

Supporting hospital relationships: The experience of intervention in an oncology unit

Sara Ceccacci, Elettra Possidoni**

Abstract

The article reports an intervention within the Oncology department of the San Filippo Neri hospital (SFN) developed by the Complex Operative Unit (UOC) Safety Prevention and Risk Management (SPRM) in collaboration with the Specialization Course in Psychoanalytic Psychotherapy SPS.

This paper aims to contribute to the scientific debate on the psychotherapeutic function in the hospital context, a function that can be useful for the development of the organizational context if it intervenes on the competence to coexist instead of replicating the medical model of diagnosis or that of psychopathology that corrects deficits. The variability of oncological disease, the fallibility and the toxicity of the therapies can undermine the hospital culture and make the relationship between health workers, patients and family members problematic. The psychological intervention has the aim of supporting this relationship and treating relationship problems that can affect the objectives of the hospital organization.

Keywords: hospital; psycho-oncology; organizational competence; psychosocial risk; integrative function.

* Clinical Psychologists, Specialists in Psychoanalytic Psychotherapy - Clinical Psychology and Analysis of Demand. Founding partners of Espero - Study of psychology. E-mail: esperostudiopsicologia@gmail.com

Ceccacci, S., & Possidoni, E. (2020). Sostenere i rapporti in ospedale: L'esperienza di intervento in un reparto di oncologia [Supporting hospital relationships: The experience of intervention in an oncology unit]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 15(2), 81-96. doi:10.14645/RPC.2020.2.773

Sostenere i rapporti in ospedale: L'esperienza di intervento in un reparto di oncologia

Sara Ceccacci, Elettra Possidoni**

Abstract

L'articolo resoconta un intervento entro il reparto oncologico del presidio ospedaliero San Filippo Neri (SFN) sviluppato dall'Unità Operativa Complessa (UOC) Sicurezza Prevenzione e Risk Management (SPRM) in collaborazione con il Corso di Specializzazione in Psicoterapia Psicoanalitica SPS. Questo scritto vuole contribuire al dibattito scientifico sulla funzione psicoterapeutica nel contesto ospedaliero, funzione che può essere utile allo sviluppo del contesto organizzativo se interviene sulla competenza a convivere invece che replicare il modello medico della diagnosi o quello della psicopatologia che corregge deficit. La variabilità della malattia oncologica, la fallibilità e la tossicità delle terapie possono mettere in crisi la cultura ospedaliera e rendere problematico il rapporto tra operatori sanitari, pazienti e familiari. L'intervento psicologico ha l'obiettivo di sostenere tale rapporto e di trattare le problematiche relazionali che possono incidere sugli obiettivi dell'organizzazione ospedaliera.

Parole chiave: ospedale; psiconcologia; competenza organizzativa; rischio psicosociale; funzione integrativa.

* Psicoghe cliniche, Specialiste in Psicoterapia Psicoanalitica - Intervento Psicologico Clinico e Analisi della Domanda. Socie fondatrici di Espero - Studio di Psicologia. E-mail: esperostudiodipsicologia@gmail.com

Ceccacci, S., & Possidoni, E. (2020). Sostenere i rapporti in ospedale: L'esperienza di intervento in un reparto di oncologia [Supporting hospital relationships: The experience of intervention in an oncology unit]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 15(2), 81-96. doi:10.14645/RPC.2020.2.773

Premessa

L'intervento resocontato in questo scritto si colloca entro la collaborazione tra l'Unità Operativa Complessa Sicurezza Prevenzione e Risk Management del Presidio Ospedaliero San Filippo Neri¹ e il corso di specializzazione SPS². Il lavoro viene commissionato dalla UOC di Oncologia del SFN alla UOC Prevenzione Sicurezza e Risk Management, che a sua volta propone di attivare due tirocini di specializzazione, svolti da chi scrive.

Nell'articolo si intende trattare la funzione psicologica che si è costruita a partire da un duplice mandato sociale: la valutazione del rischio stress lavoro correlato degli operatori della UOC di Oncologia e l'assistenza di pazienti e familiari che si confrontano con la malattia oncologica. Entrambi i mandati sono caratterizzati da una cultura della diagnosi individualistica: da un lato c'è lo stress dei lavoratori, inteso come condizione individuale; dall'altro il benessere psicologico del paziente oncologico. Se prese nelle loro componenti individuali, le richieste del personale sanitario e dei pazienti oncologici possono diventare infinite. Quale alternativa? In questo contributo il rischio stress lavoro correlato è inteso come l'insieme degli eventi critici che si verificano nel lavoro dell'organizzazione ospedaliera e che creano disfunzioni e problemi di rapporto tra gli operatori sanitari (medici e infermieri) e i loro clienti (pazienti e familiari), rendendo complessa e faticosa l'azione organizzativa e il raggiungimento di obiettivi produttivi.

Questo scritto vuole contribuire al dibattito scientifico sulla funzione psicoterapeutica nel contesto ospedaliero, funzione che corre il rischio di estinguersi se agisce il modello medico della diagnosi o quello della psicoterapia che corregge deficit, ma che può essere utile allo sviluppo del funzionamento organizzativo se interviene sulla competenza a convivere.

Il contesto dell'intervento: Il rischio psicosociale degli operatori sanitari

La UOC Prevenzione Sicurezza e Risk Management nasce dall'ex Servizio Prevenzione Protezione Rischi (SPPR) del San Filippo Neri, con il compito di provvedere all'attività di prevenzione e protezione dai rischi professionali nell'azienda ospedaliera.

A partire dal decreto legislativo 626/94 le finalità dei servizi che si occupano di sicurezza cambiano (Cinalli, 2012). Si cerca di promuovere il passaggio dalla sicurezza vissuta come problema (perché è altro rispetto al processo di produzione) alla sicurezza interpretata come progetto di managerialità. Viene quindi promosso il superamento della scissione tra sicurezza e salute di chi lavora nei servizi e di coloro che a questi servizi si rivolgono. Si pone l'accento sul rischio piuttosto che sul pericolo, quindi diventa oggetto di interesse la percezione soggettiva del pericolo (Atzori, 2012); di conseguenza, si rende necessario non solo informare gli operatori, ma anche formarli affinché possano responsabilmente prendersi cura della propria salute e sicurezza e non semplicemente pretenderla sotto forma di tutela. La salute diventa competenza a vivere in un'organizzazione produttiva (Atzori, 2010).

Oltre ai servizi erogati dai medici, dagli infermieri e dai tecnici della prevenzione, nella UOC SPRM è presente un servizio psicologico che si occupa prevalentemente di valutazione e intervento sul rischio psicosociale.

La valutazione del rischio psicosociale è un'attività che il servizio di psicologia del SPPR ha avviato nel 2008 con l'entrata in vigore del nuovo decreto legislativo sulla sicurezza³ che rende obbligatorio valutare, oltre agli altri rischi, anche il rischio psicosociale. Nell'art. 3 comma 1 dell'Accordo europeo del 2008, lo stress viene considerato come una condizione che può essere accompagnata da disturbi o disfunzioni di natura fisica, psicologica o sociale ed è conseguenza del fatto che taluni individui non si sentono in grado di corrispondere alle richieste o alle aspettative riposte in loro.

Secondo Carli et al. (2012, p. 78) "il rischio psicosociale ha la sua sede di riferimento e di studio entro le relazioni che si sviluppano tra le differenti componenti dell'organizzazione". La dinamica simbolica collusiva che caratterizza le differenti culture locali, entro una specifica organizzazione, può darci informazioni sul rischio psicosociale generato da quella specifica cultura. L'organizzazione, se intesa quale manifestazione

¹ Il presidio ospedaliero San Filippo Neri (SFN) fa parte dell'Azienda Sanitaria Locale (ASL) Roma 1.

² Corso di specializzazione in Psicoterapia Psicoanalitica, Intervento Clinico e Analisi della Domanda.

