovere un'ottica di intervento che si occupa di relazioni e non di individui. Gli eventi critici della situazione lavorativa vengono analizzati entro i rapporti tra persone e contesto.

Parole chiave: rischio psico-sociale, intervento psicologico clinico, stress lavoro correlato, ospedale, accoglienza, pronto soccorso

Premessa

In questo lavoro mi interessa approfondire quale contributo può apportare la psicologia clinica al processo di valutazione e intervento sul rischio psicosociale. Per farlo utilizzerò l'esperienza del mio tirocinio di specializzazione in psicoterapia psicoanalitica¹ presso il Servizio Prevenzione e Protezione Rischi (SPPR) dell'Azienda Complesso Ospedaliero del San Filippo Neri (SFN) di Roma.

Il servizio, dal 1994, supporta la direzione aziendale del SFN per la gestione della salute e della sicurezza dei lavoratori (come previsto dal decreto legislativo 626/1994 in materia di sicurezza e salute dei lavoratori sul luogo di lavoro). Nel servizio convivono diverse competenze: medica, tecnica, infermieristica e psicologica. Quest'ultima è stata attivata a partire dal 2004 ed è rappresentata dalla tutor del mio tirocinio. Sono gli stessi anni in cui, a livello europeo, parti sindacali e associazioni di categoria firmano un accordo quadro in cui viene ribadito che "considerare il problema dello stress sul lavoro può voler dire una maggiore efficienza e un deciso miglioramento delle condizioni di salute e sicurezza sul lavoro, con conseguenti benefici economici e sociali per le aziende, i lavoratori e la società nel suo insieme"². In Italia l'accordo verrà tradotto, quattro anni più tardi, in una norma: il decreto legislativo 81/2008³ che obbliga il datore di lavoro a valutare anche il rischio da stress lavoro-correlato.

Il terreno entro cui nasce la valutazione dei rischi dell'attività lavorativa è dunque quello dell'obbligo, dell'adempimento normativo. Una premessa importante se pensiamo alle modalità

* Psicologa, specializzanda del secondo anno di corso presso la Scuola di specializzazione quadriennale in "Psicoterapia psicoanalitica. Intervento psicologico clinico e analisi della domanda" di SPS (Studio di Psicosociologia), Roma.

¹ "Scuola di specializzazione in psicoterapia psicoanalitica, intervento clinico e analisi della domanda", organizzata dallo Studio di Psicosociologia di Roma (SPS). Nel mio contributo farò riferimento al modello di intervento sviluppato nella Scuola; per approfondimenti rimando a Carli & Paniccia (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*, FrancoAngeli, Milano.

² Accordo Europeo sullo Stress sul Lavoro dell'8 ottobre 2004, p. 1

³ 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".

con cui si sviluppano, nei contesti organizzativi, le diverse proposte di valutazione e intervento⁴. In questa cultura è iscritto anche l'SPPR, il cui mandato è legato a un adempimento legislativo: l'obbligo del datore di lavoro di valutare i rischi per elaborare strategie di intervento e misure correttive.

Inoltre, a partire dall'introduzione della parola stress nel testo legislativo, anche la figura dello psicologo sembra essere entrata a pieno titolo a occuparsi di sicurezza nei luoghi di lavoro. In virtù di questa parola, a valenza individualista, viene rivendicata la pertinenza del ruolo psicologico e organizzata una risposta professionale alla questione. Sarà uno dei punti che metterò in discussione in questo contributo.

Da stress lavoro correlato a rischio psicosociale

A partire da questi presupposti possiamo rintracciare due possibili aree entro cui collocare gli approcci alla valutazione dei rischi per la sicurezza sul lavoro. Un'area orientata dall'obbligo, la cui finalità diventa l'applicazione di tecniche volte a inquadrare individui e valutarne l'idoneità. La valutazione sembra esaurirsi entro una funzione di controllo, ispettiva e pertanto percepita dai lavoratori come ostile e pericolosa se attuata, inutile se ridotta ad adempimento burocratico.

