

LA PSICOLOGIA DELLA SALUTE NEI CONTESTI DI CURA. SOGGETTIVITÀ, COMPORTAMENTI, SVILUPPO, TECNOLOGIE E ORGANIZZAZIONE



Paride Braibanti

con contributi di: Simone Belli, Francesca Brivio, Bruno Carminati, Laura Fagnani, Ivo Lizzola, Dafne Muntanyola Saura, Maria Simonetta Spada

Università degli Studi di Bergamo

INDICE	2
PARTE TERZA: TECNOLOGIA E ORGANIZZAZIONE NEI CONTESTI DI CURA.....	3
8) ORIZZONTI CULTURALI E TENSIONI AFFETTIVE NELL' ORGANIZZAZIONE OSPEDALIERA E NEI CONTESTI DI CURA.....	3
L'approccio etnografico all'organizzazione ospedaliera	3
9) RELAZIONI INTERPERSONALI TRA OPERATORI IN CONTESTI AD ALTA TECNOLOGIA.....	24
Tecnologie e organizzazione ospedaliera	24
Una riflessione su fattori di successo e insuccesso nella percezione delle équipes chirurgiche	25
10) ETNOGRAFIA COGNITIVA DELLE INTERAZIONI MEDICHE. MEDICI E INFERMIERI PRENDONO DECISIONI	31
Introduzione	31
Quadro teorico	32
Metodologia. Il Setting e l'etnografia audiovisuale	35
Analisi	37
Conclusioni.....	45
11) STORIE DI VITA E CULTURE LOCALI IN TERAPIA INTENSIVA	48
Conflitti e relazioni in fine vita nella percezione degli operatori (medici e infermieri)	48
Sul limite delle cure	55
"Le biografie nelle scelte"	58
Le culture locali dell'organizzazione e le loro vicissitudini nei percorsi in fine vita	70
Conclusioni.....	76
12) SCHEDA 5: UN INTERVENTO SULL'ORGANIZZAZIONE OSPEDALIERA: L'ISTITUTO NAZIONALE TUMORI DI MILANO (2008)	81
13) SCHEDA 6: UN INTERVENTO SU E RELAZIONI IN UNA ÉQUIPE CHIRURGICA ALTAMENTE SPECIALIZZATA: OSPEDALI RIUNITI DI BERGAMO (2012).....	105
13) IL RUOLO DELLA PSICOLOGIA DELLA SALUTE: PROSPETTIVE PER IL FUTURO	127
Il contributo della psicologia.....	128
14) PER UNA RITERRITORIALIZZAZIONE DELLA PSICOLOGIA NEI SERVIZI SANITARI E SOCIALI.....	131

Capitolo 8

ORIZZONTI CULTURALI E TENSIONI AFFETTIVE NELL' ORGANIZZAZIONE OSPEDALIERA E NEI CONTESTI DI CURA

L'approccio etnografico all'organizzazione ospedaliera

“Our common sense and scientific knowledge about health, illness and disease come about through social constructions mediated through social relations, comprising example of what Berger and Luckmann (1967) described as ‘objectifications of social word” (Crossley M.L., 2000, pag. 20).

Un interessante approccio al sistema ospedale è quello rappresentato dalla prospettiva antropologica e dagli studi etnografici, che cercano di conoscere l'ospedale intercettandone le dimensioni culturali e sociali.

Questo interesse è in realtà piuttosto recente, in quanto va detto che in passato le ricerche sul tema riconoscevano alla biomedicina un carattere monolitico, sottolineandone l'universalità dei principi fondanti e non tenendo conto degli aspetti culturali di contesto. Nonostante il grande interesse rivolto alle teorie e alle pratiche della biomedicina occidentale, scarsa attenzione era stata finora dedicata al sistema “ospedale” quale esempio paradigmatico di biomedicina transculturale. Come sostengono Van der Geest e Finkler (2004), nei contributi antropologici centrati sullo studio della biomedicina raramente trovava spazio una riflessione etnografica sulla natura e sulle funzioni dell'ospedale.

Una delle ragioni che potrebbe spiegare questa carenza di studi sulla realtà ospedaliera delle società occidentali potrebbe essere ricercata in una ingannevole apparenza di familiarità che passa attraverso le similitudini dell'organizzazione ospedaliera, in particolar modo della burocrazia, dei reparti, le gerarchie, dell'abbigliamento e delle tecnologie. L'ospedale viene considerato il luogo in cui i principi universali della medicina vengono applicati con modalità uniformi, indipendentemente dalla cultura in cui sono collocati.

Un'ulteriore spiegazione alla scarsa quantità di ricerche etnografiche sull'ospedale può essere ritrovata nell'atteggiamento difensivo della dirigenza che non vede di buon grado la presenza di osservatori esterni.

Tutto ciò rende necessario uno sguardo alla cultura ospedaliera come aspetto saliente dei nodi organizzativi che caratterizzano il modello biomedico occidentale.

L'antropologia offre in proposito un importante contributo attraverso gli studi più recenti, che non considerano gli ospedali come cloni di un modello biomedico universale e standardizzato, ma che tengono conto del ruolo differenziante giocato in essi dai processi socio-culturali peculiari ad ogni contesto.

Un punto fondamentale della ricerca ospedaliera sottolinea che le opinioni e le pratiche mediche possono variare considerevolmente in diverse realtà, implicando differenti criteri diagnostici e terapeutici. Inoltre, come molte ricerche dimostrano, l'ospedale rispecchia e rinforza i processi socio-culturali dominanti nella società. Come afferma Helman (2000, pp. 4-5, cit. da Van der Geest e Finkler, 2004), "le teorie e le pratiche relative alla salute e alla malattia sono elementi centrali nella cultura". Nelle situazioni di malattia, i "veri" valori, le convinzioni, le regole morali, le relazioni delle persone diventano chiaramente visibili. In linea con questa posizione, Lock (1986, p. 8, cit. da Van der Geest e Finkler, 2004) afferma che "lo studio dei processi di salute e malattia rappresenta un potente specchio rivelatore delle relazioni tra individui, società e cultura".

Appare interessante riflettere sul fatto che le origini della biomedicina, rintracciabili nell'Europa del diciannovesimo secolo (e più precisamente in Francia e Germania), sono posteriori all'apparizione dell'ospedale nelle società occidentali. Prima del diciottesimo secolo, gli ospedali erano istituzioni di assistenza e carità con il mandato di fornire ricovero ai poveri; solo successivamente subivano una trasformazione divenendo luoghi dove il personale medico poteva formarsi utilizzando i poveri come "strumenti di apprendimento" e che rispondeva a istanze di "controllo" degli internati (Foucault, 1973). Inoltre, come osserva Starr (1982, p.148, cit. da Van der Geest e Finkler, 2004) "la nascita dell'ospedale si rivela come l'occasione per un'analisi della penetrazione del mercato all'interno delle ideologie e delle relazioni sociali di una istituzione pre-capitalistica".

In tempi più recenti, grazie alle scoperte della medicina, l'ospedale si configura come un luogo ad alta tecnologia, particolarmente specializzato negli interventi chirurgici. L'organizzazione evolve così dall'assistenza al trattamento, trasformandosi da ente di beneficenza in istituzione professionale dominata dal potere medico (Rothman, 1991), burocratizzando le proprie procedure e sostituendosi alla casa come luogo di cura (Reiser, 1984). L'esito è stato quello di una separazione del mondo medico da quello non-medico e di un allontanamento del paziente dalla sua quotidianità.

In realtà, questa operazione di distacco non è possibile: l'ospedale non può separare il dentro dal fuori, il paziente dalla sua famiglia, l'individuo dalla società e dalla cultura (Tanassi, 2004; Vermeulen, 2004; Zaman, 2004; Schneider, 2001).

E' inoltre interessante notare come, a fronte del fatto che le pratiche biomediche abbiano costituito un potente mezzo per i processi di globalizzazione, diffondendo il patrimonio culturale occidentale in tutto il mondo, sia la biomedicina sia l'istituzione ospedaliera abbiano ignorato il dibattito sulla globalizzazione. A un primo sguardo, sembra che il mondo medico sia caratterizzato da processi di omogeneizzazione culturale: l'immagine è quella di una disciplina che, attraverso il ruolo dominante della società e della cultura occidentali, ha potuto diffondersi ed essere accettata in tutto il mondo, proponendosi come indice di "modernità"

nei Paesi in via di sviluppo. Alcuni autori (Navarro, 1986; Waitzkin, 1980), ritengono che la biomedicina sia praticata con modalità universali e che a variare sia solo l'apparato strutturale all'interno del quale essa trova applicazione. Se apparentemente questo può sembrare vero, in realtà le forze omogeneizzanti che hanno accelerato i processi trasformativi a livello sociale e culturale in tutto il mondo non hanno uniformato le differenze e le eterogeneità culturali presenti nell'istituzione ospedaliera. Come abbiamo visto, la medicina riflette la società ed è quindi necessario chiedersi in che modo le sue teorie, le sue pratiche e le sue istituzioni vengano reinterpretate e ristrutturare dalle differenti società che le ospitano. Non si può infatti pensare che, nonostante la diffusione mondiale, la biomedicina venga praticata uniformemente, né che gli ospedali funzionino in modo omogeneo indipendentemente da dove sono collocati. Queste differenze sono chiaramente evidenti nelle pratiche biomediche dei diversi Paesi, siano essi tecnologicamente sviluppati o in via di sviluppo.

L'ospedale non riesce quindi a "tenere fuori" i contesti. La globalizzazione trova resistenze "locali" alla sua diffusione e al relativo processo di omologazione. A questo proposito, risultano interessanti gli studi che descrivono le profonde differenze riscontrate tra medici di diversi Paesi nelle procedure diagnostiche e nei dispositivi di trattamento (Van der Geest e Finkler, 2004). Feldman (1992) evidenzia i differenti significati attribuiti alla patologia AIDS dai medici francesi rispetto a quelli americani: mentre questi ultimi la ritengono una forma di cancro, in Francia l'AIDS viene considerata una patologia infettiva, lasciando così trasparire differenti concezioni culturali sulle reazioni fisiologiche del corpo. Van der Geest e Finkler (2004) citano Townsend (1978), il quale rileva come gli psichiatri inglesi e americani differiscano nelle loro pratiche diagnostiche, sottolineando una diversità di fondo nella rilevazione dei sintomi e affermando provocatoriamente che esiste una maggiore convergenza sul concetto di malattia mentale tra psichiatri e avvocati tedeschi che non tra psichiatri tedeschi e americani. Non si può ignorare d'altra parte che gli psichiatri, prima ancora di essere dei professionisti, sono cittadini tedeschi o americani e come tali portatori di una cultura locale che non può non incidere sul loro ruolo professionale.

Nonostante queste consapevolezza, sono ancora pochi gli studi che indagano, da un punto di vista antropologico, le pratiche biomediche, e in particolar modo l'ospedale, al di fuori del mondo industrializzato. Si rende quindi necessaria una più approfondita analisi delle dinamiche che caratterizzano questi domini, per giungere a una migliore comprensione del loro funzionamento.

Gli studi esistenti sulla tematica conducono a ritenere l'ospedale come un mondo a parte, caratterizzato da peculiari processi culturali che lo rendono differente dal mondo "reale", spesso contrassegnato da un annullamento della vita normale. Goffman (1961) ritiene l'ospedale come un'istituzione culturale chiusa che influenza l'identità delle persone che accoglie, mentre la definizione di Parson (1951) della degenza come di un periodo di sospensione durante il quale il paziente si prepara a tornare alla vita normale, implica una visione dell'ospedale come di un luogo "altro", dove i ruoli e le regole tipici della quotidianità vengono temporaneamente interrotti. Al suo ingresso in ospedale, il paziente viene

sottoposto a un processo di “spogliamento” dei normali ruoli della vita quotidiana, che vengono relegati in sottofondo, rendendo la persona un “caso” all’interno di una stanza numerata. L’idea di fondo è che le distinzioni connesse alla classe sociale, alla professione e allo status vengano cancellate e non siano considerate in un processo terapeutico per definizione rivolto a un corpo “anonimo”.

Esiste in realtà un altro modo di guardare l’ospedale, che evidenzia una reinterpretazione delle istituzioni biomediche da parte delle culture locali e che comporta significative implicazioni a livello sia teorico sia pratico. Secondo Finkler (2004), la vita dentro l’ospedale non può essere considerata come separata dal mondo esterno, anzi bisogna ritenerla plasmata sui modelli normalmente proposti dalla società. Al suo interno, infatti, vengono riproposte le gerarchie, le ineguaglianze, i conflitti che hanno luogo all’esterno. Gli studi etnografici sull’ospedale aprono quindi una finestra sulla società e sulla cultura al cui interno esso è situato, fotografando non solo le differenze culturali a livello organizzativo e di pratiche terapeutiche, ma anche connettendole ai più ampi processi culturali e sociali.