³ Decreto legislativo 9 aprile 2008, n. 81.

delle dinamiche emozionali collusive presenti entro le strutture sociali, è generata dai processi culturali collusivi entro le strutture stesse. Ciò significa che il rischio psicosociale non fa riferimento a dimensioni “oggettive” di contesto, ma al modo con cui sono condivise, collusivamente, le simbolizzazioni emozionali riferite a specifici eventi della realtà organizzativa.

Tale definizione situa il rischio psicosociale non a livello individuale, ma entro le relazioni collusive che costruiscono le culture locali.

Nell’esperienza del SFN, il servizio psicologico era vissuto – parimenti a quello medico – come una funzione ispettiva, di valutazione, controllo e tutela della salute dei singoli operatori. Se si scindeva il problema del singolo operatore dal suo contesto, la richiesta di consulenza psicologica diventava problematica nella sua dimensione infinita (Atzori, 2010). La proposta sviluppata dal servizio di psicologia è stata quella di occuparsi della valutazione del rischio psicosociale, inteso come discrepanza tra obiettivi del servizio e cultura organizzativa. La disattenzione e il non-orientamento alla domanda del paziente è un sintomo che sta a indicare la presenza di rischio psicosociale, di conflitto tra cultura e obiettivi (Atzori, 2010).

La richiesta di collaborazione da parte della UOC Oncologia si inserisce nell’ambito dell’intervento sul rischio psicosociale avviato da SPPR e SPS nel 2008 (Carli et al., 2012).

In quella ricerca la UOC Oncologia non dimostrava un elevato rischio psicosociale e vennero attivati interventi psicologici in altri servizi ad alto rischio.

Solo nel 2014, nell’ambito di un corso di formazione, è emerso l’interesse a occuparsi del rapporto con pazienti oncologici e familiari.

Per situare tale richiesta entro il contesto storico-culturale in cui avviene, sarà utile ricordare che nel frattempo il San Filippo Neri ha subito due cambiamenti importanti: nel 2015 da azienda è diventato presidio ospedaliero ed è stato annesso alla ASL RME; quest’ultima, dal Gennaio 2016, è stata accorpata alla RMA, costituendo insieme la ASL RM1. Questo cambiamento comporta per molti servizi un cambio dirigenziale e una faticosa ridefinizione di obiettivi e prodotti.

L’UOC Oncologia, quando il SFN era un’azienda ospedaliera, godeva di un’ottima reputazione per le sue qualità di ricerca e specializzazione. Pazienti oncologici sceglievano il prestigioso servizio del SFN anche provenendo da diverse città italiane. Ora che l’ospedale è diventato presidio, i fondi destinati alla ricerca sono diminuiti e i pazienti non scelgono quel contesto, ma spesso arrivano attraverso invii di altri ospedali oppure passando per il pronto soccorso (PS). Questo passaggio ha un’influenza precisa: cambiano il tipo di paziente, la domanda di cura e l’esito del percorso terapeutico. I pazienti che arrivano dal PS sono vissuti come problematici: le domande rivolte all’ospedale vengono vissute come “impertinenti” perché richiamano dimensioni non solo sanitarie, ma anche sociali e culturali (ad esempio l’emarginazione sociale o la migrazione), mettendo in evidenza le difficoltà del servizio a connettersi con il territorio.

In questo nuovo assetto, ad Agosto 2015 il Direttore della UOC di Oncologia ha chiesto un’aspettativa per andare a dirigere un centro di ricerca per tumori ed è stato incaricato al suo posto, in veste di facente funzione, uno degli oncologi della UOC.

Quest’ultimo, all’inizio del 2016 chiede alla UOC Prevenzione Sicurezza e Risk Management l’affiancamento di “psiconcologi” nei diversi servizi della UOC, richiesta che attiva il nostro gruppo di lavoro composto da due tirocinanti del corso di specializzazione “Psicoterapia psicoanalitica, intervento clinico e analisi della domanda - SPS” e la tutor dirigente del servizio di psicologia della UOC SPRM.

L’analisi della richiesta di intervento e le sue componenti culturali: Il modello medico e la psiconcologia

La richiesta di intervento psicologico, da parte del facente funzione di Direttore della UOC Oncologia, era quella di collaborare con “psiconcologi”, con tecnici specializzati che si occupassero degli aspetti intrapsichici del paziente e di formare i medici alla giusta comunicazione con il paziente oncologico. È stato importante riflettere sul senso di tale richiesta, a partire da una lettura del mandato sociale della psiconcologia.

La prospettiva psicosociale in Oncologia si sviluppa negli anni ’50 negli Stati Uniti con la nascita delle prime associazioni di pazienti che hanno subito interventi chirurgici invasivi, necessari per la cura di patologie oncologiche. La finalità di tali associazioni era l’assistenza psicologica del paziente affetto da cancro: si fa ricerca per conoscere la qualità di vita del paziente descrivendone le fasi di adattamento alla patologia, le reazioni ai cambiamenti fisici e funzionali legati ad interventi chirurgici radicali, le principali risposte alla

comunicazione della diagnosi e della prognosi. Contemporaneamente, in Europa il movimento degli hospices inizia a portare l'attenzione sulla qualità della vita e sul controllo dei sintomi nel paziente terminale (www.siponazionale.it).

Negli anni '80 si costituisce, negli Stati Uniti, la International Psycho-oncology Society (IPOS); in Europa la European Society of Psychosocial Oncology.

Interessante notare come, inizialmente, si parlasse di prospettiva psicosociale in oncologia e successivamente sia stata fondata una disciplina specifica, fondendo insieme psicologia e oncologia.

Questo passaggio sembra riflettere il cambiamento della psicologia proprio degli anni '80, ovvero l'adesione acritica al modello medico di cura (Carli & Panizza, 2017) che ha portato l'attenzione sulla psicopatologia e sulla psicoterapia, fondate su una specificità medica e psichiatrica.

Sul sito della SIPO – Società Italiana di PsicoOncologia – si afferma che scopo della disciplina psiconcologica è l'impegno affinché ogni dimensione della malattia oncologica, e in particolare gli aspetti psicologici, sociali e spirituali, siano tenuti nella dovuta considerazione. Questo per garantire ai malati ed ai loro familiari un'assistenza più attenta e una migliore qualità di vita durante tutto il percorso di malattia. Le linee guida della SIPO definiscono il cancro come una “prova esistenziale sconvolgente” e dichiarano che l'obiettivo principale della psiconcologia è il miglioramento della qualità della vita del paziente e la limitazione del rischio che le possibili condizioni di sofferenza psicosociale o lo sviluppo di quadri psicopatologici condizionino la sua esistenza futura. Si fa riferimento alla capacità di adattamento alla malattia e ai trattamenti clinici da parte del paziente, alla necessità di una presa in carico individualizzata che intervenga attraverso la rilevazione precoce delle dimensioni psicosociali (screening del disagio emozionale, rilevazione dei bisogni del paziente e della sua qualità di vita) per individuare le persone che necessitano di interventi mirati e l'attivazione di percorsi psiconcologici di prevenzione, cura e riabilitazione del disagio emozionale. Il presupposto che fonda l'intervento in psiconcologia è il disagio psicologico dato dalla situazione “traumatizzante” della malattia. Si fa riferimento a due concetti psicologici, in particolare: il concetto di “crisi” considerato come “momento di cambiamento” e quello di “strategie di adattamento” o coping (www.siponazionale.it).

Da un'esplorazione della letteratura colpisce l'attenzione alle componenti intrapsichiche del paziente, alla valutazione e alla diagnosi delle sue risposte nei confronti degli eventi stressanti causati dalla malattia.

Anche qui viene da chiedersi, come nel paragrafo precedente, se lo stress sia una condizione individuale o se è un vissuto collocabile entro rapporti e contesti.

