

Introduzione al seminario

“Psicoanalisi in sanità. Rapporto tra la domanda di cura e la risposta dell’organizzazione sanitaria”
(a cura di Elisabetta Atzori e Viviana Fini)

Apriamo questo pomeriggio con una canzone, per noi divertente rispetto a quello che ci proponiamo di sollecitare con questo seminario dal titolo *“Psicoanalisi in sanità. Rapporto tra la domanda di cura e la risposta dell’organizzazione sanitaria”*. È una canzone di Remo Remotti dal titolo *“Me ne vado via dalla psicoanalisi”*.

La proposta di questo seminario si colloca in un periodo in cui la scuola di specializzazione si interroga sulla propria identità psicoanalitica, sui modelli psicoanalitici che orientano le nostre prassi. Interrogarsi sulla propria identità ci costringe a portare in campo una domanda che mette luce sulla questione della committenza: perché intervenire oggi in sanità? C’è interesse, in questo momento storico, a trattare problemi nei contesti lavorativi in ambito sanitario? E se sì, in quali contesti?

A questa domanda ci ha portato la riflessione sulle nostre esperienze.

Elisabetta: lavoro dal 2000 in un Servizio Prevenzione e Protezione Rischi occupandomi di rischio psicosociale. Fino a quattro anni fa l’unità era collocata in un’azienda ospedaliera, successivamente è diventata presidio di una ASL. In questi anni di attività ci siamo avvalsi della collaborazione con SPS e, a partire dalla rilevazione delle unità a rischio, è stato possibile intervenire in alcuni contesti ospedalieri. La formazione in aula e gli interventi sul campo ci hanno portato a sostenere **l’ipotesi che rischio psicosociale e conflittualità siano più alti dove la trasformazione dell’utente in paziente è meno compiuta ed emerge maggiormente la sua soggettività**. E’ quanto abbiamo colto nel Pronto Soccorso, dove tutto avviene nell’urgenza e allo stesso tempo sono accolte domande “impertinenti”, non basate sull’urgenza medica ma su un’altra urgenza, che si potrebbe definire “emozionale” per esempio da parte di persone a rischio di emarginazione. E’ quanto abbiamo rilevato nei Servizi Ambulatoriali dove la posizione dell’utente è molto meno ritualizzata che nel ricovero e la trasformazione in paziente è pure meno compiuta. E’ il rischio che abbiamo individuato anche in Neonatologia, dove a un paziente totalmente affidato come il neonato si affiancano in modo inscindibile i genitori, che pazienti non sono. E’ infine anche il caso dell’Oncologia e di tutte quelle unità operative dove col rischio di morte elevato ritorna l’interezza della persona e la sua soggettività, che mettono in crisi la possibilità di trattare l’utente come paziente.

I contesti a rischio più di altri evidenziano il fallimento dell’operazione di separazione tra fatti e vissuti effettuata dal mondo sanitario. Il mondo sanitario si occupa di fatti, la soggettività del malato, il vissuto di malattia, non essendo di pertinenza della scienza medica, lascia aperto il problema del destino dei vissuti che caratterizzano l’esperienza dei pazienti e dei familiari. Che fine fanno i vissuti? Spesso i malati se li tengono per sé, altre volte prendono strade diverse ed ai vissuti trattenuti si sostituiscono critiche rabbiose in merito a tutto ciò che nel mondo sanitario è concesso discutere: la diagnosi, la terapia..., i fatti per l’appunto.

È in questo ambito che si inserisce la funzione psicologica entro le unità a rischio.

Con la collaborazione di diversi psicologi tirocinanti, specializzandi di questa scuola, **abbiamo proposto una strategia di intervento psicologico volta ad affiancare, alla competenza medico-sanitaria del trattare i fatti, la competenza psicologica del trattare i vissuti, portando avanti quella che abbiamo chiamato “manutenzione” dell’incontro tra due parti (personale sanitario/pazienti-familiari), sia affiancando in**

alcuni casi il personale nell'orientare l'utenza, sia condividendo strumenti di lettura per ridare senso alla relazione quando stavano per verificarsi incidenti tra personale ed utenti.