Un ulteriore settore di indagine è rappresentato dagli aspetti metodologici relativi alle procedure di ricerca sul campo. La dimensione partecipativa che caratterizza gli studi antropologici può essere declinata in tre differenti modi: il ricercatore può essere presente sul campo scegliendo di far parte dello staff medico, di rivestire i panni del paziente o quelli del visitatore. La maggior parte dei ricercatori sembra scegliere di indossare il camice bianco e di rivestire il ruolo di medico o di infermiere, rappresentando quindi prevalentemente il punto di vista del personale piuttosto che quello dei pazienti (Van Amstel e Van der Geest, 2004; Gibson, 2004). Le ricerche che invece assumono il punto di vista del paziente risultano particolarmente interessanti per le loro implicazioni etiche, anche se l’elevato livello di coinvolgimento che richiedono scoraggia molti ricercatori dal metterle in atto (Murphy, 1990). La terza modalità prevede l’assunzione del ruolo di visitatore: questa scelta sembra rendere la presenza in corsia meno invasiva e comporta minor coinvolgimento del ricercatore nelle pratiche di cura (Inhorn, 2004).

Si configurano quindi per gli antropologi diversi percorsi di ricerca in ambito ospedaliero. Inoltre, mentre non sempre risulta facile “entrare” negli ospedali del mondo occidentale (a causa delle severe normative sulla *privacy* dei pazienti e sulla tutela del personale), la stessa difficoltà non si incontra negli ospedali africani e asiatici, dove la minor preoccupazione per le istanze di *privacy* rende meno problematico l’accesso ai ricercatori. A questo proposito, sembra interessante rilevare come le differenze nell’accesso agli ospedali in diverse parti del mondo rappresentino un ulteriore indicatore delle diversità culturali e sociali che caratterizzano l’organizzazione ospedaliera.

Questa apertura dell'orizzonte etnografico nelle organizzazioni è una condizione essenziale di quel processo di "rimoralizzazione" che, avviato negli anni '80 e '90 dentro la stessa riflessione medica, tende a restituire centralità alla dimensione etica nei processi di cura. Il punto di partenza è costituito dalla necessità di rivedere la distinzione tra *illness* e *disease* (cfr. il capitolo di Enrico Petrangeli in questo volume) e la configurazione gerarchica della relazione tra mezzi (la dimensione di *technical care*) e fini (la dimensione di *caring for patient*) (Spiro, 1986). L'attenzione viene così reindirizzata alla connessione tra la malattia dell'individuo, le sue traiettorie di vita e le sue relazioni con l'ambiente familiare e sociale (Kleinman, 1988). In particolare, di fronte ad una deriva tecnicista della medicina, torna ad avere una posizione centrale la questione della "*empathic care*", che include una valorizzazione dei significati della malattia e della necessità di confrontarsi con dimensioni emotive profonde entro contesti di relazioni fortemente personalizzate (Kleinmann, 1988; Crossley, 2002). Tali dimensioni, anziché essere considerate come marginali e prive d'importanza, costituiscono "*the point of medicine*".

In tal modo, all'interno della medicina, prende spessore una linea di attenzione "olistica" che pone al centro la struttura delle relazioni medico paziente (Balint, 1957; Spiro, 1986; Kleinman, 1988). In questa visione rientrano fortemente in gioco considerazioni in ordine alla fisionomia etica degli scopi della medicina e al riconoscimento di una dimensione profondamente morale alla base della relazione medico-paziente (Crossley, 2002). Acquista quindi rilievo il richiamo alle posizioni del filosofo Emmanuel Levinas che riporta l'agire medico ad un significato profondo che si colloca "*outside the self, in an ethical experience of simply being there to help and care the vulnerable other*" (van Manen, 1998, pag. 21).

La via della "rimoralizzazione" e della "umanizzazione" della medicina impone d'altra parte profondi cambiamenti nella struttura sociale della relazione medicopaziente, codificata dalla tradizionale interpretazione funzionalista. Nella interpretazione di Talcot Parson (1975), l'asimmetria della relazione tra medico e paziente è necessaria ed ineliminabile. Essa è inaccessibile ad una trasformazione in senso più egualitario, umanizzato e *caring*. Infatti essa si colloca in una struttura sociale che implica posizioni gerarchiche di potere, autorità e prestigio, e si sostiene mediante una combinazione di competenze professionali e di un mandato fiduciario sul mantenimento della salute non solo dell'individuo, ma anche e soprattutto della popolazione in generale. Tale asimmetria è garantita e trasmessa dalla formazione medica che "accultura" verso una costellazione valoriale centrata su fiducia, equità, disciplina e reputazione. Si crea in tal modo una etica professionale in cui si riconosce una relazione diretta tra fiducia e pratica medica, tra fiducia e autorità della professione medica. L'interesse e i desideri del paziente rientrano in questa più generale costellazione, ma sono perimetrati, nella loro accettabilità, da una deontologia che impone di salvaguardare la fiducia sociale verso la professione medica e il suo interesse per la salute generale della popolazione. Il medico mantiene questa posizione asimmetrica esercitando inoltre una prerogativa esclusiva sull'atto medico.

Prima ancora che dalle tensioni olistiche e verso l'umanizzazione, l'approccio funzionalistico è messo in crisi dalle profonde trasformazioni culturali e dalla riconfigurazione della relazione tra domanda e offerta di cura.

In primo luogo si deve registrare l'ingresso sulla scena di nuove figure e apparati alternativi o complementari alle cure. Sia le medicine alternative, sia la presenza di nuove

figure e modelli di trattamento (che in gran parte si collocano al di fuori del Servizio Sanitario ufficiale) rendono meno impenetrabile il monopolio della professione medica nella risposta alla domanda di cura e di trattamento individuale.

In secondo luogo, la maggiore disponibilità di informazioni e di accesso alle strutture sanitarie rende il paziente meno dipendente da un'unica fonte monopolistica di cura. Il paziente spesso si rivolge ad un medico con un corredo di *expertise* e con una coorte di fonti mediche e sanitarie che rendono in parte la relazione condizionata dalla possibilità di confronto con pareri diversi e con uno spettro più ampio di alternative terapeutiche.

In terzo luogo lo scenario epidemiologico, a partire dalla metà del secolo scorso, caratterizza crescentemente la domanda di cura di malattie di tipo cronico, in cui l'enfasi sulle traiettorie soggettive e relazionali del paziente tende a proiettarsi in primo piano e a competere in importanza con le conoscenze e le tecniche biomediche (Pilnick, 1998).

Infine, ma non meno importante, la tendenziale trasformazione della tradizionale relazione medico-paziente in relazione "fornitore-cliente" rende certamente più prestigiosa la relazione con i bisogni e i desideri percepiti del paziente e determina un riequilibrio di fatto con il mandato fiduciario verso l'interesse sanitario generale (Sharma, 1995)

Verso un ridisegnarsi delle dinamiche psicosociali nella relazione medico-paziente

Un punto fondamentale nell'analisi delle dinamiche psicosociali nella relazione medico-paziente è tradizionalmente assegnato alla presenza di processi di tipo ambivalente, di dipendenza e proiezione, che il paziente agisce verso il medico e le cure. La malattia comporta infatti uno *shock* per il paziente, che percorre ampiamente l'intera configurazione bio-psicosociale e mette criticamente in discussione la fiducia nel proprio corpo, in sé, nel proprio futuro e nelle relazioni con gli altri. La malattia fa emergere nel paziente un sentimento di vulnerabilità che comporta processi di regressione, con l'adozione di comportamenti più primitivi, in relazione ad una percezione di essere preda di terrori infantili e ancestrali e di stati emotivi primitivi (Meyer, 1994).

Spesso tali sentimenti sono amplificati dalla difficoltà della medicina di fornire forme di intervento e di cura efficaci nelle malattie gravi e ad andamento cronico. Sharma (1995) e Vincent e Furnham (1996) evidenziano come sia questa la principale motivazione che induce i pazienti a rivolgersi a trattamenti alternativi non ortodossi. Gli stessi autori osservano tuttavia, insieme a Jackson (1994) e Thomas *et al.* (1991), come tale disillusione non comporti l'abbandono della medicina ortodossa, quanto piuttosto la costruzione di un itinerario in cui si giustappongono fonti ortodosse e alternative di cura.

In un contesto relazionale comunque caratterizzato da una forte dipendenza, l'emozionalità vulnerabile del paziente attiva spesso poderosi processi di tipo proiettivo (Balint, 1957; Holland, 1995; Crossley, 1997, 1998, 2000; Lupton, 1997). Il medico viene adottato come oggetto su cui il paziente trasferisce i propri sentimenti di paura e vulnerabilità. Il senso di perdita di controllo e una rabbia diffusa, disperata e senza scopo, si rivolgono a costruire un senso sordo di ostilità verso il medico e la medicina che spesso sono rintracciabili nelle ricostruzioni autobiografiche dei pazienti (es. Mayer, 1995). Essi danno conto della nozione di

Balint (1957) secondo cui ogni privazione imposta all'individuo dalla propria malattia può essere percepita come proveniente dal medico e condurre a fantasie piene di risentimento e a sentimenti di rabbia e ostilità verso di lui.

Tali dinamiche proiettive, accentuate da sentimenti di dipendenza e perdita di controllo, possono giocare anche in direzione opposta e più favorevole, trasferendo sul medico le parti positive e protettive del sé. Il medico in tal modo finisce con l'essere visto come onnisciente e onnipotente e oggetto di una fiducia totalmente incondizionata (Shapiro, 1998).

Di fronte a questa complessità delle dinamiche emozionali del paziente nei confronti del medico, questi è investito da ambivalenti sentimenti di ansietà e di conflitto di fronte a una combinazione di rabbia, ostilità, fiducia e speranza, da cui spesso cerca di proteggersi mantenendo una distanza emotiva tra sé e il paziente. La formazione medica, implicitamente o esplicitamente, orienta fin dall'inizio verso il distacco emotivo. Hilfiker (1985) ricorda come ciò caratterizzi l'addestramento ad esempio alle procedure di esame clinico, in cui imbarazzo ed eccitazione non *devono* essere sentite o *devono* essere sopresse tanto più completamente possibile. La formazione medica, in generale, orienta verso un profondo disconoscimento nei confronti dei propri sentimenti.

Nella costruzione di uno stile professionale, ciò può condurre alla rimozione delle componenti emozionali dalle pratiche di cura corporea e ad uno stile di gestione delle proprie emozioni orientato più alla soppressione e alla rimozione che non al contenimento e alla rielaborazione. Così, da risposta tendenzialmente adattiva in contesti di emergenza o di esami di routine, questa modalità di *coping* emotivo tende ad essere esercitata anche laddove invece sono richieste competenze di ascolto, di comprensione e di comunicazione, e il distacco clinico tende a costituire una protezione personale e una risposta difensiva generalizzata.

In sintesi, da questa tensione emergono tendenze e atteggiamenti difensivi orientati a:

- oggettivazione: il paziente tende ad essere rappresentato come oggetto di una pratica o di un atto medico e ridotto alla parte ammalata oggetto di cura, come negli usi non infrequenti di nominare il paziente nelle conversazioni tra colleghi;
- tendenziale riduzione del setting di cura alle pratiche sul corpo;
- riduzione della capacità di elaborare e contenere l'impatto emozionale quando questo supera la soglia del distacco clinico, facendo percepire la relazione come "invischiata" e "problematica";
- riduzione della capacità di operare epicriticamente sul setting professionale in modo da includervi abilità e competenze sul piano emotivo, comunicativo e di relazione; la de-valutazione professionale di tali ambiti operativi si accompagna ad una crescente tendenza alla loro delega impropria ad altre figure (in primis agli psicologi), contribuendo così a creare contesti di relazione interprofessionali critici e ambivalenti (cfr. Guerra, 1999).

-

Tensioni emozionali nella relazione medico-paziente e tensioni pratiche della medicina

I temi della dinamiche psicosociali sembrano oggi tornare prepotentemente all'ordine del giorno e riscuotono grande attenzione anche in campo medico. Il loro riproporsi in modo acuto va posto a nostro avviso in relazione ad alcune tensioni crescenti nel dominio pratico della medicina.

Una prima tensione riguarda il confronto tra una espansiva retorica professionale che enfatizza la connotazione **olistica e umanizzata** degli scopi della medicina e la percezione di una ridotta praticabilità di tale approccio nelle risorse personali, temporali e organizzative limitate con cui il medico ha concretamente a che fare.

C'è anche una corrispondente tensione, in particolare, tra una crescentemente proclamata retorica che misura l'efficacia del medico anche sulla sua capacità di essere attore di pratiche di *caring for patient* e la crescente pressione organizzativa per la riduzione dei costi (e dei tempi) di cura (Hilfiker, 1985; Beardwood, 1999). Questa tensione è amplificata in modo peculiare laddove la pressione per l'efficienza e la produttività si associa a procedure di rendicontazione burocratica delle attività (Furer,

1994, Fullan, 1996)

In definitiva, mentre la retorica, sulla base di una crescente diversificazione delle domande sociali di salute e di una crescente consapevolezza della sua complessità biopsicosociale, culturale ed etica, richiede una crescente attenzione e disponibilità a relazioni che coinvolgono dimensioni emozionali e morali profonde, la pragmatica organizzativa richiede una riduzione del ruolo dell'operatore ad amministratore di *technical cures* in modo professionale e imparziale, impegnandosi sempre di più in pratiche che possano essere facilmente quantificate, registrate e rendicontate, massimizzando il risparmio di risorse e di tempo conferite al processo di cura.