Uno dei campi di intervento della psiconcologia è la comunicazione della diagnosi, della recidiva, della transazione alle cure palliative o alla fase terminale di malattia. La SIPO afferma che la comunicazione viene intesa non come un “atto unico”, ma come un processo che si svolge nel tempo e che va adattato alle singole situazioni. Baile e Costantini (2013) fanno riferimento alla medicina centrata sul paziente e dichiarano che in Oncologia i pazienti hanno il diritto di essere informati e di partecipare al processo decisionale; affermano inoltre che per poter fornire questo tipo di cura, i medici devono avere competenze comunicative e interpersonali e devono essere consapevoli delle loro abilità comunicative verbali e non verbali. La comunicazione è intesa come un insieme di comportamenti che possono essere osservati, registrati, codificati, misurati e insegnati. Si chiede al medico una specifica formazione sulle *communication skills*, protocolli specifici che facilitino il dialogo e l'ascolto con lo scopo di cogliere i bisogni e le richieste del paziente. È il caso del protocollo SPIKES (Buckman, 1992), una guida per orientarsi in una conversazione entro la quale il medico deve comunicare le “cattive notizie”.

Riprendiamo un punto interessante: la valutazione delle risposte allo stress, la diagnosi del disagio psicologico e l'utilizzo di protocolli per intervenire sul paziente sembrano, ancora una volta, fare riferimento al modello medico di diagnosi e cura. Modello che funziona sul presupposto che il contesto sia invariante e che le tecniche possano riprodursi indipendentemente da esso.

La pretesa di invarianza sembra però non funzionare nell'esperienza clinica: nella letteratura esaminata emergono due problemi.

Il primo è la costante oscillazione dei medici (ma potremmo dire anche degli psicologi) tra il “desiderio di avvicinamento” al paziente, cioè la partecipazione emozionale alla relazione terapeutica, e il “rifugio nel tecnicismo” come difesa dalle componenti angoscianti e frustranti evocate dalla malattia oncologica.

Il secondo problema può essere così sintetizzato: si teme che gli oncologi possano vivere l'intervento dello psiconcologo come evento che toglie “centralità” al loro ruolo. I medici, inoltre, si sentono chiamati a formarsi

su tecniche psicologiche distanti da ciò che pensano debbano essere le loro competenze. Non trattare questo vissuto di costrizione da parte dei medici, mette a rischio il rapporto medico-psicologo.

E ancora, si rischia di istituire conflitti di potere con i medici, se gli psicologi si appiattiscono sulla psicopatologia e sulla psichiatria; se, in altre parole, agiscono acriticamente la cultura medicalizzante del contesto ospedaliero.

Diagnosi e protocolli sembrano strumenti usati come garanzia di scientificità della prassi psicologica e non permettono di cogliere il nesso esistente tra disagio vissuto dal paziente e modelli culturali del contesto entro il quale tale disagio viene “agito” (Carli, 2017). Cogliere questo nesso è ciò che chiamiamo competenza organizzativa, ovvero la capacità di “leggere e capire il contesto in cui ci si trova e a collocarsi utilmente e realisticamente al suo interno” (Carli, Paniccia, & Salvatore, 1995, p. 63). La competenza organizzativa implica, in altri termini, la capacità di svolgere una funzione entro un contesto produttivo a partire dalla comprensione dell’emozionalità che organizza il rapporto con i clienti interni ed esterni dell’organizzazione (Bisogni & Pirrotta, 2018).

Torniamo al reparto di Oncologia del SFN.

La richiesta di “psiconcologi” non bastava a definire le questioni problematiche sulle quali avremmo potuto intervenire. Non colludere con la fantasia di un esperto “che sa” a prescindere dal contesto, ci ha permesso di proporre un’iniziale esplorazione dei servizi della UOC Oncologia con l’obiettivo di cogliere e trattare le domande che sarebbero emerse. Per quanto concerne la richiesta di un tecnico della comunicazione che correggesse gli errori della comunicazione tra medico e paziente, si è fatta l’ipotesi che si stesse parlando non di un deficit individuale, quanto di una difficoltà di rapporto con pazienti e familiari che si confrontano con una malattia difficile e a volte incurabile.

La difficoltà a comunicare è stata interpretata come la difficoltà a stare in rapporto con pazienti e familiari che portano questioni “impertinenti”, cioè non di pertinenza clinica e organica, quali ad esempio i vissuti in rapporto alla malattia oncologica.

L’alternativa all’agito della cultura tecnica è rappresentata dal recupero della soggettività del medico e del paziente, tenendo l’attenzione sulle problematiche che emergono a partire dalla loro interazione.

Per recupero della soggettività del paziente intendiamo il processo di categorizzazione soggettiva di se stesso come malato, che il paradigma sanitario non riconosce. Il filosofo francese Canguilhem (1966/1998) afferma che la diagnosi non definisce il ruolo di malato, ma che è la persona, con la sua soggettività, a istituire il proprio *status* di malato. Solo dopo che la persona “si fa malato”, il medico interviene, con diagnosi, prognosi e terapia. La soggettività della persona che si rapporta al contesto sanitario viene subito controllata e addomesticata attraverso rituali che inducono alla regressione, alla spersonalizzazione, alla dipendenza e alla passività del malato (Carli, 2012). Ad esempio, “nell’ospedalizzazione le persone vengono rese obbedienti e passive, al fine di ottenere una completa remissività del paziente verso tutte le azioni messe in atto, nei suoi confronti, da parte del personale sanitario” (Carli, 2012, p. 3).

Sono le regole del gioco della convivenza ospedaliera: pazienti, familiari e personale sanitario sanno che le procedure, anche se poco umane, sono necessarie per il “bene del paziente”. Ma cosa accade quando tale accordo fallisce? La variabilità della malattia oncologica, la prognosi spesso infausta, la fallibilità e la tossicità delle terapie sono eventi critici che non permettono a medico e paziente di costruire un rapporto di affidabilità e dipendenza. L’alleanza medico-paziente, fondata sulla simbolizzazione nemica della malattia, implica una negazione del rapporto che il malato intrattiene con la sua malattia, ma anche del rapporto che il medico intrattiene con la malattia del malato (Fornari, 1976).

In Oncologia il rischio di fallimenti collusivi è alto perché “a vincere” spesso è il nemico e l’alleanza basata sulla simbolizzazione nemica della malattia può non reggere. L’oncologo rimane privo di strumenti relazionali e la comunicazione della diagnosi o della progressione di malattia diventa un’operazione difficile.

Questo fallimento collusivo ci sembra il problema che motiva la richiesta di una funzione psicologica nella UOC Oncologia. Funzione che può essere di due tipi. Carli e Paniccia (2002) chiamano “funzione sostitutiva” l’utilizzo di una tecnica fondata su un potere elevato, autonoma, assunta indipendentemente dal prodotto che si intende raggiungere. La funzione sostitutiva implica una forte asimmetria nel potere decisionale e una delega completa della realizzazione del prodotto. Ma, come dicevamo prima, la delega totale all’ospedale è impossibile per il paziente oncologico, il quale non riesce ad affidarsi e a dipendere, richiamando il personale sanitario a un rapporto da ridefinire insieme. È in questa messa in discussione della funzione sostitutiva

dell'ospedale che diventa utile la costruzione di una "funzione integrativa", un intervento che vuole contribuire al raggiungimento degli obiettivi propri dell'organizzazione stessa, senza assumerne il monopolio sostitutivo (Carli & Paniccia, 2002). Funzione sostitutiva e funzione integrativa non sono una condizione stabilita una volta per tutte, ma due poli entro i quali l'intervento psicologico clinico oscilla.

La proposta di intervento: La costruzione di una funzione psicologica a partire dall'esplorazione delle domande incontrate nel Reparto

Alla luce dell'analisi della domanda del facente funzione di Direttore della UOC Oncologia, si è proposto di costruire la funzione degli psicologi richiesti a partire da una esplorazione delle domande incontrate nel Reparto. Nel presente paragrafo, si tratterà l'intervento di esplorazione del contesto e della costruzione di una funzione psicologica a partire dalle domande incontrate. Seguirà un evento critico che ha portato a ridefinire il progetto e gli obiettivi della collaborazione. Infine verrà trattata la resocontazione come metodo e strumento di verifica dell'intervento.

L'esplorazione delle domande quale ancoraggio per la costruzione della funzione psicologica nell'UOC di Oncologia

L'intervento di cui resocontiamo è durato due anni, durante i quali abbiamo affiancato sul campo gli operatori sanitari in alcune delle attività svolte con i pazienti nei tre servizi della UOC: Reparto, Ambulatorio e Day Hospital oncologico⁴.