Pensiamo all'Ospedale: ritroviamo una grossa componente di obbligo nella cultura che regge i rapporti. Ad esempio, le attività disposte dalla direzione strategica, dai dirigenti delle Unità Operative (UO), dai coordinatori infermieristici e più in generale da tutte le funzioni di governo, possono essere facilmente vissute come vincolanti, ricondotte a un obbligo⁵. Al tempo stesso il modello attraverso cui vengono letti i rapporti è strettamente individualista: si allude continuamente al carattere delle persone, alle problematiche individuali, scisse dai gruppi di lavoro, dal contesto organizzativo. Questa cultura, in verità non esclusiva del contesto ospedaliero, alimenta la rappresentazione della sicurezza come assenza di errori intesi come colpe individuali, rispetto a cui si sviluppa la reticenza a dichiararli perché vissuti come minacce, attacchi alla persona.

Assumendo un'altra ottica, meno scontata e meno collusa con la cultura dell'Ospedale, la valutazione può assumere una valenza consulenziale se attuata come processo che mira a sviluppare la capacità, di chi fa parte di quel contesto, di analizzare la situazione lavorativa che vive, comprendere le ragioni del verificarsi di alcuni eventi critici, delle disfunzionalità, sollecitando ad assumere un ruolo attivo per miglioramenti possibili (Enriquez, 2003).

Intendo sostenere questa seconda prospettiva, riferendomi a una metodologia psicologico clinica che sconfirma le attese individualistiche rivolte alla psicologia e considera possibile la comprensione degli eventi critici solo se inseriti all'interno delle relazioni, dei processi lavorativi, del funzionamento organizzativo. Nel caso dell'Ospedale mi riferisco ai gruppi di appartenenza degli operatori sanitari, alle Unità Operative, al rapporto con pazienti e familiari, al rapporto con le gerarchie.

Come dicevo, utilizzerò a sostegno di questa tesi l'esperienza del mio tirocinio iniziato a settembre del 2011 presso l'SPPR. Il tirocinio è inserito in un progetto di ricerca-intervento⁶ che lo Studio di

⁴ A livello istituzionale la Commissione Consultiva Permanente per la Salute e la Sicurezza del Lavoro (Decreto Ministeriale 3 dicembre 2008) rappresenta uno degli organismi deputati all'elaborazione e applicazione delle misure di prevenzione e protezione. La Commissione ha emanato le indicazioni, definite come il livello minimo di attuazione dell'obbligo, per avviare nelle aziende un percorso metodologico di valutazione del rischio da stress lavoro-correlato (Comunicato del Ministero del Lavoro in Gazzetta Ufficiale del 30/12/2010, n. 304). Per approfondimenti si veda Inail. (2011). *Valutazione e Gestione del Rischio da stress lavoro-correlato. Manuale ad uso delle aziende in attuazione del D.Lgs. 81/08 e s.m.i.* Milano, Inail.

⁵ Faccio riferimento alla concettualizzazione di Carli e Paniccia (2003, p. 255) che scrivono "l'obbligo imposto a se stessi e agli altri, è una buona misura difensiva contro il rischio rappresentato dal chiedersi cosa si desidera e dall'impegnarsi a perseguirlo".

⁶ Si veda in proposito la ricerca pubblicata su questo stesso numero della Rivista di Psicologia Clinica

Psicosociologia (SPS), la scuola di specializzazione che frequento, ha avviato come partner dell'Ospedale entro la convenzione di tirocinio. L'intervento concerneva quello che si è deciso di definire rischio psicosociale, per non assumere il modello individualista sottinteso allo stress. La fase di valutazione ha visto implicati diversi docenti e colleghi di SPS; alcuni di loro si sono occupati, insieme a SPPR, della realizzazione di focus group con 15 Unità Operative, scelte per la loro rappresentatività, preliminari alla costruzione di un questionario rivolto a tutto l'Ospedale che ha consentito di individuarne le culture a rischio. Successivamente il progetto ha previsto la realizzazione di seminari di formazione rivolti al personale di alcune UO dell'Ospedale, per intervenire sul rischio psicosociale precedentemente valutato.