La direzione di cura nelle grandi strutture ospedaliere va sempre più in direzione di modalità *high tech* che richiedono un alto investimento di risorse finanziarie, processi di concentrazione strutturale, forte ottimizzazione (contrazione) dei tempi entro una economia di scala. Al di là delle conseguenze sull'organizzazione e sui carichi di lavoro, l'investimento elevato sulla *high tech* facilita contemporaneamente processi di oggettivazione del paziente e della stessa professione medica. Il sistema *High Tech* assume che le decisioni sulla diagnosi e sulla prognosi siano costruite entro protocolli basati sull'applicazione sistematica della logica processuale di sistemi computerizzati o esperti, piuttosto che sul giudizio clinico intuitivo (Nettleton, 1996) e ciò incoraggia sia la rappresentazione di un paziente virtuale (Hardley, 1998) condizionato dai sistemi *input-output* delle strumentazioni, sia la rappresentazione dello stesso medico più come "*performer*" che come soggetto del processo di cura.

Ulteriori tensioni derivano dalla tendenziale transizione nell'organizzazione sanitaria dalla centralità della componente medicoprofessionale a quella medico-

manageriale. Tale transizione si realizza attorno ai processi di aziendalizzazione e ha al suo vertice la preminenza dell'ottimizzazione della relazione tra risorse conferite e risorse impiegate. In una logica di questo tipo, la dimensione relazionale tra paziente e sistema sanitario include una sua rivisitazione in termini di *customer satisfaction*, in cui la qualità complessa della relazione è tendenzialmente ridotta ad un rapporto tra linearità dei protocolli e impatto percepito del cliente.

Tale tensione si configura come uno scontro di potere nell'organizzazione sanitaria a cui occorre guardare con molta attenzione.

"The move towards greater medical accountability and the reduction of medicine's monopoly power may, at first glance, appear as positive and democratic shift. However it is important to come back to the point that the process of rationalization goes hand-in-hand with increasing bureaucratisation. This means that the reduction in medical power is not necessarily transferred to lay people (although they may play a greater role in defining need due to the process of need assessment) but to other professional groups such as health service management" (Crossley, 2002., pag. 25).

La salute degli operatori sanitari nei contesti organizzativi

Scopo del capitolo è di esaminare la collocazione degli operatori nella visione della salute e della malattia nei nuovi scenari organizzativi e istituzionali che caratterizzano i "luoghi della cura" della società contemporanea. Inevitabilmente, il punto di riferimento è la ormai vasta letteratura sul cosiddetto *burnout*. Il termine è usato per definire una degenerazione particolare dello stato emotivo degli operatori impiegati nei rapporti con il pubblico o nelle professioni di aiuto sociale ("*helping profession*"), ossia professioni nelle quali il rapporto con la persona ha un'importanza centrale. La parola "*burnout*" compare per la prima volta all'inizio del secolo con Kraepelin, che aveva intuito come le scarse risorse pubbliche della psichiatria e le condizioni particolari della vita professionale dello psichiatra (tra cui "la mancanza di speranza nei risultati" e "le condizioni economiche non soddisfacenti"), portavano, come "conseguenza inevitabile, lavoro eccessivo di singoli, piacere nullo per la professione e il rapido esaurirsi del medico stesso".

Negli anni settanta Christina Maslach coniò il termine "*burnout syndrome*" per riferirsi ad una situazione che aveva osservato con frequenza sempre maggiore nelle "*helping profession*", dove dopo mesi o anni di generoso impegno, questi operatori manifestavano apatia e indifferenza; erano spesso nervosi, irrequieti, qualche volta cinici nei confronti del lavoro; erano operatori che si erano "bruciati" (Maslach, 1976). Negli anni ottanta Cherniss mette in relazione il *burnout* con l'eccesso di stress e insoddisfazione, in una fenomenologia caratterizzata da uno squilibrio tra risorse disponibili e risorse richieste che genera uno stress, una risposta emotiva caratterizzata da tensione, ansietà, fatica ed esaurimento. Tutto ciò porta ad una serie di cambiamenti nell'atteggiamento e nel comportamento: si ha la tendenza a trattare gli utenti in modo distaccato, meccanico, cinico; la perdita dell'idealismo

che ha spinto l'operatore verso la professione si accompagna al deterioramento della propria identità professionale e del livello di autostima, mentre crescono sentimenti di impotenza, di passività, di sfiducia nelle proprie capacità (Cherniss, 1980). Tutto questo può essere riassunto schematicamente in tre fasi:

- stress lavorativo, caratterizzato dal disequilibrio tra risorse e richieste;
- strain, caratterizzato da tensione emotiva ed esaurimento;
- accomodamento psicologico, caratterizzato da distacco e *coping* difensivo.

In questa interpretazione, lo squilibrio che esiste tra le richieste rivolte ad un soggetto e le risorse che il soggetto stesso ha a disposizione (Lazarus e Launier, 1978) è sicuramente alla base dell'esaurimento emotivo. Molte ricerche sullo stress lavorativo sostengono che non solo l'eccesso di richieste, ma anche la mancanza e l'utilizzazione parziale delle proprie capacità sono cause di *burnout*, perché l'operatore prova una sensazione di disagio e frustrazione non sentendosi utilizzato al meglio.

La natura stessa dei sintomi descritti mantiene una forte evidenza di un legame con i contesti lavorativi. A sintomi fisici (quali mal di testa, disturbi gastrointestinali, insonnia, cambiamenti di stile alimentare, uso eccessivo di farmaci) e psicologici (senso di colpa, negativismo, labilità e disturbi dell'umore, sfiducia in sé, irritabilità) corrispondono infatti reazioni comportamentali che segnalano una presa di distanza motivazionale dal lavoro (assenze e ritardi, rinvio di appuntamenti, irrintracciabilità, affidamento a procedure standardizzate) e cambiamento evidente di atteggiamento verso i pazienti (scarsa empatia e capacità d'ascolto, chiusura, cinismo, spersonalizzazione, indifferenza e distacco emotivo). Una forte correlazione con la *self-efficacy* e, soprattutto, con l'*empowerment*, è stato recentemente segnalato in letteratura (cfr. Zani e Cicognani, 2000). Quest'ultimo conferma il legame tra *burnout* e perdita di controllo sulla propria vita e sul contesto sociale.

Nell'individuazione dei fattori correlati con i processi di *burnout*, al di là di quelli individuali (come la discrepanza tra aspettative e realtà) e interpersonali (come la rilevanza dei processi di confronto sociale), la letteratura insiste oggi soprattutto sui *setting* lavorativi e organizzativi. La qualità dell'organizzazione, la coerenza e l'integrazione tra i sub-sistemi, la chiarezza dei compiti e delle relazioni tra scopi dichiarati e mezzi disponibili entrano fortemente in gioco. In linea di principio i fattori organizzativi più richiamati possono sintetizzarsi in:

- configurazione dei ruoli lavorativi (sovraccarico, livello di consenso, aspettative connesse ai ruoli, compatibilità e conflitti di ruolo);
- natura del compito (interesse, frammentazione, presenza o assenza di stimoli, significatività);
- struttura di potere (caratteristiche dei processi decisionali e di controllo, presenza o mancanza di opportunità di partecipazione).

L'organizzazione ospedaliera

Centrando l'attenzione sugli aspetti organizzativi, può risultare interessante esplorare queste dimensioni all'interno di uno dei più rappresentativi contesti sanitari: l'ospedale. Esso rappresenta, nelle società moderne, il nodo centrale dell'apparato sanitario-assistenziale (Mamone, 1993) e si configura come un'organizzazione complessa in cui si concentrano tutte le risorse terapeutiche, costituendo luogo privilegiato di diagnosi e cura e sede eletta per l'attività del medico.

E' mutata quindi la sua funzione: da luogo di accoglienza dell'uomo sofferente esso è divenuto luogo di indagine e cura della malattia, quest'ultima considerata come entità indipendente dalla persona e dai significati della cultura in cui trova espressione. L'ospedale, in questa nuova veste, si è andato quindi strutturando come un contesto separato dalla società.

Questa separazione ha tuttavia cominciato ad essere scalfita e a perdere legittimità a partire dagli anni Settanta, con la diffusione di istanze di controllo sociale da parte della collettività (Bellelli e Jacono, 1979). Negli ultimi trenta anni, infatti, l'estendersi della conflittualità sociale all'interno dell'ospedale e la maggiore partecipazione e controllo delle forze sociali e degli stessi utenti, hanno introdotto elementi di contraddizione e mutamento nella rigida struttura ospedaliera. Questi mutamenti hanno aperto una breccia (in cui peraltro in alcuni casi ha trovato spazio anche la psicologia), ma nella sostanza quello dell'ospedale è rimasto un mondo chiuso, con le sue regole e le sue leggi nascoste, di cui nemmeno gli attori al suo interno sono del tutto consapevoli.

Il principale compito dell'organizzazione ospedaliera, vale a dire diagnosticare e curare la malattia, necessita per la sua realizzazione di tradursi in obiettivi che rappresentino gli impegni di fondo attraverso cui la finalità viene raggiunta e attraverso cui vengono misurati i risultati dell'azione.

A questo proposito va rilevato che l'organizzazione ospedaliera italiana, deputata ad erogare servizi di pubblica utilità, non si propone obiettivi di marketing, ovvero non opera decisioni sulla posizione da assumere sul mercato con l'obiettivo di attrarre, raggiungere e soddisfare una clientela. Un obiettivo di questo tipo imporrebbe una strategia di intervento che richiederebbe risposte chiare ai quesiti su chi sia l'utente e su quale sia il valore che il servizio prestato deve avere per l'utente. Il rischio dell'assenza di una tale strategia sembra dunque essere quello della mancanza di una azione organizzativa coerente e della conseguente presenza di forti costi sia sul piano dell'efficacia sia su quello dell'efficienza. La mancanza di una strategia generale si riflette inoltre sulle istanze di innovazione, che hanno acquisito negli ultimi anni una particolare importanza soprattutto in seguito alla forte accelerazione dei processi trasformativi a livello politico-economico, scientifico-tecnologico e culturale-sociale. A questo si affiancano i molti problemi di gestione interna: il disagio degli utenti, lo stress lavorativo degli operatori, le conflittualità che attraversano orizzontalmente e verticalmente il sistema, la complessa relazione tra gli operatori e gli utenti, il

problema dei costi e degli investimenti, la questione della valutazione della efficienza ed efficacia dei servizi forniti.

Nonostante la complessità delle problematiche che la attraversano, l'organizzazione ospedaliera non sembra tuttavia aver maturato l'esigenza di formulare una richiesta di cambiamento. Laddove questa richiesta è emersa, essa ha prevalentemente incontrato la scelta dell'organizzazione ospedaliera di rivolgersi, per affrontare le disfunzionalità esistenti, all'*expertise* proprio della cultura manageriale. Solo in rari casi la necessità di comprendere e tentare di risolvere le difficoltà emergenti ha visto invocare, da parte dell'organizzazione ospedaliera, competenze di tipo psicologico.

L'esigenza di rispondere a standard di efficienza ed efficacia e la conseguente necessità di una valutazione del proprio operato hanno tuttavia condotto l'organizzazione ospedaliera a promuovere l'adozione di politiche per la qualità.

Il concetto di qualità: la storia

Le origini del concetto di miglioramento della qualità possono essere rintracciate nel mondo della produzione. Da questo settore provengono le definizioni più utilizzate, da "conformità ai requisiti" a "idoneità all'utilizzo". Tale idoneità ha due distinte caratteristiche, ognuna delle quali evidenzia un differente significato di qualità: la prima riguarda gli aspetti del prodotto o servizio che incontrano le necessità del cliente e influisce soprattutto sulle vendite, mentre la seconda concerne la mancanza di difetti ed agisce prevalentemente sui costi. La qualità viene inoltre definita come "riduzione della varianza quale fondamento di un miglioramento continuo senza sosta" e "orgoglio nel lavoro umano" (*Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations*, 1998, pag. 18).

Anche in campo sanitario possono essere ritrovati tentativi di promuovere una attenzione sistematica agli aspetti qualitativi. Nel 1912 il terzo Congresso dei Chirurghi del Nord America assunse l'impegno a "standardizzare la struttura ed il modo di lavorare degli ospedali, per far sì che le istituzioni con ideali più elevati abbiano il giusto riconoscimento davanti alla comunità professionale e che le istituzioni con standard inferiori siano stimolate a migliorare la qualità del loro lavoro, in tal modo i pazienti riceveranno il trattamento migliore e la gente avrà qualche strumento per riconoscere quelle istituzioni che si ispirano ai più alti ideali della medicina". (Celin *et al.*, 1991, pag. 7). Soprattutto nei Paesi anglosassoni, l'attenzione alla qualità nel settore sanitario si è sviluppata come attenzione agli aspetti connessi alla qualità professionale, attraverso la promozione di metodi di confronto e verifica delle attività svolte (audit clinici, verifica e revisione, miglioramento continuo, linee guida, accreditamento volontario).