Come abbiamo già detto, la malattia oncologica fa fallire la cultura medica della guarigione. Il personale della UOC Oncologia è esposto al rischio psicosociale, generato dalle difficoltà relazionali che possono sorgere con i pazienti e i loro familiari in ragione di tale fallimento.

Proporre una funzione di pensiero su tali vissuti è stato complesso. Ci è capitato di sentirci come i pazienti ricoverati che, nella solitudine della loro stanza, chiedono di stare in rapporto attraverso domande ripetitive e richieste "banali", vissute dagli operatori come "perdite di tempo". I medici sembravano scappare dal Reparto e spesso anche dal rapporto con noi, mentre gli infermieri sembravano più interessati a parlarci. Abbiamo visto tale disponibilità come una prima risorsa da utilizzare. Tra un caffè e una terapia, gli infermieri ci raccontavano del disagio che vivevano nel Reparto: il rapporto problematico con l'esperienza della morte e quello conflittuale con i familiari dei pazienti che spesso li "incolpano" di inadempienze, la relazione con i medici sfuggenti, il vissuto di svilimento della professione infermieristica in reparti in cui il paziente deve essere assistito nei bisogni primari.

Il contesto di questi colloqui era il corridoio del Reparto dove, insieme agli infermieri, incontravamo i familiari dei pazienti e gli stessi pazienti. Qui abbiamo incontrato questioni interessanti, non visibili o non viste, in altri contesti. Incontravamo persone interessate a parlare di quello che stava accadendo loro. Parlare con noi ha voluto dire per queste persone essere viste nella propria soggettività. Una soggettività che la cultura ospedaliera tende ad espellere.

Inizialmente, il facente funzione di Direttore pensava che in Reparto "non ci fosse nulla da fare" e che non fosse utile la presenza di uno psicologo, richiesta invece per l'Ambulatorio e il Day Hospital. Questa inutilità parlava di un vissuto di impotenza nei confronti della malattia terminale e di una difficoltà a trattare la soggettività dei pazienti e dei familiari. Le richieste di rapporto che i pazienti portavano, erano vissute come impertinenti, esulavano, apparentemente, dalla competenza medica e tecnica che gli operatori attendono di esercitare.

⁴ Della proposta di intervento ha fatto parte anche un corso di formazione per gli operatori sanitari, che è consistito in un ciclo di incontri di discussione di casi problematici incontrati durante l'attività lavorativa, che sono stati ripensati alla luce delle questioni emerse nel rapporto tra il personale sanitario, i pazienti e le loro famiglie. In questa sede orienteremo l'attenzione alle attività di affiancamento nei servizi della UOC.

Abbiamo ipotizzato che l'impotenza evocata dal reparto oncologico derivasse da una specifica cultura ospedaliera (Carli & Paniccia, 2011), ossia dall'insieme delle modalità relazionali giocate, in ospedale, nei confronti della fallibilità della cura e della possibile morte del paziente.

Da una ricerca sui modelli culturali del personale ospedaliero (Carli et al., 2016) in riferimento al rapporto tra utenti e sistema sanitario, si parla del malato terminale e del bambino prematuro.

Casi paradigmatici del dilemma proprio dell'intervento medico; un dilemma caratterizzato dalle polarità della vita e della morte. Il malato terminale simbolizza la vita che si avvia inesorabilmente verso la non esistenza; il prematuro simbolizza una non-esistenza che si avvia verso la vita. Nel primo caso la vita sconfina nella morte; nel secondo, la non-esistenza intrauterina sconfina nella maturazione vitale. Si tratta di due modi "estremi" di simbolizzazione emozionale del paziente ospedaliero. Di due dimensioni simboliche ove l'espulsione del paziente è agita quando la medicina si vive come impotente nella sua funzione di far tornare alla vita-guarigione; mentre il trattenere chi non ha completato il ciclo maturativo che porta alla vita è agito quando la medicina può mettere in atto iniziative che consentono la maturazione e danno la vita. Emerge la fantasia "onnipotente" che attraversa la cultura medica ospedaliera, fondata sulla contrapposizione tra il dare la vita al paziente e il non accettare la sconfitta della morte (Carli et al., 2016).

Espellere l'idea della morte e del morente riguarda non solo il contesto ospedaliero, ma è una cultura fondante la società contemporanea.

Norbert Elias (1985) parla della separazione tra morenti e viventi generata dalla condizione di infermità: l'esclusione dalla comunità umana, il progressivo raffreddamento dei legami affettivi, il distacco da coloro che hanno dato senso e sicurezza alla loro vita. L'autore parla di "rimozione" della morte sia a livello individuale che sociale. Come afferma anche Edgar Morin (1951), nel 1900 l'avvento di chemioterapia, insulina e penicillina ha comportato lo sviluppo delle moderne terapie, permettendo di affrontare malattie che per lungo tempo erano risultate molto gravi e spesso mortali.

Philippe Ariès (1975) rileva il cambiamento di rappresentazione della morte nella cultura occidentale, dal medioevo all'epoca contemporanea. Durante il primo medioevo, la morte era un evento familiare, annunciato e vissuto "nel proprio letto", che vedeva il morente come il protagonista di rituali pubblici a cui partecipava l'intera comunità e aventi lo scopo di addomesticare la paura della morte. Dal XIX secolo, la morte diventa un tabù, Ariès parla di "morte proibita", il malato è affare dell'equipe medica e gli ospedali si occupano di togliere dalla famiglia e dalla società l'imbarazzante presenza della morte. Come dice Elias, la reticenza e l'assenza di spontaneità nell'esprimere compassione (dal latino *cum-con* e *patior-passione*: partecipare all'altrui dolore) si manifestano nelle occasioni che richiedono l'espressione di una forte partecipazione emozionale, senza perdere l'autocontrollo. Se prima le formule e i riti convenzionali offrivano copioni emozionali utili a gestire l'emozionalità, oggi si fa fatica a recuperare la tradizione sociale perché vissuta come distante e obsoleta. Mancano nuovi rituali che permettano di pensare la morte e di avvicinarla, l'alternativa è il vissuto di *homo clausus*, l'uomo che, in quanto monade isolata, si aspetta di avere un senso per sé stesso, individualmente.

Non agire acriticamente la cultura della rimozione e dell'espulsione del paziente terminale, è l'obiettivo e il prodotto dell'intervento psicologico nel reparto di Oncologia.

Riportiamo ora il resoconto di un caso vissuto come critico, per la risonanza che ha avuto tra gli operatori del Reparto.

Il letto 2, la signora E.⁵

E. è una donna sulla sessantina con diagnosi di tumore alla mammella e metastasi ossee, in cura presso il SFN da circa 5 anni.

La incontro per la prima volta in Reparto, dopo un ricovero in Pronto Soccorso, al quale arriva a causa di un problema respiratorio. L'oncologo del Reparto mi aveva proposto di parlare con E. perché gli sembrava una persona "molto dolce", una signora sola che ha dedicato tutta la vita alla scuola e ai suoi alunni. Il medico parla di un forte senso di colpa che E. prova e comunica, dovuto all'aver lasciato il lavoro a causa della malattia.

⁵ A cura di Sara Ceccacci, tirocinante che ha lavorato nel Reparto della U.O.C. Oncologia del presidio ospedaliero SFN. Nel caso si parla in prima persona per rendere comprensibile l'intervento.

Quando entro nella stanza, E. non è sdraiata a letto con fare dimesso, ma parla criticamente dei problemi riscontrati in Ospedale; parla del suo lavoro con soddisfazione.

Dopo due settimane, un oncologo, frettolosamente, mi dice che “stava pensando proprio a me” perché la signora “del letto 2” sta male e non fa altro che piangere.

Mi chiede di parlarle. Provo a capire meglio cosa mi stia dicendo, ma ha troppa fretta, mi saluta.

