

Resoconto per Seminario psicoanalisi in sanità. Rapporto tra la domanda di cura e la risposta dell'organizzazione *Rossana Diciolla*

Premessa: Questo contributo si riferisce ad un'intervista al Primario di Cardiologia SFN e ad un focus group con medici e infermieri presso la stessa UOC nell'ambito del progetto di valutazione del rischio psicosociale della Asl RM1¹, nel quale sono stata implicata in rapporto di tirocinio presso UOC SPRM, dove EA lavora. Partendo dall'ipotesi che la valutazione non sia un mero atto tecnico ma sia un pretesto per parlare di problemi incontrati da medici e infermieri nel lavoro, queste vignette consentono di cogliere come parlare di vissuti relativi al proprio lavoro faccia emergere e affiorare criticità nel rapporto con i pazienti. Un focus è sull'incontro con la domanda dei pazienti, che non si affidano al modello di cura proposto o dove fallisce la cura in un contesto di apertura dell'ospedale al territorio. L'obiettivo è di esplorare cosa entra in crisi nel rapporto medico-paziente, cosa fa problema per costruire criteri di lavoro psicologico in rapporto al contesto sanitario. Un interrogativo che fa da filo conduttore mentre scrivo è: rileggere queste dinamiche di rapporto tra medico e paziente può riorganizzare e riorientare verso una strada di sviluppo dello stesso?

In medias res: Partecipo a questa intervista in affiancamento alla tutor EA. Nel resocontare in occasione di questo seminario recupero la *mia implicazione emozionale* in rapporto alla valutazione del rischio psicosociale e in rapporto al Dirigente medico incontrato della UOC Cardiologia: a distanza di tempo mi sento confrontata con un'emozione di come sia stata una committenza difficile da costruire ma al contempo come un'esperienza, in cui ci si è giocate la possibilità di dare un senso al colloquio attraverso un *paradosso*. A partire dalla proposta di lavoro che gli facciamo (su quali questioni si incontrano in relazione a limiti e risorse nella gestione del servizio), l'incontro viene subito saturato dalla sfiducia, che il nostro interlocutore prova nei confronti della direzione apicale e della stessa valutazione del rischio, giudicandola e mettendone in dubbio l'utilità e la scientificità. Messo al corrente della possibilità di organizzare un focus group con medici e infermieri della sua UOC, viene preso da una fantasia onnipotente di poter controllare tutto quello che i partecipanti diranno e da un'ipotesi di falsificazione riguardo alla possibilità di parlarsi: individua (per usare le sue parole) un "bias scientifico nel far decidere a chi comanda chi parteciperà al focus pilotando e inficiando la valutazione in base a quello che vuol far vedere all'esterno". Gli proponiamo l'ipotesi peggiore, ovvero che quand'anche la Asl non se ne faccia nulla di questa valutazione, resta per medici e infermieri una questione fondante della quale occuparsi: il rapporto con il paziente quale vertice che dà senso al lavoro. Da qui è possibile parlarsi circa il senso del lavoro con il paziente cardiologico: si illumina e si predispone ad acculturarci in merito. Emergono aspetti interessanti: una *rappresentazione della cardiochirurgia* come la parte nobile del lavoro caratterizzato da uno spettro di competenze tecniche elevate ad ampio raggio (tra quelle chirurgiche, da internisti, radiologiche, cliniche e infettiveologiche), nonché la cardiologia come la punta di diamante dell'ospedale e che propone un'appartenenza alta, d'élite culturale per chi ci lavora. In altri termini propone un rapporto di superiorità clinica e intellettuale, asimmetrico tra chi sta in alto e può incidere esercitando una leadership e chi sta in basso, differenze di up e down tra i cardiologi ospedalieri e quelli universitari, tra quelli ospedalieri e quelli territoriali, tra chi è cardiochirurgo e chi non lo è: parla dei colleghi oncologi come "poverini" e gli anestesisti come "disorientati in balia di drammi". Tali aspetti vengono indicati/parlati come "distorsioni percettive e dentro un

¹ Per una contestualizzazione di questo lavoro si veda il contributo per seminario Culture del lavoro: "Prodotti del tirocinio: un ponte tra culture sanitarie a rischio e orientamento al cliente" di Atzori, Diciolla, Saracino