In queste situazioni abbiamo individuato una funzione psicologica entro **setting innovativi per la psicologia**, non la classica stanza nella riservatezza del colloquio, bensì le sale d'attesa e i corridoi, nelle situazioni di disorientamento e di ricerca di informazioni da parte dell'utenza, in quelle di emergenza e negli orari di visita dei familiari. **Tutte situazioni nelle quali lo psicologo si occupa di cogliere le attese dei pazienti per trattarle e farne occasione di confronto col personale.** Confronto sul campo, negli spazi a margine dell'attività specificamente sanitaria, dove ci si incontra tra psicologi e operatori e si instaura un rapporto di fiducia. Confronto che in qualche circostanza ha portato a convenire l'utilità di trovare uno spazio più stabile nel tempo e nello spazio, passando ad un setting dedicato.

Da qualche anno, le attività di collaborazione avviate si sono via via interrotte. Altri progetti intrapresi stentano a sviluppare una committenza. I motivi di questa battuta d'arresto possono essere rintracciati in più fattori: **il passaggio da azienda ospedaliera a presidio** e l'inserimento dello stesso in una ASL di grandi dimensioni, hanno determinato un **forte investimento in attività di riorganizzazione, con un aumento dell'universalizzazione delle prassi e minore attenzione alla contestualizzazione**; in questo scenario l'accorpamento del Servizio Prevenzione e Protezione Rischi nell'Unità Sicurezza Prevenzione e Risk Management non è stato colto come occasione di integrazione delle attività inerenti il rischio clinico con quelle relative al rischio lavorativo, **piuttosto ha determinato una separazione netta tra i due ambiti con maggiori investimenti sul primo e penalizzazioni sul secondo**, depotenziato quest'ultimo oltretutto dalla **perdita di appeal del mandato sociale di tutela della salute e sicurezza dei lavoratori.**

Viviana: lavoro, da luglio 2017 e per una parte della settimana, nella Psicologia Ospedaliera dell'Usl Toscana Nord Ovest. Fino a un anno fa ho prestato servizio all'interno dell'Ospedale Apuane di Massa. Da qualche mese a questa parte ho scelto di spostarmi in Lunigiana, territorio a cavallo tra Toscana, Emilia Romagna e Liguria, con l'obiettivo di costruire qui un servizio di Psicologia Ospedaliera. Si tratta di un territorio che, nella definizione delle politiche di sviluppo, **è un'AREA INTERNA**, ossia un'area piuttosto ampia, contraddistinta da piccoli Comuni, lontani tra loro e, spesso, lontani anche dai servizi essenziali – sanità, scuola, mobilità – e, per questo, marginali e marginalizzati e sempre più soggetti ad invecchiamento della popolazione e conseguente spopolamento. In Lunigiana esistono due Ospedali (uno a Pontremoli e uno a Fivizzano), che nel tempo sono stati depotenziati in favore dell'Ospedale per intensità di cure della costa (l'Ospedale Apuane, appunto) e trasformati in presidi di primo soccorso e ambulatoriali. La Psicologia Ospedaliera nell'area Nord Ovest della Toscana esiste da una ventina d'anni. Ma in Lunigiana nessuno psicologo era mai voluto andare (o restare). Quei pochi psicologi che sono passati di lì, hanno transitato per qualche anno nel servizio di riabilitazione funzionale, occupandosi dei pazienti inviati loro dai fisioterapisti, incontrandoli in ambulatorio per alcuni colloqui individuali (*"massimo 4-5 volte, perché non si possono fare psicoterapie lunghe nei servizi"*, ripetono i fisioterapisti, riportando le parole dei precedenti psicologi) e se poi il paziente aveva bisogno di continuare a parlare, inviati alla salute mentale, con scarsa soddisfazione dei pazienti, perplessità dei fisioterapisti e sentimento di inutilità degli psicologi, che – non appena si apriva una possibilità sulla costa – scappavano (ora lavorano nei diversi Ospedali della Toscana e della Liguria e si occupano di neuropsicologia). Dalle prime esplorazioni effettuate, attraverso interviste e focus group con il personale sanitario dei due Ospedali, con operatori socio-sanitari del territorio e attraverso la presa in carico della domanda di diversi pazienti organici e dei loro famigliari (che spesso ha necessitato l'avvio di un confronto integrato con diversi servizi del territorio), **ho capito che qui la domanda del paziente organico ha a che fare con il vissuto relativo alla gestione della vita con una malattia, inserita spesso in un quadro di fragilità sociale legata all'isolamento.** Al tempo stesso, anche con il vissuto di **"aver perso" l'Ospedale** –