Mi avvio verso l'ingresso, ma vengo fermata da un'infermiera. Mi racconta del turno appena concluso: la paziente del letto 2 l'ha chiamata diverse volte, con i pretesti più disparati, per parlare e confidarsi con lei. L'infermiera dice che “la signora ne ha tanto bisogno” e sembra preoccupata dalle infinite richieste di tempo e di rapporto. “Io posso parlarle 5 minuti, ma poi devo tornare al lavoro!”.

Le rimando che accogliere le richieste dei pazienti che sembrano esulare dalle procedure infermieristiche può essere un'operazione utile se non viene vissuta come altro dal proprio lavoro, fuori contesto.

Subito dopo, mi ferma un secondo oncologo: la signora “è impazzita” da quando ha saputo che la malattia è in progressione, o meglio da quando, durante l'ultimo ricovero, le hanno consegnato una lettera di dimissioni con un'errata diagnosi di metastasi polmonari che, in seguito, sono state identificate come tracce di polmonite. “Le abbiamo detto che era un errore, ma quella si è fissata”. Mi chiede di convincerla. Inizio a dubitare che non la stiano raccontando giusta neanche a me, in altri termini vengo presa dalla stessa diffidenza della paziente. Penso anche all'efficienza organizzativa come possibile contenitore delle angosce del paziente, e agli effetti di un'errata diagnosi.

Nessuno sembra avere tempo sufficiente per la paziente, l'emotività evocata sembra essere poco tollerata dal personale sanitario che chiede alla psicologa di occuparsene. L'unico intervento possibile sembrerebbe l'attivazione di una funzione sostitutiva.

Quando entro nella stanza capisco che si tratta di E. Non appena ci riconosciamo, scoppia a piangere, chiede se ricordo come stava bene prima; ora è tutto cambiato, “è uscita fuori di testa”, grida più volte “aiutatemi!”.

Il pianto e la voce di E. sembrano quelli di una bambina, è inconsolabile; qualsiasi tentativo di dare senso a quello che le sta accadendo sembra fallire.

Da quando ha letto la lettera di dimissioni, la parola “metastasi” le rimbomba nella testa; ha paura dei cambiamenti, sente di perdere il controllo sulla sua vita. La radioterapista le ha comunicato che potrebbe rimanere paralizzata: ha il terrore che questo possa accadere mentre sta sull'autobus o sul treno per venire in ospedale, teme di rimanere chiusa in casa a vita, come sua madre. Quest'ultima, disabile, è stata accudita da E. per oltre trent'anni, da quando il padre è morto. “Casa mia sta cadendo a pezzi e io sto dando tanti dispiaceri a mio fratello, se vede che piango mi rimprovera!”. Il fratello si è trasferito nella casa materna in seguito alle ultime dimissioni di E. e al suo timore di rimanere sola. Recrimina di essere stata sempre una persona presuntuosa, ha sempre pensato agli altri per non pensare a se stessa, cercando di mantenere il controllo su tutto.

È stata ricoverata perché lamenta dolore agli arti, non cammina bene, ha una forte oppressione al petto. Durante il ricovero “l'hanno rigirata come un calzino”, ma non hanno trovato nulla di nuovo. “Mi dicono che è solo agitazione, sono depressa!”. Dice che nessuno le crede e che la vogliono dimettere nuovamente, mentre lei sta male. Scopro più tardi che gli oncologi hanno richiesto una consulenza psichiatrica che ha esitato nella diagnosi di disturbo depressivo e d'ansia.

Arriva il fratello di E., lo penso come risorsa nel rapporto con la paziente. Per qualche minuto sento di colludere con la fantasia di convincerla, insieme al fratello proviamo a reinserire dati di realtà nei suoi discorsi; ma E. sembra fermamente convinta della possibilità di perdere il controllo dopo cinque anni di rapporto apparentemente stoico con la malattia. Il fratello ricorda che, al momento della prima diagnosi, E. ha avuto una prima crisi, contenuta con una terapia farmacologica e con una psicoterapia interrotta a causa della sua presunzione di farcela da sola.

Rimango con loro per un'ora e mezza. Intravedo come primo prodotto la possibilità di mettere insieme alcuni pezzi della vita di E. contestualizzando la deriva che sembra aver preso entro l'onnipotenza del farcela da sola. Faccio fatica a concludere l'incontro: quel pianto disperato mi tiene agganciata, sento di non poterla lasciare sola. Sento di poter colludere con E. in una sorta di delirio angoscioso, quindi penso sia utile pianificare un intervento che comunichi il mio impegno con la donna e la aiuti ad avere a fiducia nelle sue risorse: rimando a E. la possibilità di rincontrarci in Reparto e, qualora la dimettano, di prendere un appuntamento durante i giorni in cui lavoro lì.

Ripenso ai medici e agli infermieri che parlavano della paziente e al mio intervento volto ad una sorta di riparazione di un danno. Come loro stessi dicono, stare in rapporto con Oncologia equivale a ricevere una sentenza: dire tumore è come dire “tu muori”.

Quando il paziente oncologico porta al servizio ogni tipo di richiesta (dalla consulenza psicologica alla ricetta per una visita odontoiatrica) i medici si lamentano, ma non riescono a mettere limiti. È sintomatico, nel personale sanitario, il delegare la paziente alla psicologa quale modalità volta a non guardare criticamente alla propria prassi e al contempo prendere le distanze da emozioni angoscianti.

Eventi critici come il caso di E. ci hanno consentito di mettere a sistema una collaborazione con gli oncologi e gli infermieri, accordandoci sulla possibilità di inviarci i pazienti più problematici, nell’idea di un confronto con loro, a valle dei nostri incontri con i pazienti stessi. Questa modalità è stata utile nel costruire un metodo di lavoro volto a sospendere e pensare l’azione organizzativa.

Un evento critico, una risorsa per progettare

Dopo un anno di intervento, la dirigenza della UOC cambia nuovamente; l’evento richiede una ricondivisione degli obiettivi di noi psicologhe con Oncologia.

Intervistiamo il Direttore con l’obiettivo di esplorare le sue aspettative nei confronti della funzione psicologica costruita fino a quel momento.

In questi incontri di committenza, ci concentriamo sulla complessità insita nella decisione, da parte degli oncologi, di programmare il passaggio del paziente in assistenza domiciliare o in Hospice. Spesso, l’invio a un altro servizio viene vissuto dal paziente e dal familiare come un violento allontanamento, un abbandono. Il Direttore sembra avere un unico problema: l’inefficienza delle strutture a cui si inviano i pazienti terminali, costringono l’ospedale e i pazienti ad attendere molti giorni, a volte anche settimane, prima di una valutazione dell’invio e una conseguente accettazione del paziente da parte delle strutture stesse. Nel frattempo, i pazienti rimangono in ospedale (alcuni passano qui i loro ultimi giorni); ricordiamo che l’ospedale non ha competenza a trattare le problematiche associate all’evento che chiamiamo fine vita. Questi ricoveri vengono vissuti come inutili e costosi: le famiglie diventano “intrattabili” e il servizio si sente un “lazzaretto”.

Tali vissuti prendono il sopravvento in assenza di un pensiero sull’utilità delle azioni che medici e infermieri, in modo anche competente, ma implicito, svolgono.

Lavorando nei servizi della UOC abbiamo sperimentato che comunicare la progressione della malattia, orientare pazienti e familiari verso altri servizi e accompagnarli in tale percorso, non agire violentemente il vissuto di “fine cura” (che ineluttabilmente comunica: “non c’è più niente da fare quindi il paziente non è più di mia competenza”), comporta il farsi carico di un rapporto che altrimenti diventa “intrattabile” tanto quanto la malattia terminale.

Negli incontri con il Direttore, abbiamo potuto vedere assieme che le famiglie considerate dal personale sanitario come “intrattabili”, lo sono perché angosciate dalla morte imminente di un proprio caro (qui aggiungiamo: e da un servizio che non le aiuta a riorganizzare quanto sta accadendo) e da un invio in Hospice che può evocare senso di colpa perché fantasticato come abbandono in un luogo diverso dalle mura domestiche, lontano dall’affetto dei familiari. L’angoscia dei familiari è la stessa che viene provata e agita dagli oncologi, i quali, assieme al vissuto abbandonico, sentono critico il non potersi più occupare del paziente a livello clinico.