Quando SPPR e SPS hanno assunto la finalità di valutare il rischio psicosociale entro l'Azienda Ospedaliera, hanno effettuato alcune importanti scelte preliminari. La prima è stata quella di non rispondere all'obbligo di legge in modo formale, ma di individuare obiettivi, coerenti con le finalità di SPPR, che l'obbligo permetteva di convenire con la dirigenza strategica dell'Ospedale. La seconda è stata di sviluppare una componente di tali finalità, quella di consulenza alle UO, che caratterizza SPPR insieme a quella di valutarne la presenza di rischi. Come si può capire, la copresenza di una funzione valutativa e di una di consulenza è caratteristica complessa di SPPR, poiché la sua immagine presso le UO può essere vissuta in modo contraddittorio: non si espongono volentieri i propri problemi a chi si percepisce come un valutatore.

Come ho già ricordato, si è scelto quindi di non assumere un'ottica individualista, e anche la dizione "rischio psicosociale" invece che "stress lavoro correlato" va in questa direzione. Si intendeva sottolineare che ci si sarebbe occupati di relazioni a rischio, caratterizzate da culture del rischio, e non di individui a rischio di stress e quindi a loro volta rischiosi. L'ipotesi alla base della valutazione del rischio era che se c'è una divergenza tra culture del lavoro e obiettivi da perseguire, c'è il rischio psicosociale. Gli interventi che successivamente potevano essere fatti sarebbero andati nella direzione di aiutare le culture a rischio a evolvere dallo stato di rischiosità.

La criticità del Pronto Soccorso in quanto accesso immediato all'Ospedale

Entro questa cornice⁷, parlerò ora dell'esperienza con una delle quattro Unità Operative cui sono stati rivolti i seminari successivi alla ricerca, con l'obiettivo di intervenire sulle culture a rischio emerse: Medicina d'Urgenza e Pronto Soccorso. I seminari sono stati realizzati da SPPR e da docenti, allievi e specialisti SPS. Quanto alla ricerca, indicava tra le principali questioni da trattare la conflittualità vissuta nel rapporto con le funzioni dirigenziali e i problemi di relazione con i pazienti e le loro famiglie.

L'Unità Medicina d'Urgenza e Pronto Soccorso, specie nella seconda funzione, che difatti è emersa come l'area su cui abbiamo lavorato di più, rappresenta una delle porte di ingresso all'Ospedale, a cui si arriva con un vissuto di emergenza, ma anche di immediato accesso e le due cose non sono sempre sovrapposte. È possibile che ci sia il secondo, senza che ci sia una vera emergenza. La priorità d'intervento con questa UO è stata dettata, oltre che dalla valutazione del rischio, anche da gravi episodi di aggressione da parte di pazienti o familiari verso gli operatori sanitari. Ai due incontri seminariali previsti dall'intervento hanno partecipato medici, infermieri e personale socio-sanitario. Gli infermieri sono stati in numero nettamente superiore; questo dato mi ha fatto pensare a una professione che si sente maggiormente esposta e che quindi ha una domanda formativa a riguardo. L'obiettivo dei seminari è stato quello di condividere con il personale i risultati della ricerca, sollecitando a pensare come si traducevano nella quotidianità lavorativa e individuando azioni di intervento possibili. Una prima reazione a questa proposta è stata di cercare un colpevole e di mettere a carico di qualcun altro la causa dei problemi vissuti. Soprattutto, si sono presentati come una UO indifesa rispetto all'esterno connotato come nemico: l'utenza che invade, pretende.

⁷ Su questa esperienza, si può vedere anche il contributo di Brescia & Mazzeo (2012) in questo stesso numero della Rivista.