contesto considerato dalle persone malate talvolta come l'unica prova della presenza dell'istituzione sanitaria sul territorio, dell'istituzione che "guarisce" – che fa il paio con il sentimento di una parte cospicua del personale ospedaliero di perdita di senso e di valore del proprio operato: *"se sono un chirurgo e mi ritrovo ad operare sempre e solo vecchietti – e talvolta anche a dover decidere in merito alla sensatezza dell'operazione, considerata l'età avanzata del paziente – i motivi per cui ho deciso di diventare medico vengono messi fortemente in discussione"* così si esprime un chirurgo in un'intervista.... **Un contesto, dunque, dove operatori e cittadini sono uniti da un comune sentire: quello di essere stati abbandonati e marginalizzati da chi conta (le politiche sanitarie centrali).** Ma anche un contesto che, lontano dalle maglie della stretta proceduralizzante che hanno conosciuto nel tempo le politiche sanitarie, soprattutto quelle legate ai presidi ospedalieri, **può esprimere una domanda in relazione al proprio sviluppo. Un contesto territoriale, peraltro, valorizzato da chi ci vive e ci lavora:** in Lunigiana resta vivo il senso di comunità, anche se le comunità diventano sempre meno numerose e le persone si ritrovano sempre più isolate. La valorizzazione del territorio da parte degli operatori come parte integrante della propria identità professionale, oltre che personale, fa sì che gli stessi siano aperti alla possibilità di ripensare le risorse che hanno in funzione delle domande che trattano, perché sentono questa proposta come valorizzante il loro contesto e, dunque, loro stessi.

La funzione psicologica che ho individuato è duplice: da un lato promuovere la riorganizzazione dell'attribuzione di un valore, negli operatori sanitari, proprio a ciò che li fa sentire abbandonati e marginalizzati. Iniziando a vedere, nell'allentamento dei vincoli proceduralizzanti, uno spazio da riempire di senso e di progettualità in relazione alle domande dell'utenza, mi sembra che gli operatori inizino a cogliere il fatto che **la sanità sia effettivamente ciò che, nel rapporto sanità – utenza, viene costruito.** In questo allentamento dei vincoli mi sembra esserci un margine interessante di indefinitezza della politica sanitaria che lascia possibilità di sperimentare soluzioni innovative, avviare processi, verificarli **e, quindi, sentirsi parte attiva e produttiva del proprio contesto professionale.**

Al tempo stesso, **ricomporre, intorno ai singoli casi, gli interventi specifici dei singoli servizi:** spesso i pazienti e i loro famigliari hanno chiaro l'obiettivo delle singole indagini che vengono richieste dai medici, delle singole proposte di intervento, ma sono completamente all'oscuro del senso generale di quelle singole azioni. Questo li fa sentire frammentati e fa aumentare l'angoscia, provocando rabbia, frustrazione, aumento della sfiducia nei servizi, che diventa per generalizzazione anche sfiducia nel sistema pubblico, nel sapere scientifico, nell'idea di progresso. Spesso, poi, quel senso generale che non riescono a costruire nella relazione con i professionisti che incontrano, lo costruiscono autonomamente, talvolta in modo ideologico. **Questo momento di distanza costruisce, di giorno in giorno, una frattura profonda nella relazione paziente-sistema sanitario che diventa, emozionalmente, una frattura profonda nella simbolizzazione del rapporto con tutti quelli che, in senso lato, rappresentano un'istituzione che presiede al bene collettivo.** Ricomporre gli interventi mettendo al centro la comprensione e la scelta ultima del paziente, mi sembra contribuisca a restituirgli una visione di insieme, non una visione certa (i pazienti tollerano l'incertezza) ma una visione di insieme, che fa sentire al paziente che c'è un'istituzione che lo vede e lo prende in carico nella sua complessità e soggettività. Quando succede questo, anche la sofferenza diventa più accettabile

Come abbiamo detto prima è la riflessione sulle nostre esperienze che ci ha portato a chiederci "Perché lavorare in sanità", ma non solo. A questa domanda ci ha portato anche la riflessione sui diversi interventi che seguiranno e anche su quelli che ci interessava avere qui e che oggi non ci saranno, come quelli, ad esempio, sull'assistenza domiciliare.