Si può pensare al senso di colpa quale conseguenza del fallimento dell’onnipotenza, sia del familiare che si occupa con tutte le sue forze del paziente, a volte anche oltre i propri limiti, sia del medico che fatica a interrompere i trattamenti “attivi”, anche quando questi sono inutili e penosi.

A questo proposito, è stato resocontato al Direttore il caso di A., un paziente di 60 anni con diagnosi di tumore polmonare e metastasi cerebrali, fuori trattamento e in attesa dell’invio in Hospice.

A. è un ex militare, entrato in rapporto con la UOC di Oncologia a seguito di una crisi epilettica generata dalle metastasi cerebrali; evento che ha avviato una serie di accertamenti, la diagnosi e il ricovero in Reparto per le prime somministrazioni di radio e chemioterapia. Durante il primo ricovero, A. mantiene l’autocontrollo, non si lascia andare alla passività e alla dipendenza, abbandonando se stesso alle cure accettate acriticamente. È piacevole parlare con lui del suo lavoro, dei suoi interessi musicali (minimizza la sua malattia dicendo che “per il momento” ha messo da parte la chitarra a causa di una difficoltà motoria della mano), ci tiene a parlare del

suo “essere addestrato” agli imprevisti. Parlando della guerra in Kosovo, evochiamo la confusione tra amico e nemico, simile all’azione della chemioterapia che distrugge le cellule buone e quelle nemiche. “L’alieno deve essere eliminato”, dice.

A maggio torna in Reparto dopo una seconda crisi epilettica, completamente cambiato. È difficile seguirlo nei suoi discorsi, fitte associazioni di nomi di pittori, cantanti e film che sembrano gli ultimi baluardi della sua resistenza. La sua famiglia è tutta intorno a lui: la moglie gli offre di continuo acqua e cibo e il figlio gli propone l’ascolto della sua musica preferita, mentre lui guarda la televisione ignorandoli e cercando interlocutori esterni. La malattia è avanzata velocemente, le condizioni del paziente non permettono ulteriori trattamenti e viene richiesto l’invio in Hospice. Una di noi propone un momento di confronto alla sua famiglia, angosciata dalla rapida evoluzione della malattia e dai dolorosi e imprevedibili sintomi che comporterà. La moglie del paziente racconta di mesi difficili e impegnativi in cui spesso, da sola, ha fronteggiato il decadimento fisico e cognitivo del marito. I fornelli del gas e i rubinetti lasciati aperti, le improvvise cadute, i malori, gli elettrodomestici smontati, l’hanno portata a seguire e controllare ogni movimento di A., che la provocava smettendo di mangiare e minacciandola di suicidarsi, andando a schiantarsi da qualche parte con la macchina. La preoccupazione della signora verso la progressiva non autosufficienza del marito ha organizzato sempre di più il loro rapporto intorno alla dipendenza e alla reattività. I viaggi e lo scambio intellettuale che rendevano vivace il loro rapporto sono ora negati, lasciando spazio al senso di colpa e al tormento di aver fatto o meno “la cosa giusta”. La psicologa interviene per rassicurare la signora, proponendo un pensiero sui limiti che l’evento-malattia evoca: la signora si è adoperata attivamente col marito, ha fatto quanto era in suo potere per affrontare una situazione drammatica, difficile da trattare.

In questo caso l’Hospice sembra un’alternativa al faticoso ruolo di persecutore che la signora sembra aver assunto nel rapporto; il servizio si può occupare della somministrazione delle cure, che A. rifiuta se offerte da parte dei suoi cari, mentre sembra chiedere loro di stare insieme recuperando aspetti per lui piacevoli e interessanti. Alla fine dell’incontro, la signora dice che lo scambio le è stato utile, soprattutto perché si sente “meno in colpa” pensando all’Hospice.

Esplorare e pensare le emozioni evocate dal fine vita e dall’Hospice può significare prendersi cura del rapporto tra medici, infermieri e famiglie; differentemente, se si agiscono fantasie legate al “non c’è più nulla da fare”, si evoca abbandono, angoscia, aggressività.

Questo caso è esemplificativo della funzione psicologica utile alla prosecuzione del progetto. Il Direttore, interessato al resoconto del caso, coglie le questioni che il resoconto stesso solleva: i medici provano “imbarazzo” nel rapporto con i pazienti, soprattutto quando si parla di questioni emozionalmente rilevanti, come la comunicazione della diagnosi e della fine dei trattamenti terapeutici. Sembra riconoscere l’utilità dell’intervento resocontato e valorizza la funzione delle tirocinanti.

L’incontro con il Direttore ha consentito di progettare un intervento delle psicologhe, focalizzando l’attenzione sulle difficoltà che si possono acuire in due particolari fasi del percorso terapeutico: quando il paziente entra in rapporto con la UOC Oncologia per la prima volta e viene avviato il processo diagnostico-terapeutico; quando è presente uno stato di malattia non suscettibile di terapia attiva (terapia palliativa e di fine vita).

Nella fase iniziale, il personale sanitario comunica la diagnosi e il conseguente trattamento terapeutico al paziente e ai suoi familiari. Le componenti emozionali e soggettive irrompono nel rapporto operatore-paziente, poiché ci si confronta sin dall’inizio con la tossicità e la fallibilità della cura oncologica. L’alleanza operatore-paziente per combattere la malattia, centrale nella presa in carico del malato da parte del sistema sanitario, è difficile da costruire.

Nella seconda fase, il vissuto di impotenza irrompe fortemente con l’aggravarsi della malattia e il suo dichiararsi non guaribile. In Oncologia il passaggio alla cura del fine vita confronta, più di altri, con il riconoscere i propri limiti terapeutici, limiti all’onnipotenza che il personale sanitario può associare alla propria competenza a “guarire” il paziente dalla malattia.

Lo sviluppo del progetto di intervento ha permesso di concordare col personale alcuni dispositivi di collaborazione.

Ad esempio, in Ambulatorio l’accompagnamento dopo la prima visita da parte della psicologa nella stanza dell’accettazione infermieristica per prendere gli appuntamenti successivi e rifare il punto sulle procedure da effettuare, ha consentito di orientare maggiormente le famiglie nel rapporto col servizio. In Reparto, il supporto della psicologa nella comunicazione di progressione di malattia o di invio in Hospice ha attenuato la violenza nel rapporto tra operatori e pazienti in fase terminale, consentendo l’elaborazione di vissuti di angoscia, colpa

e impotenza da entrambe le parti. Questi dispositivi hanno permesso l'intercettazione di molte situazioni problematiche di rapporto tra la struttura, i pazienti e le loro famiglie.

La verifica dell'intervento: La resocontazione e il test di Rosenzweig

L'obiettivo metodologico che ha orientato il lavoro è stato il passaggio da una funzione sostitutiva (la delega allo psicologo nella comunicazione tra pazienti, familiari e operatori) a una funzione integrativa (l'intermediazione simbolica tra operatori e pazienti e la costruzione di un pensiero sull'esperienza lavorativa); dalla richiesta di un intervento psicologico "correttivo" a una collaborazione funzionale allo sviluppo di rapporti più coerenti con gli obiettivi organizzativi.

Gli indicatori connessi agli obiettivi ora enunciati sono: le richieste di collaborazione da parte degli operatori; l'utilizzo delle schede sull'interazione paziente-operatori entro le riunioni d'equipe; l'analisi delle risposte alla frustrazione da parte degli oncologi attraverso il Picture Frustration Test (PFT) di Rosenzweig (1947).

Richieste di collaborazione da parte degli operatori

Uno dei prodotti dell'intervento psicologico nella UOC di Oncologia è stato l'aumento delle richieste di collaborazione da parte degli operatori e la possibilità di ripensare all'intervento svolto da operatori e psicologhe, congiuntamente. Inizialmente le richieste riguardavano la delega del trattamento dei disturbi individuali dei pazienti (ansia, depressione, non *compliance*). Il lavoro è stato quello di contestualizzare il problema del singolo paziente entro i rapporti nei quali si esprimeva. Questa proposta ha permesso di guardare ai pazienti "difficili" come portatori di problemi situabili entro il contesto delle relazioni nel Reparto, problemi nei confronti dei quali era possibile un intervento delle psicologhe. Nel tempo, le richieste di intervento hanno riguardato sempre di più situazioni problematiche, eventi critici, casi di rapporto difficile tra pazienti, familiari e operatori.