Una dimensione di rischio riguarda proprio il rapporto con l'utenza. La questione è scottante, da poco si è verificato un caso di aggressione molto violenta ai danni del personale sanitario. La discussione tra gli operatori è concitata, le voci si accavallano, ognuno porta esempi di situazioni ingestibili. Si percepisce tutta la criticità dell'aver a che fare con l'imprevedibilità, con un fare quotidiano pressante, un precipitarsi dietro agli eventi. Tutto ciò che accade è interpretato come circoscritto al momento in cui avviene, sembra difficile recuperare una storia, come si arriva alle aggressioni.

In uno dei piccoli gruppi con cui lavoro entro uno dei due incontri, alcuni infermieri e operatori socio sanitari, che lavorano al triage, esplodono in un crescendo di rabbia rispetto alla frustrazione che vivono circa le richieste di chi arriva al Pronto Soccorso (PS). Il triage è una funzione infermieristica, regolata da una procedura che consente di ridistribuire le priorità di accesso al PS attraverso l'assegnazione di un codice colore: rosso, giallo, verde e bianco in base a un criterio di gravità decrescente⁸. Il triage (dal francese trier = smistare, scegliere) è nato per rispondere a un crescente ricorso al PS da parte di cittadini, anche per motivi non strettamente connessi all'emergenza-urgenza; spesso si arriva al PS con l'idea, il desiderio di poter ottenere risposte rapide a problemi di salute. Il triage rappresenta quindi il primo punto di incontro tra utenza e personale sanitario del PS e spesso, più in generale, tra utenza e Ospedale.

Gli operatori parlano di questi incontri attraverso una rappresentazione dell'utente come imprevedibile, minacciante, maleducato. Mentre le loro voci si affollano, si accavallano, sento l'impotenza evocata dallo stare nel pieno di una bagarre, provo il vissuto di non essere vista, di essere bypassata. Collego la mia impotenza a quella che possono vivere i pazienti e i parenti nel pronto soccorso. Messa in attesa all'interno di uno scenario fatto di un affollamento, di un movimento incessante e continuo che li ignora. Provo a condividere con i partecipanti questa emozione.

Mi sembra che stiano mettendo in scena un conflitto tra la cultura fondata su parametri medici – diagnosi, prognosi, terapia - che è l'unica a essere presa in considerazione, infatti ritengono che questa sia l'unica comunicazione che pazienti e parenti vogliono avere, e la gestione della relazione con chi arriva al pronto soccorso dove ciò che può essere detto è su un diverso registro, ad esempio informare sui tempi di attesa e su cosa si sta facendo. Sembrerebbe un conflitto tra soggetti che parlano un linguaggio diverso, senza possibili traduzioni e comprensioni. Gliene parlo. Interrompere la lamentazione entro cui viene iscritto l'utente entro una sequenza di fatti riconoscendo una dinamica di rapporto, un vissuto, consente agli operatori di pensare sulla propria posizione. Riconoscono il mettere in atto atteggiamenti di fuga, o il "fare buon viso a cattivo gioco" frenando il risentimento mentre si cerca di eludere le richieste di chi attende informazioni, perché vivono l'inadeguatezza, l'impotenza nei confronti di quelle richieste. Chi è messo in attesa suscita ansia nel personale, perché comunica un vissuto di insofferenza rispetto all'attesa, inducendo il personale stesso a prolungare l'attesa o quanto meno a renderla più angosciata perché non accompagnata da comunicazioni⁹. Il personale sente di non riuscire ad avere a che fare con quelle emozioni e la difesa è pensare di non possedere le informazioni giuste da comunicare, ovvero quelle mediche, vissute come unica possibilità di dare risposta ai pazienti.