Partire da questa domanda ci sembra **un antidoto alla trasformazione della nostra presenza in sanità in copertura scontata di posti da occupare**, un invito radicale a capire quale sia la domanda contemporanea in sanità, dove e come si organizza.

Assumere scontatamente il posto che ci viene concesso, in sanità, **porta a sentirsi impotenti**. Di fronte a questa impotenza le reazioni possono essere diverse, da parte degli psicologi, **ma hanno a che fare tutte con una dinamica perversa**, secondo l'accezione di perversione intesa da Renzo Carli (Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica 1-2018) **di falsificazione della realtà**, che avviene quando all'interno di un'organizzazione si falsificano le dimensioni simboliche e gli obiettivi della relazione.

Abbiamo individuato diverse modalità con le quali gli psicologi reagiscono all'impotenza con falsificazioni:

- 1) possono cercare di occupare il posto del medico, frapponendo fra sé e le domande che incontrano, la propria tecnicità.** Ad esempio, l'uso dei test per valutare la conformità dei pazienti ai trattamenti medici. Un esempio è quello che accade, spesso, nei servizi di nefrologia. I test, che vengono effettuati per supportare la decisione dei medici in relazione al tipo di trattamento da realizzare sul paziente (se emodialisi – che si effettua in circolazione extra-corporea e si attua in ospedale o dialisi peritoneale, che utilizza come membrana dializzante il peritoneo e si effettua in genere al domicilio), trasformano problematiche relative alla relazione (tra personale sanitario e pazienti, tra famigliari, pazienti e personale sanitario, del paziente rispetto alla presa in carico della propria patologia cronica) in caratteristiche di personalità da valutare;
- 2) possono trasformare gli strumenti del proprio lavoro, in obiettivi:** psicoterapie individuali, gruppi terapeutici per pazienti con patologia X, ipnosi, formazioni su soft skills proposte come dimensioni individuali e tecniche, spesso disancorate da ciò che gli operatori vivono davvero nel proprio contesto quotidiano, diventano così l'unico modo per rendere visibile che si sta facendo qualcosa, piuttosto che un modo per trattare con una domanda;
- 3) possono adempiere acriticamente a leggi e procedure perdendo di vista gli obiettivi:** è il caso ad esempio della valutazione del rischio stress lavoro correlato prevista dal decreto legislativo 81/2008, quando diventa un'attività volta alla tutela del datore di lavoro piuttosto che occasione di approfondimento e intervento sulle culture a rischio.

Aderire e proporre falsificazioni significa **invalidare la propria funzione e accrescere la rabbia degli operatori e dei pazienti**. Entro queste premesse emozionali e relazionali, la psicologia in sanità non può che percorrere, per esistere, la via del potere. Contribuendo, in questo modo, alla fine della propria esistenza o alla sopravvivenza di piccoli gruppi di psicologi, avviluppati su se stessi e in conflitto gli uni con gli altri. Ecco perché ci sembra molto rilevante la questione della committenza. E la questione dell'identità.

Per noi, una prima risposta alla domanda "che ci stiamo a fare in sanità?" è: **perché la sanità, così come la scuola, sono ambiti del welfare in cui le persone fanno esperienza esistenziale** (vale a dire: profondamente connessa con la propria esistenza e, dunque, con la propria soggettività) **del nomos**.