Riportiamo un esempio.

Gli oncologi del Reparto riferiscono alla psicologa che, a seguito della proposta di dimissioni avanzata dal Direttore, la moglie di un paziente rivendica con rabbia la sua presa in carico. La signora pretende, aggressivamente, che si faccia tutto il possibile per il marito. La psicologa parla con lei ed esplora il suo vissuto abbandonico. La signora è consapevole del fatto che, per il marito, non c'è più nulla da fare ma al contempo pretende che le cure non vengano interrotte, che i tentativi di cura proseguano. Durante lo scambio si riformula il problema: le terapie attive sono state sospese perché insostenibili per il paziente, ma le terapie di supporto, fondamentali in questa fase, proseguono. Si parla dell'utilità dell'Hospice, una struttura che ha competenze specifiche per la fase in cui si trova il paziente e che può rispondere maggiormente ai suoi bisogni. La signora dice che è contenta di sapere questo, lei vuole che il marito non soffra e che possa stargli accanto fino alla fine. Dice di sapere che perderà presto il marito e che deve rassegnarsi, ma allo stesso tempo vuole essere sicura che non verranno abbandonati. Dopo questo incontro, la psicologa ha modo di confrontarsi, parlando con l'oncologo che aveva visitato il paziente, sulla paura che la progressione della malattia e il passaggio da Ospedale a Hospice evoca in pazienti e familiari.

Utilizzo delle schede sull'interazione paziente-operatori

Il Direttore era interessato a tenere traccia dell'intervento attraverso dei prodotti tangibili. La resocontazione del lavoro svolto e dei suoi prodotti è sembrato uno strumento utile a condividere con gli operatori il senso del nostro intervento e a ripensare la prassi organizzativa. Le schede sull'interazione paziente-operatori, scritte sia durante che dopo i singoli turni di affiancamento, hanno consentito di tenere traccia dell'intervento realizzato in collaborazione con gli operatori sanitari, e allo stesso tempo di dividerlo con chi non fosse presente.

Le schede sono state suddivise in due paragrafi: il primo dedicato agli eventi critici trattati, e l'altro allo sviluppo del rapporto col servizio. Il focus è quindi diretto a individuare criticità nel rapporto tra la UOC e i

pazienti con i loro familiari. L'intervento psicologico mira allo sviluppo di questo rapporto, attenuandone le problematiche, i vissuti di impotenza, frustrazione e aggressività. L'utilizzo delle schede ha permesso di descrivere sinteticamente e di precisare il metodo di lavoro, di dividerlo con l'equipe. Le schede di interazione paziente-operatori sono state utilizzate come strumento di confronto durante le riunioni organizzative, tenute con cadenza mensile. I casi presentati sono stati letti e discussi assieme al Direttore, oncologi e coordinatrici infermieristiche. Gli obiettivi erano duplici: sospendere l'azione organizzativa e parlare insieme delle criticità di rapporto incontrate durante i turni in Ambulatorio e in Reparto per condividere vissuti e strategie di lavoro comuni.

Un altro caso.

Durante un incontro, è stato discusso il caso di un paziente e della sua famiglia, angosciati dal ricovero in Reparto e preoccupati per la lunga attesa che era intercorsa dalla prima visita in ambulatorio. Si sentivano amareggiati perché nessuno si stava occupando di loro, come se aspettassero, impotenti. I medici, dal canto loro, avevano ben presente il paziente e stavano lavorando attentamente sulle scelte terapeutiche. In quel caso, la psicologia si è occupata di recuperare la relazione con il paziente e la sua famiglia, informandoli della situazione; si è anche attivata per dare informazioni sull'organizzazione del servizio oncologico, rassicurandoli sul fatto che i medici stavano studiando il caso per decidere la terapia migliore. Il caso ha permesso al gruppo dei medici di parlare dell'importanza della comunicazione con il paziente: dare informazioni può aiutare a non attivare quelle emozioni d'angoscia e di abbandono evocate dal timore nei confronti della malattia. Il confronto, reso possibile discutendo di questo caso, ha messo in evidenza le differenze di approccio tra gli oncologi: ci si è chiesto se comunicare fosse un protocollo, valido per tutti, o un'azione che si costruisce dentro il rapporto con l'altro.

L'analisi delle risposte alla frustrazione da parte degli oncologi

Come più volte ripetuto in questo scritto, il personale sanitario, i pazienti e i familiari che si rapportano con la malattia oncologica e la sua cura, si confrontano con vissuti complessi di angoscia e frustrazione, relativi al divario tra la speranza di curare e di essere curati, e la presenza di una malattia grave, di terapie altamente tossiche e fallibili. Questo gap può generare aggressività e sensi di colpa. L'aggressività può essere diretta verso l'esterno (eteropunitività-E), verso se stessi (intrapunitività-I), oppure può essere evitata (non punitività-M).

Un obiettivo della nostra verifica dell'intervento era quello di rilevare come gli oncologi direzionassero la loro aggressività, nell'ambito di un intervento medico frequentemente frustrante. A questo scopo è stato utilizzato il Picture Frustration Test (PFT) di Rosenzweig (1947), opportunamente modificato al fine di contestualizzare la situazione frustrante entro la specifica relazione tra oncologo e paziente o familiari del paziente stesso. Tramite vignette appositamente predisposte, viene rappresentata una doppia serie di situazioni di rapporto tra medico e paziente in cui, alternativamente, il paziente propone situazioni frustranti per il medico e viceversa. In ciascuna vignetta, la frase frustrante è inserita in un fumetto relativo alla figura che parla e il soggetto è invitato a scrivere la risposta attribuita alla figura frustrata nel fumetto in bianco che la concerne.

Sono state somministrate 16 tavole, delle quali 8 rappresentano il medico frustrato dal paziente e le altre 8 il paziente frustrato dal medico. In questo secondo caso, è stato chiesto agli oncologi di identificarsi con il paziente e rispondere mettendosi nei suoi panni.

La somministrazione del Test ha riguardato i 12 oncologi e il Direttore, la totalità dei medici che lavorano nella UOC. I risultati sono stati analizzati attraverso la statistica multivariata e l'analisi delle corrispondenze multiple.

Non ci soffermiamo qui sull'analisi completa delle risposte al test, ma ci interessa evidenziare due questioni. Le risposte date dagli oncologi, quando sono nei panni del paziente frustrato che risponde al medico frustrante, sono in maggiore frequenza eteropunitive, seguite dalle non punitive e infine dalle intrapunitive. Il primo dato che si può estrapolare da questi dati sulla distribuzione totale è dunque che il paziente frustrato, immaginato dagli oncologi, è più eteropunitivo di quanto lo sia il medico frustrato. Quest'ultimo, di contro, è più intrapunitivo di quanto lo sia il paziente. Ricordiamo che il test di Rosenzweig è di tipo proiettivo, le risposte sono date in funzione del vissuto evocato dalla vignetta. Si può ipotizzare che i medici vivano il loro modo di comunicare con il paziente in modo meno aggressivo di quello del paziente. Paziente, spesso fantasticato come pretenzioso e violento.

Il paziente oncologico, nel vissuto dei medici, è prevalentemente eteropunitivo, in coerenza con la gravità del proprio male e della sfiducia nelle cure oncologiche; a questa aggressività del paziente, gli oncologi sembrano in grado di rispondere non colludendo con l'aggressività, facendosi carico dell'ansia del paziente e dando risposte capaci di responsabilizzazione e impegno ad affrontare – per quanto possibile – il male. Un dato, questo, che depone per l'efficacia dell'intervento psicologico entro l'ambito della relazione tra medico e paziente.