Il rischio professionale che abbiamo individuato concerne proprio la difficoltà di essere attenti alla relazione con il paziente e la sua famiglia, dei quali si subisce la pressione emozionale, percepita come intrattabile dal personale che si sente sfornito di risorse per farvi fronte. È qui che si sposta la questione al solo linguaggio tecnico della diagnosi e della terapia, come se parlare con i pazienti e i familiari delle regole del Pronto Soccorso, del suo funzionamento, per permettere a quelle

⁸ Il triage in Italia è previsto dall'Atto di Intesa Conferenza Stato-Regioni e Ministero della Salute sulle Linee Guida in materia di requisiti organizzativi e funzionali della rete di emergenza-urgenza (15/04/1996), in applicazione del D.P.R. 27/03/1992 che istituisce il sistema delle emergenze sanitarie (EMS)

⁹ Lo stesso Ministero della Salute (2007) nella "Raccomandazione per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari" indica tra le misure organizzative, quella di "assicurarsi che i pazienti in attesa di una prestazione sanitaria ricevano informazioni chiare sui tempi di attesa" (p.10).

persone di capire dove si trovano, non avesse alcuna utilità ed efficacia. L'utenza sembra sollecitare una funzione di accoglienza, che implica una competenza a cogliere i suoi vissuti, le sue emozioni per essere aiutata a comprendere dove si trova e cosa sta accadendo e a rapportarsi non solo con l'incertezza e l'imprevedibilità del suo stato di salute, ma anche con quelle del Pronto Soccorso. È necessaria quindi una competenza diversa da quella che serve per la gestione della patologia; una competenza che renda gli operatori sanitari capaci di trattare con le emozioni di persone in primo luogo disorientate su ciò che sta loro accadendo. Quella, che in un'ottica psicologica clinica definiamo competenza organizzativa¹⁰. Porterò, di seguito, un caso a supporto di questa ipotesi.

La consulenza all'Unità Operativa ha dato al personale sanitario la possibilità di concedersi uno spazio di pensiero per capire il perché di alcuni eventi, per iniziare a vedere la propria posizione nel lavoro, per poter ipotizzare cambiamenti. Si è compreso come alcuni problemi di rapporto, che sono stati visti in un modo diverso dall'abituale, possano creare disfunzioni nel lavoro: il silenzio, l'incompetenza a comunicare, a informare sulla presa in carico, esasperano i comportamenti fino allo scontro fisico, come unico modo di essere finalmente visibili. Si è rivelato, altresì, funzionale per il personale, l'aver sperimentato uno spazio di confronto, di discussione che ha consentito di scambiare tra loro prassi quotidiane, modi di intendere il lavoro, competenze.

Un prodotto del seminario sul rischio psicosociale è stato la messa a punto di un progetto, da poco avviato presso il Pronto Soccorso, volto a rilevare eventi critici nel rapporto con l'utenza per poter individuare strategie di intervento¹¹. Nel momento in cui scrivo, con un'altra collega tirocinante della Scuola, stiamo realizzando delle unità di osservazione, il cui senso viene condiviso ogni volta con il personale, per individuare e capire meglio i problemi con i pazienti e i parenti. L'obiettivo è di attivare spazi di pensiero e discussione con il personale e costruire significato sul materiale raccolto circa il rapporto utente-sistema sanitario. Vorremmo aiutarli a capire quali domande l'utenza porta al Pronto Soccorso e quali strategie di rapporto si rivelano funzionali, quali meno (Giacchetti & Sarubbo, 2012). Propongo ora una situazione rilevata in questa prima fase del lavoro.