Nel tempo è tuttavia subentrata l'esigenza di controllare e migliorare, in aggiunta alla prestazione professionale, altri aspetti: l'organizzazione del lavoro, la pianificazione dei servizi, il confort delle strutture, la relazione con gli utenti. E' così che si cominciò a parlare di "assicurazione della qualità" e di "*Total quality management*" (Bonaldi *et al.*, 1994) come approcci in grado di affrontare globalmente le varie dimensioni della qualità. A queste innovazioni hanno contribuito i progressi scientifici e tecnologici in campo

biomedico, che hanno portato alla diffusione di grandi strutture sanitarie e quindi all'erogazione di un numero crescente di prestazioni sanitarie all'interno delle stesse. Questo incremento ha favorito notevolmente la contaminazione tra settore produttivo e settore sanitario: gli approcci alla qualità si sono così estesi dall'industria al campo dei servizi alla persona.

I metodi per il miglioramento della qualità nel settore industriale, basati principalmente sulle norme emanate dalla *International Organization for Standardization* (ISO), erano volte inizialmente a tenere sotto controllo la rispondenza di un prodotto a determinati requisiti, per poi ampliarsi al processo di produzione e quindi all'intera organizzazione.

Tradizionalmente questa esigenza nasce dalla necessità aziendale di fornire un prodotto soddisfacente, ed è evidente che chi deve essere soddisfatto è in primo luogo l'acquirente del prodotto, che può essere il singolo cittadino o un'altra azienda. L'esigenza di avere degli standard di qualità e di poter effettuare dei controlli "esterni", cioè delle verifiche effettuate da soggetti competenti su mandato dell'azienda-cliente, ha promosso l'elaborazione e la codificazione di norme internazionali in tema di qualità (le norme ISO) ed anche l'emanazione di leggi che stabiliscono requisiti di qualità a tutela del consumatore.

Appare evidente che lo sviluppo di questo processo è dovuto non solo e non tanto a generiche motivazioni di miglioramento, quanto piuttosto a interessi economici, alla tendenza degli acquirenti ad affinare le proprie esigenze e alle logiche di competitività del mercato.

Questo spiega anche perché, nate sulla base di adesioni volontarie, le politiche per la qualità hanno finito in molti casi per diventare un requisito necessario per la vita delle aziende.

La cultura della qualità nelle strutture sanitarie

Numerosi documenti dell'OMS raccomandano la diffusione delle politiche per la qualità nel settore sanitario (WHO, 1981) e tali indicazioni sono state recepite come raccomandazioni dagli organismi deputati al controllo delle strutture sanitarie. L'attuale scenario è quindi caratterizzato dalla progressiva introduzione di una normativa che prevede l'adozione nelle strutture sanitarie di politiche per la qualità.

Data la complessità propria dell'organizzazione ospedaliera e del suo contesto di riferimento, è difficile applicare automaticamente ad essi le tecniche di miglioramento continuo della qualità in uso presso altre tipologie di aziende.

Nel settore sanitario appare fondamentale la necessità di coniugare, nel concetto di qualità, sia l'aspetto delle procedure (struttura, processo, esito) sia quello più tradizionale dell'intervento medico.

Gli obiettivi che l'ospedale pubblico deve perseguire portano a dover considerare il tema qualità da vari punti di vista, che non sempre vengono colti nella loro interconnessione:

la qualità percepita, vale a dire il gradimento del servizio così come

percepito soggettivamente dall'utente; la qualità offerta, come insieme degli interventi tecnico-organizzativi

messi in atto dall'azienda per migliorare il sistema progettuale-produttivologico; la qualità attesa, come insieme di attributi che un prodotto dovrebbe

avere in base alle aspettative del contesto di riferimento.

L'esigenza di definire standard di qualità riconosciuti e verificabili e la necessità che vi siano forme di verifica indipendenti ha portato a legare le politiche per la qualità al concetto di accreditamento.

Nel mondo sanitario, l'accREDITAMENTO è il processo che porta a riconoscere che un'organizzazione sanitaria soddisfa determinati requisiti espliciti di buona organizzazione.

Il modello dell'accREDITAMENTO per le strutture sanitarie, su un modello di tipo "volontario" quale quello esistente negli U.S.A.¹, si è sviluppato in Canada (1958), quindi in Australia (1974), nel Regno Unito (1990), ed in Olanda (1998). Francia ed Italia sono invece gli unici Paesi che hanno adottato il modello del cosiddetto "accREDITAMENTO istituzionale". Mentre l'accREDITAMENTO "volontario" o di "eccellenza" è promosso all'interno del mondo sanitario con scopo di formazione e di continuo miglioramento della qualità organizzativa, l'accREDITAMENTO "istituzionale" viene effettuato da o per conto dei governi e senza di esso un'organizzazione sanitaria pubblica non è autorizzata a operare o una privata a convenzionarsi col sistema pubblico.

In tutti i tipi di accREDITAMENTO si dà essenziale importanza al sistema qualità. Gli obiettivi dell'attività di accREDITAMENTO prevedono quindi:

valutazione puntuale della qualità della struttura in riferimento ad un modello e quindi a dei requisiti; promozione e sostegno del ciclo di miglioramento della qualità; creazione di un sistema di garanzie - tendenzialmente oggettive e verificabili - per l'utenza. (Lazzari, 2003).

Le norme per i sistemi di gestione per la qualità, definite dall'ISO a livello internazionale ed adottate a livello europeo (EN) ed italiano (UNI), sono state applicate anche a settori diversi da quelli produttivi, quali i servizi alla persona. Si è prodotta in tal modo una sostanziale convergenza tra la gestione della qualità secondo le norme ISO ed i modelli prevalentemente adottati in sanità.

Tra i "principi di gestione per la qualità" (UNI, 2000, pag. 2) troviamo:

¹ La storia dell'accREDITAMENTO sanitario nasce nel 1919 negli USA con l'*Hospital Standardization Program*; nel 1965, con il *Medicare Act*, il Governo U.S.A. chiede che, per lavorare nell'ambito del programma di assistenza sanitaria pubblica, le singole strutture siano accreditate; nel 1995 con il *Comprehensive Accreditation Manual* vengono introdotti tra i requisiti per l'accREDITAMENTO i principi dei sistemi qualità del *Total Quality Management*.

Leadership: i capi stabiliscono unità di intenti e di indirizzo dell'organizzazione. Essi dovrebbero creare e mantenere un ambiente interno che coinvolga pienamente il personale nel perseguimento degli obiettivi dell'organizzazione. Coinvolgimento del personale: le persone, a tutti i livelli, costituiscono l'essenza dell'organizzazione ed il loro pieno coinvolgimento permette di porre le loro capacità al servizio dell'organizzazione.

Tra le “responsabilità della direzione” (UNI, 2000, punto 5), rientrano azioni quali:

- condurre l'organizzazione dando il buon esempio per sviluppare la fiducia del personale;
- creare un ambiente che incoraggi il coinvolgimento e lo sviluppo del personale;
- valutazioni (con appropriate metodologie di misura) del livello di soddisfazione del personale dell'organizzazione.
- promozione di politiche ed obiettivi mirati ad accrescere la consapevolezza, la motivazione ed il coinvolgimento del personale.

La stessa norma definisce l'“ambiente di lavoro” come “insieme di condizioni nel cui ambito viene svolto il lavoro; tali condizioni comprendono fattori fisici, sociali, psicologici ed ambientali”, riconoscendo così il ruolo dell'ambiente sulla motivazione, soddisfazione e prestazione del personale. Il dato interessante è che i contenuti delle norme non sono semplici raccomandazioni, ma si pongono come “requisiti”, cioè come aspetti coerenti di un sistema di gestione per la qualità che viene valutato e verificato nel suo complesso. In questo contesto gli aspetti relativi al clima organizzativo, alle dimensioni lavorative, alla motivazione, coinvolgimento e soddisfazione del personale, divengono elementi necessari di un sistema coerente.

Qualità e clima organizzativo

Il clima organizzativo può essere sommariamente descritto come “il modo in cui le persone che lavorano in un'azienda percepiscono le loro condizioni di lavoro e il funzionamento dell'azienda stessa” (Lazzari, 2003, pag. 13).

Il concetto di clima organizzativo si sviluppa a partire dagli anni settanta, all'interno di un'ottica in cui particolare attenzione viene data al contesto psicosociale delle relazioni lavorative: dagli studi su individui isolati, cioè considerati isolatamente dal contesto, si passa all'interesse per la relazione che intercorre tra le persone e tra queste e il loro ambiente circostante. Questo passaggio di prospettiva è stato fondamentale, sia in quanto ha permesso di giungere ad un approccio non più basato sul concetto di adattamento dell'uomo al lavoro, sia perché ha spostato l'attenzione da un quadro di riferimento di tipo clinico-medico-ergonomico alle dinamiche organizzative.

Lo studio del clima organizzativo è problematico poiché è caratterizzato da livelli molteplici e complessi. Argyris (1958) è il primo ad impiegare il concetto di

organizational climate, sviluppando un modello in cui trovano spazio tre gruppi di variabili organizzative:

- le politiche, le procedure e le posizioni formali nell'organizzazione;
- i fattori personali che includono bisogni, valori e capacità individuali;
- l'insieme delle variabili associate con gli sforzi degli individui per confermare i propri fini a quelli dell'organizzazione.

Queste variabili nel loro complesso permettono di definire l'*organizational behavior* come risultante dall'interazione dei livelli di analisi individuale, formale, informale e culturale (Argyris, 1958). Il clima visto come un processo dinamico è quindi un elemento di regolazione che permette il funzionamento del sistema organizzativo.

Gli studiosi cercano di chiarire il concetto di clima distinguendo un clima psicologico ed uno organizzativo. Il clima organizzativo si riferisce agli attributi organizzativi e ai loro effetti principali, o stimoli, mentre il clima psicologico si riferisce ad attributi individuali, per mezzo dei quali l'individuo trasforma l'interazione tra attributi percepiti e caratteristiche individuali in una serie di aspettative, atteggiamenti, comportamenti (Jones e James, 1974).

Il clima psicologico può essere quindi descritto come un fenomeno percettivo basato sull'esperienza condivisa dai membri di una specifica organizzazione. Queste percezioni costituiscono una mappa cognitiva individuale di come funziona l'organizzazione e guidano quindi il comportamento degli individui in relazione alla situazione stessa. Possiamo dire che il clima serve ad adattare il comportamento dell'individuo alle richieste ambientali e alle esigenze organizzative (Koys e Decotiis 1991). Secondo altri autori (Quaglino e Mander, 1987) il clima psicologico è la percezione del clima organizzativo.

Nella stessa organizzazione possono inoltre esistere climi molteplici poiché i membri appartenenti a diversi livelli organizzativi (diversa posizione gerarchica, oppure di reparti diversi ma nella stessa posizione) possono avere una percezione diversa dell'ambiente organizzativo.

Seguendo Moran e Volkwien (1992), il clima organizzativo appare come una caratteristica relativamente omogenea di un'organizzazione ed è costituito dalle percezioni collettive che gli individui hanno della loro organizzazione (considerando dimensioni come autonomia, fiducia, coesione, sostegno, riconoscimento, innovazione, equità), ma è allo stesso tempo il prodotto dell'interazione degli individui e riflette la cultura organizzativa ed i prevalenti valori normativi e atteggiamenti.

La letteratura sottolinea l'importanza del clima lavorativo per il suo impatto sulle relazioni umane nell'ambiente di lavoro e sulla soddisfazione che gli impiegati traggono dal lavoro e dalle proprie condizioni. Secondo Quaglino (2002) il clima è in pratica anche la qualità della rete di tensione collettiva che lega o non lega gli uomini e le donne dell'organizzazione: è lo stare insieme, il lavorare insieme, il

piacere di ritrovarsi oppure no, l'eccessiva freddezza che circola nelle relazioni interpersonali, la distanza, oppure anche l'eccessiva informalità, ecc.

Tenendone in considerazione dunque l'influenza sul comportamento dei lavoratori e sulla performance organizzativa, può essere determinante per un'organizzazione conoscere il clima esistente al proprio interno. Per De Vito Piscicelli (1984) il clima è uno strumento di consapevolezza e di diagnosi organizzativa e quindi uno strumento di progettazione di cambiamento. La modificazione degli assetti organizzativi aziendali è un processo continuo che caratterizza il normale andamento della vita delle organizzazioni ed è finalizzato all'ottenimento di performance e di capacità competitive sempre più elevate: queste capacità non possono tuttavia prescindere dalla qualità del clima relazionale ed in generale dal benessere delle persone che vi lavorano.

Le aziende si propongono oggi l'obiettivo di elevati standard di efficienza e di efficacia, ma non possono esimersi dal migliorare, contemporaneamente, la qualità della vita all'interno dell'organizzazione e, non ultima, una più attiva partecipazione alla vita aziendale. Per tutte queste ragioni diventa determinante eseguire un check-up organizzativo che permetta di conoscere il clima psicologico e la cultura aziendale di una organizzazione. L'obiettivo dell'analisi del clima è ascoltare (e non controllare) i fatti organizzativi, al fine di investire positivamente nella relazione con i protagonisti della vita organizzativa. Analizzare il clima significa fotografare lo stato di un'organizzazione, tenendo conto soprattutto dei punti di vista dei membri della stessa; rilevando cioè percezioni, motivazioni, vissuti, conflitti, dinamiche comunicative, stili di leadership, collaborazione, autonomia, sicurezza. Queste rilevazioni possono essere utilizzate in un'ottica di miglioramento della qualità, intesa come orientamento e strategia che coinvolge tutta l'organizzazione e vede partecipare tutti gli attori che vi operano (anche la soddisfazione del cliente, per esempio, ha assunto oggi una importanza crescente, dal momento che misurare la soddisfazione del cliente significa anche misurare l'esito delle attività aziendali). Da questo punto di vista l'indagine sul clima deve rappresentare non un punto di arrivo, ma il punto di innesco di un percorso: il movimento e le professionalità che si attivano e si organizzano intorno alla ricerca hanno la possibilità ed il compito di aprire un terreno di confronto e di dialogo nuovo, di favorire il chiarimento dei bisogni e delle aspettative, di ricollocare il significato della domanda all'interno di un processo fatto di persone e di relazioni.