Altro aspetto interessante è stata la discussione del report sulla verifica dell'intervento con Direttore, oncologi e coordinatrice infermieristica. È stata proposta una lettura interpretativa dei dati non assumendo una posizione di valutazione, ad esempio dichiarando quale stile comunicativo fosse più adeguato, ma attivando una riflessione a partire da ipotesi, messe poi a verifica con il gruppo di operatori. In questo modo, è stata attivata una partecipazione implicata ed emozionata del gruppo, psicologi compresi. Si è parlato della comunicazione tra paziente e medico come modalità relazionale da costruire insieme. Ci si è interrogati sugli effetti di alcune comunicazioni entro specifici rapporti e contesti, sulle risposte emozionali che evocano le parole che si usano, più colpevolizzanti in certi casi, meno in altri. Il modello frustrazione-aggressività e il criterio punitività/non punitività sono stati utilizzati come chiavi di lettura nella prassi lavorativa.

Conclusioni

Con questo scritto abbiamo proposto un contributo sulla funzione della psicoterapia psicoanalitica entro il contesto ospedaliero. Siamo partite dall'analisi di due mandati sociali concernenti un possibile intervento psicologico nell'ambito delle relazioni di convivenza entro un reparto ospedaliero oncologico. Ci siamo confrontate con un aspetto specifico del rischio psicosociale, correlato con l'assistenza e la cura del paziente oncologico, analizzando le problematiche emergenti entro la relazione tra operatori, pazienti e familiari. Relazione che l'intervento ha inteso sostenere in quanto a rischio di conflitti e agiti violenti. Per costruire e verificare con gli operatori di Oncologia questa funzione psicoterapeutica, ci si è cimentati in una faticosa costruzione di rapporti di fiducia con il personale sanitario. È stata proposta una funzione, quella psicologica, di sostegno a rapporti in crisi. La verifica dell'intervento è stata possibile grazie al rapporto di collaborazione con il personale sanitario e al continuo confronto tra cura della malattia e analisi delle relazioni. Resocontare l'intervento psicologico al personale sanitario è stato utile per un confronto tra esigenze di cura e problematiche della relazione, tra distacco terapeutico e coinvolgimento emozionale, tra funzionalità dell'organizzazione di reparto e necessità di informare pazienti e familiari.

Resocontare è, quindi, al polo opposto dell'applicare tecniche [...]. L'applicazione di tecniche è, in tal senso, rassicurante: serve soltanto scegliere il momento giusto e seguire le corrette indicazioni tecniche, appunto. Il resocontare, di contro, implica una teoria della tecnica che non è mai ripetitiva, che comporta un processo di pensiero sulla relazione che si sta vivendo, quindi l'incertezza dell'ignoto che si può capire come anche non capire. L'applicazione delle tecniche è rapida e rassicurante, perché crea la realtà della relazione e la rende prevedibile; la resocontazione comporta l'attesa, l'avventurarsi entro dimensioni ignote, volte a capire quanto avviene entro una relazione non prevedibile (Carli, 2008, pp. 167-168).

Conoscere, intervenire, resocontare e verificare il rapporto con la UOC Oncologia ha permesso di sviluppare una competenza nell'intervenire entro la complessa fenomenologia relazionale attivata tra personale sanitario, pazienti e familiari all'interno di un reparto ospedaliero di Oncologia.

Bibliografia

- Ariès, P. (1975). *Storia della morte in occidente* [History of death in West]. Milano: Biblioteca Universale Rizzoli.
- 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 [How to exchange between school and services and between services and customers: Internship in the Risk Prevention and Protection Service]

of a Hospital]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1 (supplemento), 1-4. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>

- Atzori, E. (2012). La funzione psicologica in un Servizio Prevenzione e Protezione Rischi: La valutazione del rischio da stress lavoro-correlato/rischio psicosociale come occasione per sviluppare un orientamento al cliente [The psychological function in a Risk Prevention and Protection Service: The assessment of work-related stress risk/psychosocial risk as occasion to promote client orientation]. *Rivista di psicologia clinica*, 1, 44-48. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>
- Baile, W.F., & Costantini, A. (2013). *Comunicare con i pazienti oncologici e con i loro familiari* [To communicate with cancer patients and their relatives]. In M. Biondi, A. Costantini, & T.N. Wise (Eds.), *Psiconcologia* [Psycho-Oncology] (pp. 67-102). Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Bisogni, F., & Pirrotta, S. (2018). Ricerca-intervento per lo sviluppo di competenza organizzativa presso un servizio sociosanitario per adulti con disabilità e loro familiari [Research-intervention for the development of organizational competence in a sociosanitary service for adults with disability and their family member]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 32-65. doi: 10.14645/RPC.2018.1.717
- Buckman, R. (1992). *Breaking bad news: A guide for healthcare professionals*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Canguilhem, G. (1998). *Il normale e il patologico* [The normal and the pathological] (M. Porro, Trans.). Torino: Einaudi (Original work published 1966).
- Carli, R. (2008). Il resoconto e la diagnosi [Report and diagnosis]. *Rivista di psicologia clinica*, 2, 154-170. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>
- Carli, R. (2012). Il tirocinio in ospedale [The internship in the hospital]. *Rivista di psicologia clinica*, 1, 3-20. Retrieved from <http://rivistadipsicologiaclinica.it>
- Carli, R. (2017). Per una definizione di psicoanalisi [For a definition of psychoanalysis]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 10-28. doi: 10.14645/RPC.2017.1.667
- Carli, R., & Paniccchia, R.M. (2002). L'analisi emozionale del testo [The Emotional Text Analysis]. Roma: Franco Angeli.
- Carli, R., & Paniccchia, R.M. (2011). *La cultura dei servizi di salute mentale in Italia. Dai malati psichiatrici alla nuova utenza: L'evoluzione della domanda d'aiuto e delle dinamiche di rapporto* [The culture of the mental health services in Italy. From the psychiatric patient to the new users: The evolution of the demand of help and of the relational dynamics]. Roma: Franco Angeli.
- Carli, R., & Paniccchia, R.M. (2017). Il cammino delle idee [The path of ideas]. *Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 1-17. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it/quaderni>
- Carli, R., Paniccchia, R.M., Atzori, E., Cinalli, S., Brescia, F., Mazzeo, G., ... Dolcetti, F. (2012). Il rischio psicosociale in un Ospedale romano: Il rapporto tra Cultura Locale e soddisfazione nell'Azienda Complesso Ospedaliero San Filippo Neri [Psychosocial risk in a Roman hospital: The relationship between Local Culture and satisfaction in the San Filippo Neri Hospital]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 76-90. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>
- Carli, R., Paniccchia, R.M., Dolcetti, F., Policelli, S., Atzori, E., Civitillo, A., ... Fiorentino, R. (2016). La rappresentazione del rapporto tra utenti e sistema sanitario: I modelli culturali del personale ospedaliero [The representation of the relationship between users and the healthcare system: Hospital staff cultural models]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 89-118. doi: 10.14645/RPC.2016.1.609
- Carli, R., Paniccchia, R.M., & Salvatore, S. (1995). La dinamica del rischio e la sicurezza sul lavoro [The dynamic of risk and safety at work]. In Fondazione Enérgeia (Ed.), *La sicurezza sul lavoro (DL 626/94)* (pp. 55-80). Roma: Fondazione Enérgeia Edizioni.

- Cinalli, S. (2012). Il Servizio Prevenzione e Protezione Rischi: Quadro normativo di un sistema di sicurezza globale [The Risk Prevention and Protection Service: Regulatory framework for a global security system]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 42-43. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>
- Elias, N. (1985). *La solitudine del morente* [The loneliness of dying]. Bologna: Il Mulino.
- Fornari, F. (1976). *Simbolo e codice: Dal processo psicoanalitico all'analisi istituzionale* [Symbol and code: From the psychoanalytic process to the institutional analysis]. Milano: Feltrinelli.
- Morin, E. (1951). *L'uomo e la morte* [Man and death]. Trento: Erikson.
- Rosenzweig, S., Fleming, E.E., & Clarke, H.J. (1947). Test di Frustrazione di Rosenzweig [Rosenzweig Frustration Test]. *The Journal of Psychology*, 24, 165-208.