Dunque, sanità e scuola **sono contesti ad alto "valore sociale"**, nel senso che attraverso la relazione con esse si produce, nelle persone, una simbolizzazione relativa a quanto ci si sente visti e riconosciuti dal sistema, a quanto ci si può fidare e affidare al sistema, a quanto il sistema ha fiducia e investe sulle persone che lo vivono. Proprio per questo, scuola e sanità sono anche ambiti del welfare ad **"alto impatto anomico"**, nel senso che – **alternativamente, quando la soggettività è obliterata** – **contribuiscono a costruire anomia e l'anomia gli si ripercuote contro**.

Sono diversi i fenomeni che hanno attraversato la sanità in questi ultimi decenni e che sono connessi con quanto sopra esposto:

- **in crisi è l'adesione acritica dei pazienti al personale sanitario.** Già in precedenti articoli Carli, Paniccia e diversi allievi e specialisti di questa scuola hanno messo in evidenza come le persone che incontrano il contesto sanitario fanno una domanda soggettiva molto potente: quello che accade quando ci si ammala è sconosciuto, spesso richiede sottrazione di tempo ai propri progetti, in molti casi oggi compromette risorse già scarse. Tradizionalmente le strutture sanitarie erano organizzate su una specifica modalità di concepire la relazione medico-paziente, strutturata sulla premessa di un sapere forte, quello del medico, coadiuvato da una funzione "materna" della cura, propria del personale infermieristico, e di una passività del paziente. Entro questo assetto collusivo il sapere medico ha potuto non prendere in considerazione la soggettività del malato e dei suoi famigliari. Oggi le cose vanno diversamente: alla dipendenza del paziente dal medico si è attualmente sostituito un profondo conflitto tra sistema sanitario e pazienti, famigliari, opinione pubblica, cittadini. **All'adesione acritica si è sostituita la diffidenza, che porta entrambe le parti della relazione (medici e pazienti) a vivere in uno stato continuo di allarme.** I pazienti con una parte si affidano e con l'altra controllano e svalutano, in una sorta di confusione emozionale nei confronti di chi dovrebbe essere considerato amico, per poter garantire un processo di affidamento. Con la medicina preventiva, il paziente "amico acritico" viene trasformato dal personale sanitario in "nemico critico" senza che l'attenzione alla sua soggettività porti così un incremento di attenzione nei suoi confronti.

Sono emblematici i casi che seguono:

Una paziente molto anziana accompagnata dalla figlia si reca presso un ambulatorio di cardiologia per effettuare un elettrocardiogramma (ECG). L'esame è stato richiesto dall'anestesista in quanto la paziente vuole sottoporsi ad una colonscopia con sedazione. Oltre all'esame è necessario che il cardiologo autorizzi l'anestesia. Giunte in ambulatorio si rivolgono all'infermiera addetta alla registrazione delle impegnative. Quest'ultima fa presente alla figlia che l'impegnativa è incompleta in quanto si riferisce solo all'ECG, per l'autorizzazione del cardiologo all'anestesia sarà necessaria un'altra impegnativa. La figlia non si fida della risposta dell'infermiera e chiede di parlare con un medico. L'infermiera comunica alla signora che l'ambulatorio è stato appena aperto ed i medici non sono ancora arrivati. La figlia alza i toni, la madre è mortificata e le chiede di calmarsi, la figlia minaccia verbalmente l'infermiera, nel frattempo la madre ha un malore, viene chiamato il cardiologo di guardia, che verifica un infarto in atto. La paziente viene portata urgentemente in Pronto Soccorso. Anche l'infermiera si sente male, non riesce più a respirare, ha una forte tachicardia ed è paralizzata dal panico, anche lei viene accompagnata in PS. La signora dal PS verrà ricoverata in Terapia Intensiva Cardiologica, la figlia farà un esposto all'URP. L'infermiera in PS verrà visitata dallo psichiatra che prescriverà una cura psicofarmacologica e consiglierà qualche giorno di riposo. Pochi giorni dopo l'infermiera torna al lavoro con grandi difficoltà, questo la porterà a chiedere una consulenza psicologica. Il lavoro psicologico consentirà di mettere in rapporto il disagio provato con le culture a rischio presenti nell'ambulatorio di cardiologia: una forte tecnicità e onnipotenza che premia chi non porta problemi (tra i pazienti) e punisce chi non riesce a gestirli (tra il personale sanitario). L'infermiera si vive doppiamente in colpa: per non aver saputo gestire la figlia della paziente e per aver reso noto l'accaduto fuori dal servizio attraverso il suo attacco di panico.