La holding room si trasforma in stanza della morte

Nel corridoio del Pronto Soccorso incontro lo sguardo impaurito del signor Antonio, un settantatreenne che chiede se può parlarmi. È visibilmente agitato, dice di stare male e di aver bisogno di qualcosa per calmarsi; aggiunge che non ce la fa più. Gli chiedo di raccontarmi cosa fosse successo: non riesce a stare nella stanza dove è stato trasferito. Vuole sapere da me quando sarebbe arrivato il medico a chiamarlo. Quanto tempo avrebbe dovuto ancora aspettare? Ma non sa dirmi cosa avrebbe dovuto fare, capisco solo che dovrà fare un accertamento per il cuore. È molto confuso, sovrappone una serie di informazioni, è quasi in preda al panico. Dice che ha già discusso con un'infermiera, che nessuno lo ascolta. Riferisce un dolore alla pancia, si sente morire. Mi accorgo che è da solo nella stanza. Gli chiedo di farmi capire. Mi racconta che era arrivato al Pronto Soccorso il giorno prima per un aumento delle palpitazioni cardiache e che aveva trascorso la notte insonne chiacchierando in compagnia di un altro signore. La mattina del giorno seguente era stato trasferito in una nuova stanza. Mi conduce davanti alla porta di questa stanza dove è affisso un cartello con la scritta "holding room" e mi dice: "Mi dica la verità dottoressa, cosa significa questa scritta qua? Non è che è la stanza della morte?". Questa sua affermazione mi colpisce e disorienta allo stesso tempo. Sento la sua paura addosso, attraverso la parola morte. È in piedi nel corridoio che mi parla, pensare che stia per morire potrebbe essere considerato alquanto incomprensibile, impertinente rispetto alle situazioni con evidenza di estrema gravità che ci sono al Pronto Soccorso! Ma certamente si tratta di quanto sta vivendo. Riprendo

¹⁰ Per un approfondimento sul costrutto di competenza organizzativa e di traduzione emozionale dell'organizzazione si veda Carli, R., Paniccia, R. M. & Salvatore, S. (1995). La dinamica del rischio e la sicurezza sul lavoro. In La sicurezza sul lavoro (D. L. 626/94), Fondazione Enérgeia Edizioni.

¹¹ Il progetto è stato proposto, condiviso e discusso con le funzioni dirigenziali e con il personale dell'Unità Operativa.

questo suo vissuto e provo a capire. Mi racconta che quando al mattino è stato spostato in quella nuova stanza, ha trovato due persone che a sua detta: “Erano malconce, con dei tubi, avevano due, tre pacemaker. Insomma, avevano il cuore che non funzionava!”. Da quel momento in poi non appena mette la testa sul cuscino per sdraiarsi sul letto, si sente morire. Mi chiede se è possibile farlo tornare nella prima stanza in cui era stato bene chiacchierando insieme a quel signore. Nel frattempo arriva la moglie che sembra sfinita dall’inarrestabile insofferenza del marito, non sa più che fare, come contenerlo. È la moglie a dirmi che il marito dovrà fare la coronarografia. Chiedo al paziente se è la prima volta che fa un esame del genere. La moglie ci tiene a precisare: “No, è la prima volta che lui entra in un ospedale!”. E aggiunge un rimprovero: “Te l’ho detto che devi stare calmo, così complichì la situazione, è peggio, tu ti innervosisci, loro si innervosiscono e non si risolve niente”.

“Loro si innervosiscono” mi fa capire di più della situazione, inizio ad avere informazioni sufficienti per cogliere che il malessere del paziente e della moglie in quel momento è legato a un vissuto di insofferenza rispetto a dove si trovano, a cosa sta accadendo e a cosa li aspetta. Non solo l’incertezza legata alla salute, ma l’attesa struggente di sapere avevano amplificato la loro angoscia. L’insostenibilità dello stare in quella stanza per il paziente era la reificazione in un fatto di quanto stava vivendo. Il trasferimento nella stanza dove prima aveva incontrato pazienti con problemi cardiaci gravi, in cui poi si era ritrovato da solo, fermo, ad aspettare un medico annunciato ma che non arrivava, erano presto diventati fantasmi dell’attesa di qualcosa di minaccioso e grave, fino alla morte!