In questo contesto la valutazione del clima, peraltro richiesta dai modelli di qualità e dalle norme per l'accreditamento, può diventare non soltanto un elemento dinamico di verifica della qualità della vita lavorativa, ma anche una catalizzazione degli elementi di interconnessione tra dimensioni lavorative e soggettive, processi gestionali ed organizzativi. In questo senso la rilevazione del clima può fornire elementi utili per la progettazione di politiche ed interventi di promozione della salute degli operatori (Lazzari, 2003), contribuendo al miglioramento di una serie di aspetti lavorativi (relazioni, riconoscimento, possibilità decisionali, etc.) che incidono sulla qualità della vita degli stessi operatori e degli utenti.

L'ospedale: la cultura dell'organizzazione

La ricerca psicosociale degli ultimi anni ha dedicato particolare attenzione allo studio delle variabili culturali, organizzative, individuali e di ruolo dei contesti lavorativi.

All'interno di queste linee di ricerca, alcuni studi sono stati dedicati all'analisi della cultura dell'ospedale, della sua organizzazione formale e informale, dei ruoli e delle funzioni delle diverse componenti e delle tensioni e conflitti tra queste.

Per *cultura organizzativa* intendiamo l'insieme dei valori, delle norme, dei modelli di comportamento e del clima che caratterizzano l'organizzazione e ne definiscono le modalità comunicative al suo interno e nelle relazioni con l'esterno (Mamone, 1993).

“L'analisi della cultura ha una grande rilevanza per comprendere il funzionamento dell'organizzazione e la soddisfazione dei suoi membri. Certamente la cultura o le culture di una organizzazione producono degli effetti sulla elaborazione della strategia; sulla capacità di innovazione o di cambiamento; sulla disponibilità di introdurre nuove tecnologie; sui processi di fusione o di integrazione tra più organizzazioni o tra diversi comparti della stessa organizzazione; sui processi di socializzazione e di comunicazione; sui criteri di selezione del personale; sulla concezione e sulla prassi formativa; sulla gestione dei conflitti; e comunque, in termini più generali, sulle categorie di analisi e di diagnosi della realtà e sui conseguenti processi di presa di decisione. Per una organizzazione comprendere la propria cultura significa entrare in contatto con la parte nascosta, implicita ed inconsapevole degli assunti, dei valori, dei modelli di comportamento interiorizzati che influenzano la dinamica interpersonale ed organizzativa” (Avallone, 1994, pag. 108-109).

Negli ultimi anni alla concezione monolitica della cultura organizzativa si è andata progressivamente sovrapponendo l'idea di una organizzazione multidimensionale, composta da differenti sottogruppi culturali. Tali indicazioni permettono di mettere in luce la complessità dell'organizzazione ospedaliera, non limitandone l'analisi alla cultura medica ma riconoscendo la coesistenza al suo interno di diverse culture.

La cultura medica, finora dominante nell'organizzazione ospedaliera, è stata portatrice di particolari concezioni sulla natura dell'uomo, sul valore e sul significato dell'attività lavorativa e sugli stili di convivenza, che tuttavia oggi non riescono più a rendere conto della complessità della realtà ospedaliera.

La cultura che anima l'ospedale si basa sulla razionalità scientifica e si caratterizza per:

- la neutralità affettiva (ovvero un disinvestimento emozionale nei rapporti interumani);
- l'orientamento specialistico;
- la complessità dei simboli di comunicazione interna, che al paziente appaiono del tutto estranei;
- la definizione del paziente come oggetto del tutto incompetente e passivo;
- l'interpretazione degli obiettivi del sistema e dei bisogni dei pazienti come risultato della differenziazione funzionale interna.

La malattia, all'interno della cultura biomedica, viene spiegata come deviazione dalla norma di variabili biologiche misurabili. Tale modello comprende sia il riduzionismo (la prospettiva filosofica in base alla quale i fenomeni complessi

derivano da un singolo principio primario) sia il dualismo mente-corpo (la dottrina che separa il mentale dal somatico). “Da questi aspetti dogmatici o metascientifici del modello derivano conseguenze negative quali la disumanizzazione, il tecnicismo spersonalizzante, il sostanziale imperialismo del modello di analisi biologica rispetto agli altri livelli.” (Bertini, 1988, pag. 63).

“The development of professions such as health economics and mainstream health psychology have been part of this postmodern process in which medicine has extended its gaze to include not just the patterning of disease but also the investigation of the healthy population for early sign of abnormality. (...) This is manifest in the proliferation of concepts such as ‘well being’, ‘quality of life’ and ‘life satisfaction’ which, since the 1960s, have entered the social and medical lexicon in the attempt to measure virtually all aspects of experience” (Crossley M.L., 2000, pag.27).

La struttura dell'organizzazione ospedaliera

Le organizzazioni creano una struttura finalizzata a facilitare il coordinamento delle diverse attività ed a controllare le azioni dei diversi operatori.

Lo studio della struttura dell'organizzazione ospedaliera ci offre la possibilità di comprendere quali siano i suoi obiettivi. Tra questi studi significativo appare il contributo di Rhode (1962) che, sottolineando l'accentuata divisione verticale e orizzontale del lavoro all'interno della struttura ospedaliera, ne evidenzia il carattere di complessità. Nell'analisi della struttura formale orizzontale vengono individuati tre cicli funzionali: quello medico, quello assistenziale e quello amministrativo. L'ambito funzionale medico si fonda sulla competenza del medico, quale esperto della diagnosi e della cura; tale competenza è divenuta, con il progredire della scienza e della tecnologia medica, sempre più specifica e ristretta nei limiti della specializzazione di ciascun medico. L'ambito assistenziale è rappresentato dal personale infermieristico, le cui funzioni sono dipendenti dagli orientamenti diagnostici e terapeutici del ciclo funzionale medico. Si tratta di una funzione ampia che implica non solo l'assistenza fisica ma anche il sostegno emozionale del paziente, la sua socializzazione nella cultura ospedaliera, il rapporto fra paziente e medico e la relazione fra il paziente e i diversi settori dell'ospedale e con il mondo esterno. Il ciclo funzionale amministrativo, assimilabile ad analoghi settori di altre organizzazioni, comprende sia settori burocratico-amministrativi sia settori tecnico-imprenditoriali. L'autore sottolinea come fra i tre cicli funzionali le relazioni siano cariche di tensioni. La specificità dei ruoli, il riferirsi a sistemi di valori che orientano diversamente le pratiche, crea difficoltà di comunicazione e incomprensioni che trovano la loro origine più frequente nella sopravvalutazione dell'importanza e delle esigenze del proprio ciclo funzionale a svantaggio degli altri. Tutto questo diviene spiegabile solo presupponendo l'assenza di un pensiero, di una strategia produttiva e di efficienza gestionale che sostenga le scelte in funzione degli obiettivi che l'organizzazione si

è data come prioritari. Va detto che il conflitto il più delle volte è risolto con l'imporsi delle direttive mediche.

L'analisi della struttura verticale evidenzia d'altro lato la presenza di molteplici gerarchie di autorità parallele: i vertici medico, assistenziale e amministrativo si intersecano variamente, spesso proponendo direttive contraddittorie, e ciò crea una notevole confusione all'interno dei singoli reparti. "A questo si aggiunge la difficoltà di integrare all'interno del ciclo medico specialità e servizi diversi, con la tendenza a promuovere gli interessi del servizio anziché favorire la ricerca di una integrazione, percepita come potenziale riduzione della propria autonomia operativa" (Guerra, 1992, pag. 49).

Nell'ospedale si assiste ad una differenziazione sempre più accentuata, che si esprime in modo evidente nel proliferare delle specializzazioni definite sulla base delle specifiche patologie o della competenza ad usare tecnologie sofisticate. Inoltre, lo sviluppo tecnologico implica lo sviluppo di professionisti specialistiche in grado di gestire e seguire il percorso delle nuove tecniche. Questi processi contrastano però con le esigenze economiche degli amministratori, che tendono di contro a centralizzare il potere decisionale e a limitare le tendenze parcellizzanti. Il conflitto investe, a seguire, anche le relazioni tra i medici, costretti a concorrere tra loro per l'attribuzione delle risorse.

Guerra osserva come l'analisi proposta da Rhode, nonostante sia datata, mantenga la sua attualità: "Sembrirebbe infatti che i cambiamenti culturali di questi ultimi tre decenni, le nuove forme dei conflitti sociali, l'evoluzione spesso impressionante delle tecnologie, delle metodiche, dei sistemi terapeutici non abbiano avuto nessun effetto particolare sui conflitti caratteristici e sui loro modi di formularsi all'interno dell'ospedale " (Guerra, 1992, pag. 49).

Nonostante l'emergente consapevolezza che una razionalizzazione dell'organizzazione sanitaria potrebbe risolvere la gran parte dei problemi (riorganizzazione del lavoro, incremento della produttività e conseguenti riduzioni dei costi, motivazione e sviluppo del personale, democrazia nella vita dell'organizzazione), gli interventi effettuati in questo senso negli ultimi trenta anni non hanno ottenuto i risultati sperati. I cambiamenti organizzativi non necessariamente infatti corrispondono a cambiamenti nei singoli e nei gruppi, specialmente se questi ultimi sono portatori di valori, norme e modelli comportamentali profondamente diversi. Gli interventi di razionalizzazione e ristrutturazione nelle organizzazioni dovrebbero quindi prevedere un contestuale intervento su altre variabili e tenere conto della cultura dell'organizzazione, dell'innovazione tecnologica e della valorizzazione delle risorse umane.

Avallone (1994) suggerisce una scansione metodologica e tecnica del possibile intervento professionale dello psicologo fondata su:

- analisi dei motivi che fondano le opzioni strutturali, valutazione dei processi interni che aggregano consenso sulle scelte che si intendono adottare;
- individuazione delle conseguenze a livello delle variabili di compito (manageriale, gestionale, tecnico-specialistico e operativo) della definizione o del cambiamento strutturale;
- individuazione e intervento sulle altre variabili connesse alla struttura organizzativa;
- predisposizione del piano di attuazione e di verifica della struttura e/o dell'innovazione strutturale proposta.

RELAZIONI INTERPERSONALI TRA OPERATORI IN CONTESTI AD ALTA TECNOLOGIA

Tecnologie e organizzazione ospedaliera

Nella quotidianità del contesto sanitario e di cura l'utilizzo delle tecnologie è diventato ormai pervasivo, dal momento dell'accettazione di un paziente, alle pratiche di anamnesi, diagnosi e refertazione gli operatori si servono di strumenti informatici (e non solo) per espletare il proprio lavoro. Le dimensioni della cura oggi poggiano quindi su un'infrastruttura di artefatti tecnologici che disciplinano le pratiche mediche, intrecciandosi con il lavoro quotidiano di medici, infermieri e operatori. Tali strumenti sono lontani dal considerarsi neutrali e a supporto dell'agire medico, da una più attenta osservazione emerge come l'uso delle tecnologie richieda una ridefinizione degli assetti organizzativi, relazionali per essere gestiti tra le diverse necessità presenti nell'esecuzione delle pratiche mediche quotidiane. A questo si aggiunge il fatto tali oggetti e tecnologie sono entrati nella quotidianità del sistema sanitario anche allo scopo di standardizzare e formalizzare la pratica medica per renderla confrontabile e omogenea: l'uso delle cartelle cliniche informatizzate e dei modelli organizzativi dei processi diagnostici e terapeutici non sono altro che espressione del processo di managerializzazione della pratica medica. Essa si può evidenziare nella diffusione di concetti ed espressioni appartenenti al linguaggio economico, come "matrici di responsabilità", "rapporto costibenefici", che contribuiscono a ridefinire a livello organizzativo le pratiche mediche (Gherardi e Strati, 2004); a questo si aggiungono l'utilizzo tecniche e metodi di stampo economico aziendale finalizzati alla gestione della qualità, del rischio, alla rappresentazione dei processi mediante per esempio flow chart, tutto ciò concorre a modellare i percorsi diagnosticiterapeutici.

In medicina non si assiste solo ad un processo di managerializzazione ma anche di tecnologizzazione dell'ambiente clinico, la bioinformatica, l'ehealth introducono strumenti tecnologici a supporto delle pratiche e delle decisioni in ogni fase del processo di cura, dalle attività di anamnesi ai processi diagnostici e di refertazione (Bruni e Gherardi, 2007).

Tali strumenti e artefatti vengono sostenuti per uniformare i protocolli di cura e aumentare l'efficacia dei processi diagnostici e terapeutici (Timmermans e Berg, 1997).