La figlia di una donna con tumore in stadio terminale telefona al medico di cure palliative, che ha prescritto un certo farmaco alla madre. La figlia lamenta il fatto che la madre ha continuato a sentire dolore, finché non è stata ricoverata in Ospedale, dove il farmaco è stato modificato. Il medico chiede di che farmaco si tratti: praticamente si tratta di un farmaco dal nome diverso ma dalla stessa composizione chimica. Il medico palliativista crede che il prestigio legato all'Ospedale porti i pazienti a fidarsi di più rispetto alle

prescrizioni fatte dalla sua equipe, che si trova sul territorio. Riflettendo, proviamo a pensare al fatto che in Ospedale, simbolicamente, ci si va per guarire. Mentre il farmaco contro il dolore è un farmaco finalizzato a migliorare la qualità della vita, ma di una vita che resta segnata dalla malattia e che si confronta con l'idea della morte. Aver condiviso la diffidenza dei pazienti nei confronti della proposta palliativa dell'equipe del dolore consente al medico di accogliere, in un successivo colloquio con un paziente, questa emozione e di trattarla come aspetto rilevante di una scelta che tocca comunque al paziente fare e che gli richiede il difficile compito di fare i conti con l'idea della morte.

La diffidenza nei confronti del medico diventa una critica più ampia a ciò che è pubblico, sistema, nomos, a ciò che in questo momento nel nostro paese non fa sentire riconosciuti nella propria dignità, nelle proprie abilità e capacità. E allora, ad esempio, la "libertà" di lasciare un ospedale, una scuola, un quartiere, una città quando "non funzionano" sembra sostituire la libertà di impegnarsi affinché siano rimossi gli ostacoli al funzionamento di quelle che sono comuni ricchezze.

- In crisi anche il ruolo dei professionisti sanitari che spesso, dentro la progressiva proceduralizzazione delle prassi, che pretende oggettività delle decisioni, eliminando discrezionalità, in un sistema perverso di controllo, si sentono mortificati nel proprio ruolo sociale, culturale e politico, oltre che professionale. Le diverse riforme sanitarie (dalla riforma Bindi del 1999 che ha promosso l'aziendalizzazione del sistema sanitario) hanno focalizzato l'attenzione sul risparmio della spesa. Per fare fronte ad una spesa sanitaria che nel tempo aveva conosciuto sforamenti sempre più eccessivi, si è pensato di limitare, in ottica economicistica, il potere dei medici. In questo modo l'organizzazione sanitaria è stata progettata utilizzando criteri e parametri che, appunto, rispondono al risparmio economico, vissuti dal personale sanitario come dimensioni obbliganti e in molti casi controproducenti per la buona realizzazione del proprio lavoro. Alternativamente, la sostituzione di criteri clinici con criteri economici ha portato a produrre diverse perversioni: ad esempio, non sono pochi i casi in cui si perseguono quegli interventi clinici su cui l'organizzazione ha deciso di investire incentivi economici, lasciando scoperti altri interventi necessari, ma su cui non vi è un riconoscimento economico.

Potremmo dire che le politiche sanitarie hanno trasformato l'universalismo nella pretesa di riassumere obiettivi e opzioni tecniche uguali per tutti, rinunciando ad utilizzare la discrezionalità dei tecnici, la conoscenza dei cittadini, gli esiti degli apprendimenti sul campo. L'universalismo è così diventato standardizzazione: ossia maggior riduzionismo e minor contestualizzazione. In questo modo l'azione pubblica si frammenta sempre più, il processo decisionale si irrigidisce, si penalizza chi non aderisce.

Ci sembra che sia necessario puntare sia a curare le modalità di attuazione delle istituzioni esistenti, ma ci sembra altresì importante capire come possano diventare sistema quelle azioni dei colleghi che, nella scuola e nella sanità, portano il sistema vicino agli obiettivi delle persone, declinando il welfare a misura di persona perché sia vicino alla vita e alle aspirazioni oggi sempre più trascurate delle persone.