Provo con lui a dare senso a quanto aveva vissuto fino a quel momento, ricostruendo i passaggi. Continuava a non capacitarsi del perché non potesse tornare nella stanza dove si trovava prima per chiacchierare con quel signore che invece era potuto rimanere là dentro. È altrettanto angosciato al pensiero di doversi mettere a letto. Parliamo del senso del suo trasferimento di stanza, legato ai diversi momenti del trattamento al PS. Nella prima era stata fatta una valutazione del suo problema, il passaggio alla seconda stanza prevedeva l’attesa per un accertamento, un ricovero. L’incertezza di questi passaggi aveva amplificato l’incertezza di quello che gli sarebbe accaduto.

Percependo il suo senso di estraneità, la sua difficoltà a stare lì, provo a recuperare qualche informazione della sua identità. Gli chiedo cosa faccia nella vita. Fa l’ebanista in un quartiere centrale di Roma dove ha il suo laboratorio. Mi parla della sua passione per il lavoro artigianale, la soddisfazione per la lavorazione del legno. Il vuoto e l’angoscia attivati da quell’attesa, il sentimento di passività impotente stridono con la sua vita abituale piena di attività, di abile manualità che padroneggia la materia. Mentre parliamo passa un infermiere che coinvolgo con il pretesto di chiedergli conferma sulla possibilità, per il signor Antonio, di non dover stare necessariamente a letto, ma di poter stare nel corridoio, di poter parlare anche con altre persone. Questo servirà anche a condividere la situazione con l’infermiere che, dopo aver ascoltato alcuni pezzi del racconto, riuscirà con ironia a far ridere il signor Antonio. Sarà utile anche al signor Antonio per sentirsi compreso nel suo vissuto che lo faceva sentire imprigionato in quella stanza.

Penso al significato di holding room che tanto aveva spaventato il paziente perché non ne comprendeva il significato e mi interrogo anche sull’uso dell’inglese che certo non è rivolto agli utenti. La holding room è la stanza di stazionamento dei pazienti in attesa di posti letto. Un luogo, quindi, in cui sostano le persone nel loro passaggio dal Pronto Soccorso alla degenza in altre Unità Operative. La parola holding in inglese sottintende anche un altro significato: presa, possesso, proprietà. Sembra svelare un rischio dello stazionamento, nel vissuto dei pazienti, che viene tradotto in rapimento, privazione di libertà (Carli, 2012), immobilismo. Ma la sosta, come abbiamo visto, può riguardare dei corpi (non a caso il signor Antonio si era visto come un morto), mentre le persone con angosce, paure, desideri hanno bisogno di contenimento e accoglienza. Mi sono soffermata sul significato della parola perché la paura del signor Antonio associata a una parola estranea, straniera, permette di mettere in luce quanto anche i passaggi da un luogo all’altro, da una stanza all’altra siano pregni di contenuti simbolici, emozionali e se iscritti dentro prassi, ritualità quotidiane corrono il rischio di essere negati dal personale.

Sembra fallire il contenimento affidato all'adesione incondizionata del paziente alla routine ospedaliera, tant'è che il signor Antonio aveva trasgredito lasciando vuota la stanza e si era piazzato al di fuori: è lì che avviene la nostra interlocuzione. È necessaria una funzione che non legga la trasgressione come aggressione e abbia una competenza a stare con quei vissuti, con i significati attribuiti a quei passaggi. Starci significa riconoscerli, cercare nelle parole di chi li vive il senso per aiutarli a renderli accettabili anche per loro e non liquidarli come insensati, pensando che siano irrilevanti perché non supportati da fatti: il signor Antonio non sta "veramente" morendo, la holding room non è la stanza della morte.

Da un punto di vista dei modelli di intervento, si tratta di assumere una funzione integrativa intesa come capacità di riconoscere quanto si sta vivendo nella relazione per dare senso a quello che accade, mentre la funzione sostitutiva sanitaria agisce attraverso i ruoli di chi sa qual è il bene dell'altro, che si richiede si affidi all'azione della cura¹².