In realtà, in letteratura è possibile rintracciare numerosi dibattiti inerenti all'efficacia e all'efficienza dell'utilizzo delle tecnologie in medicina e sul loro effetto nei processi di de-professionalizzazione dei ruoli (Berg, 1997b), della perdita di autonomia decisionale e professionale (Harrison, 1998; Mol, 2002; Moreira, 2005) e di cambiamenti nel rapporto medico e paziente (Timmermans e

Kolker, 2004). Tali studi propongono un approccio sociale e costruttivista che si pone come obiettivo quello di comprendere come il sapere si esprima nelle pratiche quotidiane, come avviene il processo di costruzione di senso all'interno delle attività e delle routine esistenti.

In questo senso le tecnologie non rappresentano degli strumenti neutri ma modificano e concorrono a riconfigurare e disciplinare le pratiche esistenti in modo da integrarli (Timmermans e Berg, 2003a); ciò comporta la riorganizzazione fra i diversi elementi (tecnici e sociali), oltre che una ridefinizione delle relazioni all'interno dell'organizzazione sanitaria (Corbin e Strauss, 1993).

Tali tecnologie, insieme ai protocolli rappresentano delle vere e proprie "impalcature" o scaffolding della pratica medica (Timmermans e Berg, 2003a). Tale termine, che deriva dalle teorie Vygotskiane sull'apprendimento (Vygotsky, 1990), sta ad indicare l'insieme degli elementi fisici, psicologici e sociali che partecipano all'azione umana, tale metafora viene ripresa da Orlikowski (2006), il quale sostiene come il linguaggio, gli artefatti tecnologici sostengono le relazioni sociali all'interno di un'organizzazione ma nello stesso tempo le configurano e le disciplinano, il coordinamento e la collaborazione fra operatori assumono significato all'interno delle pratiche costruite a partire dagli artefatti tecnologici (Heath e Hindmarch, 2000). Esiste quindi un processo di reciproca influenza fra le tecnologie e le pratiche organizzative, che non avviene a livello individuale bensì fra gli operatori, all'interno della rete di relazioni definite a partire dalle pratiche lavorative. Le tecnologie vengono utilizzate all'interno di pratiche mediche situate all'interno di un' "ecologia medica" (Cicourel, 1986) i cui elementi principali sono medici, infermieri, operatori e pazienti, informazioni, oggetti, corpi. Lo strumento assume un ruolo centrale nell'attività e il suo utilizzo non viene definito solo a partire dai parametri pensati dai costruttori ma anche da processi di negoziazione fra il suo funzionamento e l'attività organizzativa: intorno all'uso della tecnologia vi sono infatti vincoli tecnici, condizioni d'uso determinate dall'infrastruttura in cui è inserito, attori e vincoli individuali, organizzativi e istituzionali, questo determina modalità differenti di impiego.

Una riflessione su fattori di successo e insuccesso nella percezione delle équipes chirurgiche

Fattori di successo/insuccesso

La percezione del successo e dell'insuccesso dipende dalla rappresentazione di sé e dell'altro e dalla rappresentazione dell'azione. Fa riferimento dunque alle coordinate con cui ciascuno valuta la propria posizione, ai processi di attribuzione causale e agli atteggiamenti condivisi. Nel verbale dei precedenti incontri i fattori discriminanti del successo mi riconducibili essenzialmente a:

- Fattori strumentali, conoscenze di base, appropriatezza dell'ambiente e dell'organizzazione

- Precedenti conoscenze rese disponibili sul paziente, il programma di intervento, il team
- L'integrazione delle competenze nel gruppo
- L'armonia, la comunicazione, la sincronia nel gruppo
- Il grado di fiducia reciproca, l'affiatamento

Il successo e l'insuccesso, pur essendo influenzati anche in modo significativo da caratteristiche individuali, restano in grande misura e prevalentemente l'esito di un'azione collettiva. In linea di principio il successo non dipende solo da ciò che si fa nel corso dell'operazione, ma anche e, forse, soprattutto, dalla sua preparazione, dai dispositivi e dal tempo disponibile e dall'accordo o clima che, anche su quelle basi, può costituirsi tra gli operatori, prima ancora che l'azione abbia luogo.

Il posizionamento emotivo, il vissuto dei diversi attori rispetto all'azione è tuttavia fortemente differenziato e sembra orientare verso atteggiamenti discordanti, lasciando intravedere possibili aree di tensione e conflitto. Un primo fattore di differenziazione riguarda il grado di integrazione percepita con il resto del gruppo. Non sembra tanto essere in questione l'accordo o l'auspicio di una intesa nel gruppo, quanto la possibilità di condividere pienamente le responsabilità in condizione estreme di incertezza e tensione; c'è, allora chi si percepisce come sostanzialmente solo nella decisione e chi viene invece percepito come maggiormente sostenuto da opportunità di confronto e condivisione

Un secondo fattore riguarda la differenziazione degli obiettivi con cui ciascuno orienta la propria visione dell'azione e le proprie priorità. Essi non sono sconosciuti agli altri, ma sono piuttosto implicitamente diversamente gerarchizzati

Un terzo fattore riguarda la percezione di poter esercitare un'influenza efficace sul processo e di essere pienamente in possesso delle conoscenze, dei tempi, degli strumenti appropriati ad un controllo efficace dell'incertezza. Un corollario di questo fattore può essere riguardato in termini di fiducia e percezione di affidabilità delle risorse decisionali del team di fronte a situazioni di forte cambiamento e deviazione nello sviluppo dell'intervento rispetto alle condizioni iniziali. Gli estremi del continuum vanno dalla necessità di definire in anticipo nel dettaglio ogni possibilità, per cui il gruppo non deve in realtà far altro che attenersi a quanto previsto fin dall'inizio, fino alla necessità di prendere ed esplicitare continuamente nuove decisioni che possano essere facilmente condivise sulla base di una intesa profonda nel team.

Un quarto fattore di differenziazione riguarda il posizionamento emotivo rispetto alle tecnologie, in un continuum che va dalla percezione di garanzia e di prevedibilità degli eventi che essa sembra facilitare, alla percezione di incremento della complessità e dell'esposizione personale (in termini di risorse attentive, di stress e tensione emotiva) che la mediazione tecnologica dell'azione comporta

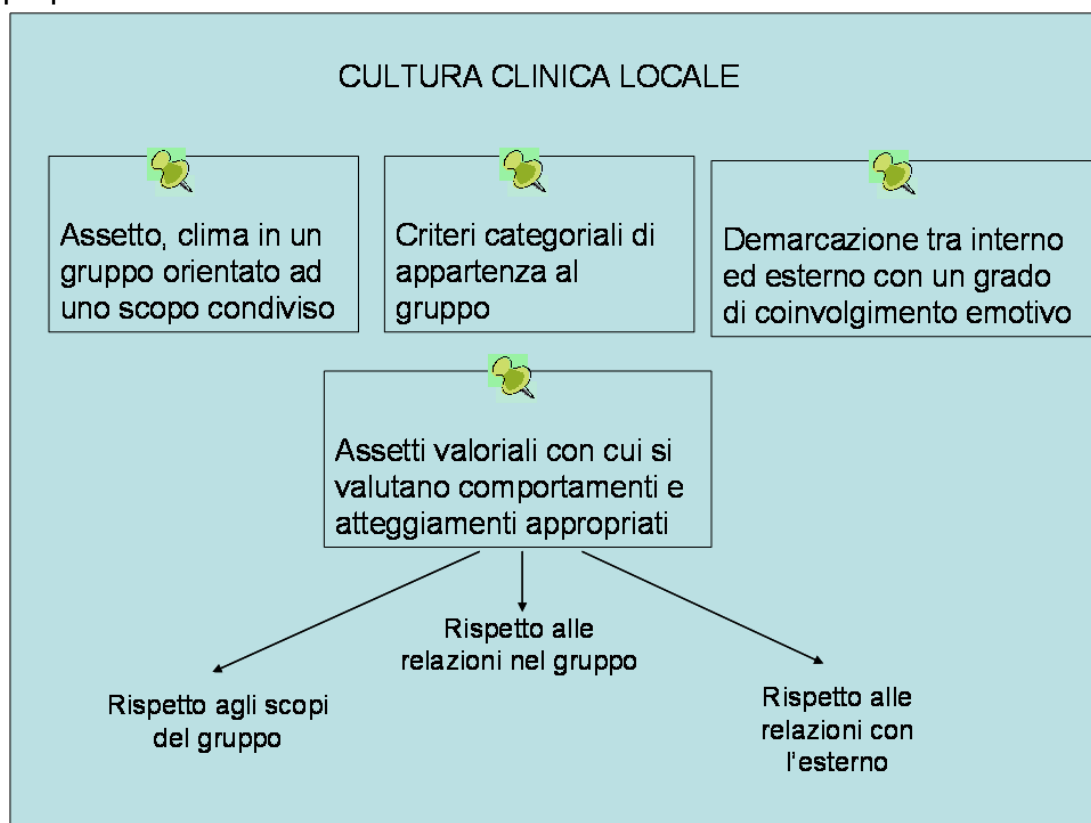
Sembra, insomma, che si evidenzia, dall'analisi dei fattori di successo/insuccesso, una rappresentazione dell'azione come fortemente caratterizzata in senso collettivo, condizionata dagli eventi precedenti e dagli assetti organizzativi, determinata nel suo sviluppo dalla disponibilità piena delle risorse cognitive e strumentali, ma influenzata in modo determinante dagli assetti relazionali,

interpersonali, comunicativi ed emotivi con cui ciascuno si confronta e in cui esercita la propria azione.

La rappresentazione dell'azione nella cultura locale

Le considerazioni fin qui effettuate mi pare possano aiutare a comprendere che la percezione del successo e dell'insuccesso mettano in luce la rappresentazione del team e della sua collocazione nella cultura clinica locale. Esse aiutano forse anche a caratterizzare questa cultura locale secondo alcune dimensioni determinanti che devono forse essere attentamente prese in esame per avviare processi di miglioramento realistici e sostenibili.

Cos'è una cultura locale? Possiamo dire che essa costituisce l'assetto, il clima che si stabilisce entro un gruppo orientato al conseguimento di uno scopo condiviso. Viene chiamata "cultura" per il suo carattere regolativo dei comportamenti, degli atteggiamenti e delle rappresentazioni entro cui si collocano le interazioni reciproche dei membri del gruppo. Essa delinea i criteri categoriali di appartenenza al gruppo e regola mediante segnalazioni condivise anche gli elementi di identità sociale che attraversano i ruoli che gli individui assumono nel gruppo. Costituisce una demarcazione tra interno (ciò che appartiene al gruppo) ed esterno (ciò che non appartiene al gruppo) secondo linee di demarcazione implicite o esplicite e segnalate da appropriate simboliche caratterizzate da un grado più o meno elevato di connotazione e investimento emotivo. La cultura locale delinea anche gli assetti valoriali con cui vengono predisposti e valutati i comportamenti e gli atteggiamenti appropriati.



Ogni azione pratica e ogni comunicazione che si origina nel gruppo, viene organizzata secondo una triplice serie di coordinate, la prima che ne valuta l'efficacia e il valore rispetto al conseguimento degli scopi istituenti il gruppo, la seconda che ne valuta gli effetti sulle relazioni intragruppo, sugli equilibri e sulle regolazioni tra i membri del gruppo, la terza che raccoglie gli elementi che possono influenzare la relazione (intergruppi) con l'esterno.

La cultura locale è il prodotto dell'interazione nel gruppo, delle conoscenze pregresse e delle relazioni istituenti che costituiscono la sua storia, ne definiscono l'orizzonte di senso, delineando l'idea di futuro (destino) del gruppo. La cultura locale è prescrittiva dei posizionamenti personali reciproci e influenza il modo in cui i soggetti si percepiscono, regolano le proprie azioni, esprimono le proprie tensioni emotive entro al gruppo e rispetto al conseguimento degli scopi del gruppo. In questo senso la cultura clinica locale influenza l'organizzazione del pensiero e l'ancoraggio metacognitivo che vengono considerati appropriati o inappropriati nel gruppo e nella mente stessa dell'operatore. Ed è importante capire se e come questa metarappresentazione si moduli diversamente nei diversi posizionamenti all'interno del gruppo.

Queste metarappresentazioni comprendono e accettano gradi diversi di conflitto tra valori decisionali intrinseci al sistema e valori decisionali estrinseci al sistema. Questa linea conflittuale è interessante perché attraversa il posizionamento degli stessi individui entro il sistema. Infatti, talune influenze extrasistema riguardano le operazioni emozionali, i processi identificativi e simbolici che accompagnano i processi decisionali.

Perché è importante la cultura locale nei processi di miglioramento?

Se si ricollocano le riflessioni compiute nella prima parte dell'intervento (quelle sui fattori di successo/insuccesso) nella discussione sulla cultura locale, si può affermare che le posizioni espresse nei precedenti incontri consentono di intravedere in filigrana alcuni assi orientativi su cui la cultura locale del team chirurgico-anestesiologico cerca di delineare il senso della propria fisionomia istituzionale.