atteggiamento di disprezzo per gli altri”: siano essi i dipendenti, i colleghi, i pazienti facendo emergere un problematico rapporto con l'esterno. Affianco a queste questioni emerge il nodo del problema: la *rappresentazione del paziente* come nutrimento del lavoro, ragione della propria esistenza e allo stesso tempo evocata *nell'immagine del cardiomostro*, è il cardiopatico terminale, che fa confrontare con la sofferenza, la cronicità, una minore qualità della vita e una vita più lunga. Si è confrontati con un cambiamento della domanda: si può ipotizzare che tale aspetto sia un evento critico che metta in crisi la relazione medico-paziente facendo fallire la funzione salvifica del potere medico. Qui si gioca il confronto della componente medica con un'emozionalità confusiva, che si tenta di controllare in modo onnipotente o di espellere facendola fuori dall'organizzazione. L'obiettivo della cura o di dimettere il paziente vivo (che a detta del cardiologo in questione dà senso al lavoro) è inoltre congruente con il Mandato ospedaliero, che si focalizza sulla valutazione degli esiti, con cui le équipes sono confrontate nella cornice del lavoro basato sull'*intensità di cura* con obiettivi regionali sfidanti da raggiungere annualmente. Quest'ultima introduce un'organizzazione non più articolata, come da tradizione, in Reparti o Unità operative in base alla patologia e alla disciplina medica, ma articolata in aree omogenee, che ospitano i pazienti in base alla gravità del caso clinico e del livello di complessità assistenziale. Si paventa un ospedale ad alta intensità di relazioni, ove si rende necessaria l'integrazione delle diverse competenze professionali utili a trattare le patologie di pazienti: tale aspetto di rapporto con l'esterno emerge come altrettanto critico per le dinamiche qui delineate. Il controllo del lavoro sarebbe funzionale e giustificativo per organizzare un intervento tempestivo, veloce e delicato, risulta problematico quando viene saturato ogni aspetto di rapporto tra dirigente e colleghi medici ed infermieri.

Raccontarsi per revisionare il proprio lavoro Durante l'intervista e nel rapporto con noi egli passa da una posizione arroccata dentro un potere presentificato a chiedersi in modo più interlocutorio come viene rappresentato da alcuni suoi colleghi e al contempo a cosa può servire la funzione psicologica: evoca l'immagine di un personaggio di un romanzo di Pennac, un dittatore agorafobico che si siede, ascolta tutti e dice “Ti ho ascoltato!”. La dimensione dell'ascolto richiamerebbe comunque una dimensione di potere alto, ma individua al contempo una modalità per lui avvicinabile per dire che se si racconta il proprio lavoro, si può trattare quello stesso rapporto con il lavoro. Lo confrontiamo con l'idea che se nel racconto si tratta un problema, si possono trovare connessioni tra il problema e il rapporto con il lavoro. Il dirigente può rimanere arroccato dentro una posizione di giudizio oppure può scendere dal piedistallo e vedere il cardiomostro, che equivale a vedere come è cambiata la domanda nel territorio dove si offre servizio. La funzione psicologica qui convoca l'implicazione emozionale dell'interlocutore per poterla ripensare con amara ironia come alternativa alla falsificazione dei rapporti del tipo “si fa come se non si è implicati in prima persona!”

Dal focus group con medici e infermieri della stessa UOC ricorre *il rapporto problematico tra il dentro e il fuori*, nello specifico *il rapporto con il paziente e le domande del territorio*, rispetto alle quali l'équipe sente un vissuto di declassamento e di perdita dell'eccellenza, ci si sente dentro una crisi reputazionale. Eventi critici sono le *dinamiche emozionali* agite entro i rapporti con i pazienti, rispetto ai quali si coglie un'ambivalenza tra la frustrazione di occuparsene e l'occasione per un ripensamento del servizio: il paziente che non si affida in modo acritico implica una crisi del potere medico e dispiega un passaggio di confusione anomica, ove si giocano nuove possibilità di ricostruire assetti e obiettivi, che chiamano in causa il prendersi cura, competenze a trattare l'esperienza della perdita, che dall'ospedale viene evitata a piè pari in quanto troppo drammaticamente viene meno l'iperspecializzazione tecnica della cardiologia, che non viene compresa. Inoltre ulteriore evento critico sarebbe rintracciabile nell'*aziendalizzazione della sanità*

ove la parte amministrativa sarebbe vissuta come preponderante e snaturante l'identità medica: la dimensione aziendale viene negata quale parte integrante del lavoro e fa il paio con una cultura della gestione delle risorse che avidamente chiede e fa da contraltare ad un disconoscimento delle risorse prodotte. Altro aspetto critico è il clima di lavoro, basato sul controllo dell'equipe da parte della dirigenza molto elevato e l'impossibilità di sbagliare in un contesto di rapporti di colleganza fragili e fortemente competitivi: l'ipotesi è che la sensazione di dispersione sia l'indizio di un collasso ed un'implosione di questo gruppo di lavoro, si è persa la bussola degli obiettivi nel confronto con i pazienti. Parlare e condividere problematicità rispetto al proprio lavoro apre ad uno spazio di sospensione, di confronto, che può organizzare una domanda alla psicologia, per ripensare a quei vissuti, ad episodi raccontati in cui emerge al contempo che la competenza a stare in rapporto con il paziente ha scampato da possibili denunce. Tuttavia non tutti intervengono: l'ipotesi è che si stia dentro una dimensione di scarto della soggettività rispetto all'impossibilità di mettere dentro l'organizzazione le difficoltà sentite al lavoro, si tenta di tenerle fuori dall'organizzazione ospedaliera. Similmente come nel rapporto con i pazienti, torna un movimento espulsivo di soggettività, di vissuti che ritornano come un boomerang nella richiesta di consulenze individuali alla tutor.