Conclusioni

Il tirocinio presso il Pronto Soccorso, dentro questo progetto di intervento, si sta configurando come risorsa per rintracciare nel funzionamento della UO problematiche e risorse soprattutto sotto il profilo del coniugare la funzione integrativa con quella sostitutiva. Dentro l'esperienza di tirocinio sto apprendendo come la funzione consulenziale dell'SPPR, promossa dalla componente psicologica, rappresenti una risorsa per l'Ospedale per comprendere quei problemi (eventi critici, errori, incidenti, inclusi quelli che la sanità chiama eventi sentinella¹³) che consentono di evidenziare il funzionamento organizzativo, riconoscerne le criticità e correggere il tiro. La sfida è quella di promuovere una cultura dell'evento critico (l'errore, l'aggressione) come occasione di riflessione, di formazione rispetto a nuove esigenze e cambiamenti che investono l'organizzazione ospedaliera: nuova utenza, nuove modalità di gestione economica, nuove tecnologie.

Man mano che il mio tirocinio procede e posso capire meglio le questioni con cui mi confronto, colloco la funzione del Servizio sempre più entro una possibilità di tessere rapporti, recuperare potenzialità, individuare problemi comuni e promuovere integrazioni all'interno di uno scenario fatto da frammentazioni. Questo può essere possibile attraverso una conoscenza delle dinamiche organizzative e culturali dell'Ospedale, interpretandole e restituendole all'Ospedale stesso. Può essere attuato un continuo lavoro di tessitura tra problemi e cultura. Penso, ad esempio, ad alcune questioni che abbiamo iniziato a rintracciare: la scissione tra curare e prendersi cura del paziente; la scissione tra il paziente ideale e il paziente in carne e ossa; la continua tecnologizzazione e iperspecializzazione delle professioni sanitarie che rischia di provocare una frammentazione del servizio offerto al paziente, fino a renderlo organo o a focalizzare la prestazione sulla strumentazione tecnica che consente di analizzare l'organo. La prevalenza dell'atto medico di cura specialistica ha portato a una prevalenza della tecnica sull'attenzione alla relazione con il paziente e ancor di più con i familiari.

La funzione psicologica dentro il Servizio di Prevenzione e Protezione Rischi assume la centralità di promuovere e attivare, nel contesto ospedaliero, spazi di riflessione sui processi di lavoro, di sviluppare competenze che permettano di analizzare il corso degli eventi, le ragioni che li hanno determinati, i risultati cui si è giunti e per individuare soluzioni, alternative possibili. Credo che questo possa anche, utilmente, rappresentare una strada per contribuire a sanare la spaccatura tra paziente e contesto sanitario, che nei casi più estremi porta alla rottura di questo rapporto e al ricorso alla magistratura da una parte, e alla medicina difensiva dall'altra.

¹² Per un approfondimento delle due funzioni, si veda Paniccia (2012), in questo stesso numero della Rivista.

¹³ Per eventi sentinella in sanità si intendono 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.

Bibliografia

Brescia, F., & Mazzeo, G. (2012). La valutazione del rischio psicosociale in Ospedale. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 63-75.

Carli, R. (2012). Il tirocinio in ospedale. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 3-20.

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. (2003). *Analisi della domanda. Teoria e tecnica dell'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., & Salvatore, S. (1995). La dinamica del rischio e la sicurezza sul lavoro. In Fondazione Enérgeia. (1995). *La sicurezza sul lavoro (D. L. 626/94)*, Roma: Fondazione Enérgeia Edizioni, 55-80

Enriquez, E. (2003). Per un approccio psico-sociologico alla valutazione. *Spunti*, 7, 7-28.

Giacchetti, V., & Sarubbo, M. (2012). *Scusi lei chi è? Sono una brava persona, chiedo pure! Culture del reparto MUPS del SFN*. Unpublished Manuscript.

Inail (2011). *Valutazione e Gestione del Rischio da stress lavoro-correlato. Manuale ad uso delle aziende in attuazione del D.Lgs. 81/08 e s.m.i.* Milano: Inail.

Paniccia, R. M. (2012). Psicologia clinica e disabilità. La competenza a integrare differenze. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 91-110.