Possiamo ipotizzare, in sintesi, che i fattori di successo possano essere raggruppati:

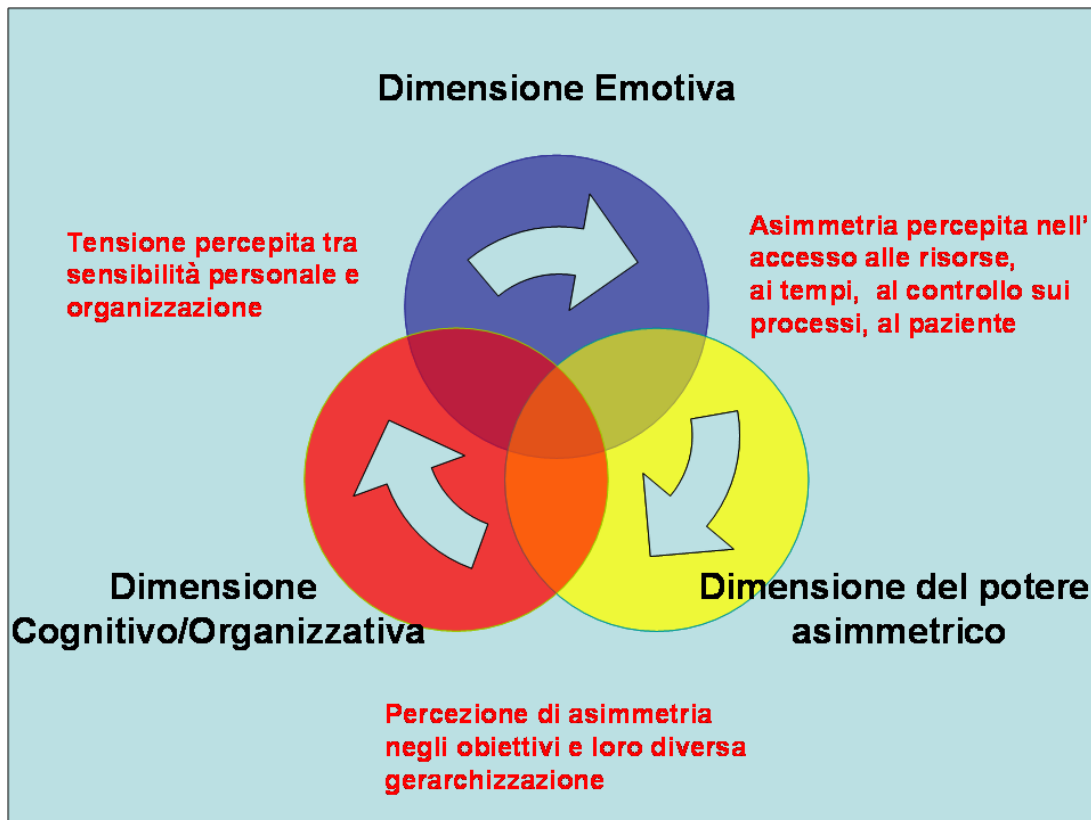
- in un primo assetto cognitivo/organizzativo e strumentale (l'insieme delle condizioni e delle competenze appropriate, la rete di informazioni, la conoscenza degli assetti e dei dispositivi organizzativi e le condizioni del loro funzionamento concreto)
- in un secondo assetto di condizioni soggettive, di posizionamenti emotivi nelle relazioni interpersonali, fatto di consuetudini e di pratiche, ma anche di tensioni e conflitti interpersonali, entro cui viene agito il proprio posizionamento soggettivo e la linea mobile di demarcazione tra sé come persona appartenente ad una

pluralità di contesti e l'identità sociale assunte entro il gruppo

- in un terzo assetto in cui ciascuno è posizionato in rapporto alle proprie possibilità di azione, decisione e controllo sui processi.

Possiamo chiamare il primo assetto, dimensione cognitivo/organizzativa, il secondo dimensione emotiva, il terzo, dimensione del potere asimmetrico nell'organizzazione. Lungo queste tre dimensioni si possono collocare alcuni problemi cruciali che si intravedono negli incontri e che lasciano percepire l'esistenza di "veri" problemi sottostanti

Il primo problema è rappresentato dalla percezione di una asimmetria (cognitiva, razionale) negli obiettivi e, come si è visto, nella loro gerarchizzazione. Un altro problema è costituito dalla tensione percepita tra sensibilità personale e organizzazione avvertita come limite. Un terzo problema è costituito dall'asimmetria percepita nell'accesso alle risorse, al tempo e alla capacità di controllo del processo, persino nella disponibilità della conoscenza catamnesi e nella conoscenza diretta del paziente.

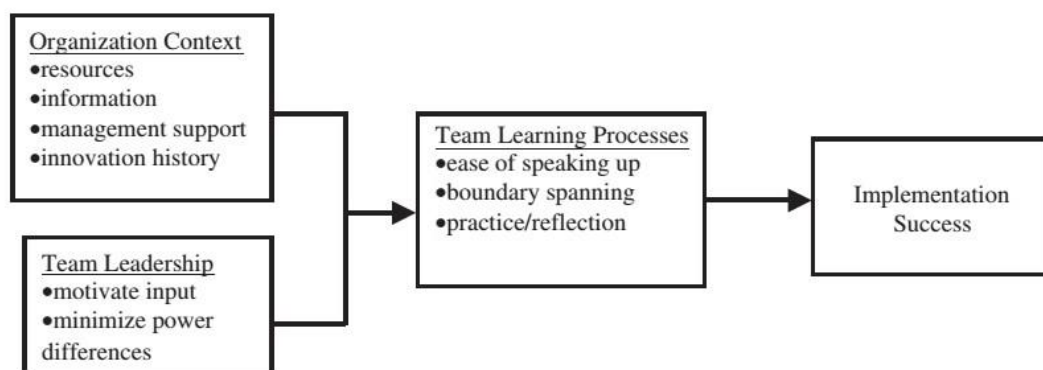


Si potrebbe continuare. Ma si può dire che i "veri" problemi siano quelli che espongono ad una duplice tensione "nel ruolo" e "tra ruoli" in cui le componenti cognitive/organizzative non sono dissociabili dalle componenti emotive e di potere. La cultura locale assicura che, in condizioni di equilibrio e di bassa incertezza, la composizione delle tre dimensioni consente una qualità sufficiente degli assetti relazionali. Ma la caratteristica dei cosiddetti I.A.T. (Interdisciplinary Action Team) è quella di proiettarsi in condizioni di equilibrio precario perché agiscono in

situazioni di elevata incertezza, rapidi cambiamenti, forte innovatività strumentale e procedurale.

La recente cultura organizzativa tende a studiare quali sono in un assetto complesso e relativamente instabile come quello degli I.A.T. le condizioni di apprendimento e costruzione di significati condivisi che consentano di far fronte al rapido avvicinarsi di nuove abilità e nuove routine. Il problema viene posto non tanto sulla costruzione di repertori comportamentali dettagliati, quanto sulle condizioni di costruzione e diffusione di nuovi modelli mentali che comportano spesso un riposizionamento complessivo del sistema.

La figura seguente mostra i dispositivi concettuali che vengono predisposti per facilitare processi di apprendimento in queste condizioni di elevata complessità



Proposed antecedents and outcomes of learning beliefs and behaviours in interdisciplinary action teams (Edmondson, 2003, pag. 1425) ²

Come si può vedere si distinguono un blocco di interventi cognitivi e organizzativi, un blocco di interventi sulla team leadership mirata ad agire sugli assetti motivazionali e sulle differenze di potere/controllo nel team, e un terzo blocco (dipendente dai due precedenti) che agisce sulle specifiche condizioni di apprendimento. Queste sono essenzialmente riconducibili a pratiche riflessive di confronto, interazione e autoesplorazione intese come garanzia di sviluppo di relazioni appropriate al cambiamento e all'implementazione di nuove pratiche.

In una visione più generale, una buona “manutenzione” di una cultura locale che sia in grado di fronteggiare le sfide dei cambiamenti e di regolare positivamente le tensioni e i conflitti che agiscono entro e tra ruoli dovrà aggiungere a queste dimensioni una specifica attenzione al confronto e alla “manutenzione” emotiva delle relazioni interpersonali.

Un modo per esplorare tali relazioni interpersonali è rappresentato dalla “etnografia cognitiva”, oggetto del prossimo capitolo.

² Edmondson A. C. (2003), Speaking Up in the Operating Room: How Team Leaders Promote Learning in Interdisciplinary Action Teams, *Journal of Management Studies* 40:6, pp. 1419-1452

ETNOGRAFIA COGNITIVA DELLE INTERAZIONI MEDICHE. MEDICI E INFERMIERI PRENDONO DECISIONI³

Di Dafne Muntanyola e Simone Belli

Introduzione

Quest'articolo tratta di un'etnografia cognitiva in un contesto lavorativo ospedaliero, e analizza i principali modelli e strumenti di comunicazione visibili attraverso una metodologia di ricerca sociale. Nella nostra ricerca bibliografica abbiamo notato che i modelli teorici dominanti, come la *Rational Choice Theory* rispetto alle decisioni mediche non corrispondono a quello che osserviamo nel contesto ospedaliero. Questa innovazione teorica nel campo della conoscenza riguarda un cambiamento nell'approccio all'analisi. Riconoscere la radice sociale di alcune categorie mentali richiede una ridefinizione del nostro oggetto di ricerca. Per spiegare come si lavora in un ospedale, e spiegare quindi il processo decisionale dal punto di vista cognitivo, è più rilevante l'analisi delle azioni e delle interazioni tra i vari attori. Infatti, durante l'osservazione etnografica abbiamo visto come i professionisti interagiscono continuamente tra loro e con gli strumenti di lavoro. Per questa ragione, ci sembra opportuno ripensare a tutti i contesti professionali di comunicazione, osservando attentamente i loro ambienti fisici e sociali.

Tratteremo della comunicazione all'interno del contesto lavorativo, attraverso una revisione teorica delle tre dimensioni delle pratiche ospedaliere: le decisioni mediche nel loro contesto osservazionale, le dinamiche all'interno del *workteam*, e lo spazio che occupa il paziente. Nell'analisi presenteremo diversi esempi di etnografia cognitiva di un reparto di emodinamica catalano. Per far ciò, sceglieremo il contenuto delle narrazioni derivanti da interazioni fra i membri del *team* medico come prova del processo comunicativo. La comunicazione interpersonale assume dunque un ruolo centrale nelle decisioni di lavoro dei professionisti.

Analizzeremo gli elementi dell'interazione nel lavoro medico durante le conversazioni, come elementi rilevanti per la comunicazione. Il contenuto delle narrazioni derivanti dal *team* medico risultano essere delle evidenze empiriche dei significati condivisi, come l'esclusione del paziente e "l'imparare facendo" nei rapporti di apprendimento.

³ Ringraziamo i revisori dell'articolo per i commenti ricevuti e Francesca Brivio per la edizione della versione finale di questo articolo.

La comunicazione al lavoro.

La letteratura scientifica nelle Scienze Sociali degli ultimi anni ha stabilito che la conoscenza è sempre più un processo sociale, dove tutti i tipi di conoscenza, incluso il sapere medico, sono un prodotto dell'intersoggettività. Una revisione di recenti teorie sulle capacità cognitive degli agenti (Gibbs, 2006; Clark, 2008; Hutchins, 2006) e delle interazioni nella vita di tutti i giorni (Kirsh, 1995; Lave, 1999; Antaki, 2004; Cicourel, 2006; Author 2) mostra la mancanza di integrazione di modelli sperimentali con risultati empirici in contesti naturalistici.

Le informazioni scambiate all'interno di un contesto lavorativo devono essere riconosciute come legittime e quindi condivise (almeno parzialmente) da tutti i membri del *team*. Questo significa che in un'unità medica tutti i membri sanno che tutti gli altri membri sanno che tutti sanno. Detto con parole dell'antropologo cognitivo Roy D'Andrade (1995), « *cognition emerges when everybody knows that everybody knows that everybody knows* ». L'intersoggettività è un orizzonte definito dall'esperienza conoscitiva condivisa da ogni membro del *team*; un tipo di conoscenza che rende possibile la reciproca osservazione nello svolgimento delle attività.

Dal punto di vista dell'attività situata (*Situated Activity*), vediamo come il modello psicologico della cognizione è anche contestuale (Norman, 1988, Zhang e Norman, 1994, Kirsch e Maglio, 1994, 2011, Wright et al., 1999, Barsalou, 2003, Resnick, 2004). Author 2 nel loro lavoro etnografico di danza contemporanea esplorano questo "pensare con il corpo", definendolo come una strategia d'apprendimento insita nei ballerini, la cosiddetta marcatura (*marking*):

« A dancer creates an externalized version of some aspect of a phrase, attends to it while making it, and because of the constraints that are graspable while working with his or her body, she uses the marking process to understand something deeper about the intended structure of the phrase » (Muntaniola).

Il *marking*, quindi, ha due funzioni. La prima funzione è quella di essere veicolo informativo per il ballerino che deve prevedere i movimenti che sta imparando o immaginando, selezionando gli aspetti più rilevanti e tralasciandone altri. La seconda funzione del *marking* invece, è il processo interattivo-cognitivo che porta a un movimento migliore, più completo e riflessivo, ricco di significato rispetto alla mera esecuzione dei passi di danza. Pertanto, il *marking* è un esempio che va oltre l'essere un mero strumento (oggetto), per diventarne la parte centrale del processo creativo. In un importante studio di Kirsh & Maglio (1994) viene trattato il concetto di azione epistemica riguardo alle azioni di esperti giocatori del videogioco Tetris per ottenere il massimo punteggio. I ricercatori hanno osservato che i giocatori esperti premono il pulsante di rotazione che permette di far ruotare i blocchi sullo

schermo più volte rispetto ai principianti. Questa correlazione riguarda il tempo e lo spazio disponibili nel gioco, indicando che è più efficace poter vedere nel gioco le opzioni disponibili e poi scegliere la più appropriata, piuttosto che visualizzarle internamente o simularne le possibilità di rotazione e solo alla fine prendere una decisione e applicarla.

« All these phenomena seem to be cases where a particular perceptualcognitive problem is more quickly or easily solved in the world- or, at least, with the help of external activity- than in the heard alone» (Kirsh & Maglio, 1992:98).

Pertanto, le decisioni di medici e infermieri potrebbero essere viste anche come serie di azioni epistemiche, ossia di decisioni prese nel corso di interazioni che si avvalgono di mediatori tecnici e strumentali, come ad esempio i monitor.

I meccanismi di sincronizzazione sono condizioni necessarie in ciò che viene definita *embodied cognition* (Goodwin, 1994; Clark, 2004; Gibbs, 2006; Myers, 2008). Altri esempi sono stati studiati nelle scienze (KnorrCetina, 1999; Mondada, 2008; Collins, 2004; Latour, 2008) e nelle arti, sia osservando musicisti (Sudnow, 1998; Clark, 2004;) sia ballerini (Kirsh et al, 2009). In sociologia, tale approccio olistico e realistico non è nuovo: il valore aggiunto di questi studi è il fatto di spiegare come le ragioni e le intenzioni siano costruite a livello locale, in interazione, e lasciando da un lato la teoria psicologica sulla *black box*, e permettendo così una spiegazione integrata dell'azione.

Il concetto di cognizione distribuita è dunque definito come l'attività creativa locale tra gli agenti coinvolti, gli strumenti e le condizioni sociali e fisiche (Hutchins, 2006; Cicourel, 2006; Giere & Moffat, 2003; Murphy, 2004; Rogers, 2006; Lozares, 2007). Dal punto di vista della scienza cognitiva attuale, Clark (2008) definisce la distribuzione come la cognizione scambiata localmente tra i singoli agenti, strumenti e vincoli fisici. In Kirsh (1995), la distribuzione cognitiva viene definita come la necessità del singolo agente di proiettare in modalità concettuali l' ambiente spaziale e temporale che semplificano a loro volta la scelta, la percezione, o il calcolo . Hutchins (2005) mette l'accento su singole manipolazioni di strumenti verso un sistema cognitivo complesso, con regole culturali specifiche e rituali (Giere, 2004). Per Lozares (2007), le risorse cognitive distribuite sono simboliche, e includono le attività e gli strumenti (materiali, linguistici, relazionali, economici) con un valore sociale determinato dalla condizione dei lavoratori. Knorr- Cetina (1999) identifica la cognizione distribuita con la cognizione collettiva: la conoscenza scientifica è descritta come il prodotto di una comunicazione difficile e di percorsi strumentali in agenti conoscitivi collettivi. La cognizione è da questo punto di vista, un sottoprodotto cognitivo individuale esistente insieme al suo ambiente fisico.

Mondada (2005) spiega la dimensione distribuita della ricerca come una pratica collettiva e dinamica; fatta allo stesso tempo di alleanze e divisioni, appartenenze e dissociazioni nel discorso.

Il team medico come comunità di pratiche

L'attenzione per la ricerca sociale sulla creatività ha spostato l'interesse dai processi mentali interni all'esteriorità dell'interazione. Hutchins (1995) invece sostiene che l'enfasi dell'analisi non riguarda tanto la manipolazione individuale dell'agente, ma dipende dal suo sistema cognitivo complesso che opera attraverso norme culturali specifiche:

« Our folk and professional models of cognitive performance do not match with what appears when cognition in the wild is examined carefully » (Hutchins:1995).

L'antropologo sostiene che la teoria appresa dall'allievo pilota durante la formazione in accademia non coincide esattamente con le norme che i piloti esperti seguono nella loro cabina per valutare e monitorare i loro strumenti d'aviazione. Quello che accade è che il gruppo di piloti professionisti sviluppino una serie di pratiche con i loro corpi e gli strumenti usati che vanno oltre la teoria precedentemente acquisita. Questa non è una correzione, ma un perfezionamento dell'apprendimento, semplicemente ricontestualizzato.

Morana Alac (2003) definisce questo tipo d'interazione come sistema interattivo multimodale, come nel caso di studio delle relazioni tra medici esperti nell'interpretazione d'immagini cerebrali (*Brain Scan MRI*). L'unità d'analisi in questi casi si sposta dall'individuo al gruppo e all'interazione.

Alcuni autori della cognizione distribuita, quando osservano gli ambienti professionali, evidenziano che la conoscenza risiede nelle dinamiche informali (Hutchins, 1995, 2006, Artman & Garbis, 1998, Lozares, 2007, Hollan et al., 2000, Giere, 2004, Knorr Cetina, 2010). Secondo Knorr-Cetina (2010), le decisioni più importanti nella ricerca scientifica non sono prese nella sala di riunioni, ma intorno alla macchina del caffè, a seguito di strutture narrative improvvisate e non regolate, i cosiddetti pettegolezzi tecnici (*technical gossip*). La sociologa identifica questo tipo d'interazione come un processo di cognizione collettiva. Le conoscenze specifiche di un laboratorio chimico, per esempio, sono descritte come il prodotto di complessi modelli comunicativi e strumentali all'interno di una tradizione epistemica storicamente e culturalmente determinata. Knorr-Cetina mostra come il metodo scientifico sia applicato a contesti culturalmente diversi, secondo cui gli strumenti vengono utilizzati seguendo le dinamiche relazionali dei ricercatori nei laboratori. Pertanto parlare di comunità pratica è un concetto utile per spiegare come avvengono i processi di apprendimento tra medici e infermieri (Lave e Wenger, 1991).

«Community does not imply necessary co-presence, a well-defined identifiable group or socially visible boundaries. It does imply participation in an activity system

about which participants share understandings concerning what they are doing and what means in their lives and for their communities» (Wenger: 1991, 98).

Queste comunità di pratica non sono necessariamente dei gruppi di lavoro formali, come per esempio l'Unità di Emodinamica osservata. Una comunità di pratica informale potrebbe essere quella dei programmatori del sistema operativo Linux, diffusi in tutto il mondo, ma che lavorano insieme per migliorare il codice di programmazione. L'apprendimento quindi avviene secondo una 'pratica' generata dalla partecipazione informale e non regolata da parte dei membri con meno esperienza, e dall'accentramento delle pratiche più specializzate nelle mani del gruppo di esperti.

L'esclusione del paziente

La responsabilità medica è il risultato della tensione tra un contesto incerto e la distanza emotiva necessaria agli agenti, il cui il risultato è una oggettiva tensione del paziente. Questo corpo è come se fosse dimenticato, diventa quindi intenzionalmente materia manipolata dall'esperto: *The body is unmindful, in which human intention and personality disappear from the body* (Luhmann: 2001, 88). A questo fine, osservando gli ambienti d'intervento chirurgico e medico, Hirschauer (1991), Collins (1994) et Peneff (1997) mostrano come la manipolazione del corpo del paziente si estenda agli agenti presenti all'intervento, in modo che i medici e infermieri diventino '*orecchie per esperti*', che pensino ad alta voce per migliorare la loro performance cognitiva.

« So the relationship between patient-body and anatomical body is reflexive: they are models for each other (...) In surgery transference happens not only between pictures, but between pictures and natural objects. This results in a reflexivity of similitude: there is no ultimate reference point» (1991: 312).

Cosa fa il personale medico a causa degli imperativi morali? Primo, non nuocere intenzionalmente -*primum non nocere*- (Montgomery 2006, 127); secondo, "il lavoro è la vita", così la dedizione professionale è assolutamente responsabilità del medico, e la terza, l'atteggiamento di trasmettere affidabilità, dove l'immagine e la reputazione sono fondamentali. Esiste una dimensione paradossale di responsabilità medica che si applica a situazioni in cui un altro agente, il paziente, è a rischio: *The patient's illness provides the occasion for the doctor's moment of glory* (Becker et al.: 1961, 237). Questo corrisponde al conflitto d'interessi nel dilemma tra intervenire o non intervenire, tra precauzione e rischio nell'innovazione, tra tutela professionale e beneficio per il paziente.

Metodologia. Il Setting e l'etnografia audiovisuale

Per studiare le decisioni di medici e infermieri nel reparto emodinamica di un ospedale pubblico di Barcellona, sono state effettuate 12 osservazioni nel 2006

durante un periodo di tre mesi, con il supporto di due telecamere tre giorni alla settimana. Si è utilizzata anche una fotocamera situata a intermittenza in direzione dell'intervento sul paziente. La figura 1 mostra la sala principale, irradiata, cioè con radiazioni di un laboratorio di emodinamica. Sono rappresentate le apparecchiature, tra cui gli schermi, il *team* di medici e infermieri e i corpi dei pazienti. L'etnografia si è svolta in un laboratorio dove lavorano a giorni alterni cardiologi e chirurghi vascolari, e un gruppo di infermieri. Il gruppo-sperimentale è composto da sei membri, come mostra la mappa: un primario e due medici da un lato e due infermiere ed un'assistente, dall'altro. La sala irradiata è separata dalla sala computer da una parete di vetro. La maggior parte della comunicazione avviene attraverso questa parete o dalla porta. Le posizioni della telecamera sono indicate nel disegno.



Figura 1. Laboratorio di emodinamica con angiografo digitale di un ospedale pubblico di Barcellona. Unità di cardiologia e di chirurgia vascolare.

Nel caso di un intervento vascolare, è la stessa persona che accompagna il paziente e che interviene nel reparto di emodinamica. Invece in cardiologia il medico del paziente è un agente che non fa parte dell'unità. Ci sono altre quattro persone che agiscono nel contesto entrando ed uscendo dal processo per realizzare una funzione specifica: un agente che fa parte del personale di pulizia dell'ospedale, un altro agente che porta le barelle con i pazienti, le infermiere che preparano il paziente e la segretaria del servizio di cardiologia, che gestisce l'unità.

In questo ambiente, gli strumenti professionali e gli elementi narrativi sono cruciali per il successo dell'intervento. Pertanto, la nostra unità d'analisi è denominata "*Episodio di Attività Ricorrente*" (EAR, Barab e Yamagata-Lynch, 2001) dove si possono incontrare i vari modelli d'interazione dell'*equipe* medica. L'analisi è stata eseguita con il programma di trascrizione di materiale audiovisivo Transana, con il quale abbiamo selezionato i cambi di attività EAR in cui i professionisti entrano in interazioni comunicative e strumentali. Oltre a definire e analizzare le narrazioni

e i sistemi d'interazione, con queste analisi abbiamo isolato i componenti visibili del processo - *narrative, metafore e gesti* - e separato gli imprevisti che vengono messi in risalto nei passi tecnici-funzionali. Lo stesso processo è stato applicato all'analisi delle interviste d'infermieri e medici, attraverso il programma ATLAS.ti.

In tre diverse fasi realizzate con Transana abbiamo potuto isolare le sequenze di attività del processo:

- Prima fase: Mettere in relazione i processi trascritti in Excel con il video analizzato per individuare con precisione il testo che corrisponde alla clip del video selezionato;
- Seconda fase: Raggruppare e denominare i frammenti di attività secondo gli agenti coinvolti (primario, medici, infermieri e membri tecnici, pazienti e tirocinanti);
- Terza fase: Classificare le narrazioni dei due diversi processi di selezione. Incorporare queste narrative e le diverse dimensioni che le accompagnano - *metafore, gesti e imprevisti* - nel processo.

Nella sezione seguente inizieremo con l'analisi delle narrazioni mediche. A questo fine abbiamo seguito un approccio qualitativo per trovare i meccanismi causali delle decisioni mediche, cercando di dare un significato agli eventi narrati dai professionisti dell'emodinamica (Timmermans, 2013:5). Seguendo il lavoro di Labov (Franzosi, 2004: 252), le storie sono solo un'osservazione significativa dei modelli interattivi che le accompagnano. Le storie, dunque, rappresentano la dimensione relazionale del processo, le storie standard (Tilly in Cicourel: 2006b), che la sociologia e la psicologia della salute mettono in relazione con il contesto e con l'organizzazione per spiegare i *flows of communication, patron-client chains, employment networks, conversational connections, and power relations from the small scale to the large and back* (Cicourel 2006b, 45). All'interno di queste storie, il motore dell'azione è la parola, la categoria cognitiva fondamentale che interpreta e concettualizza la nostra esperienza.

Si tratta di un metodo per sintetizzare l'esperienza passata, facendo corrispondere a una sequenza verbale alcune sequenze di eventi che (si deduce) siano realmente accadute (Labov in Franzosi, 2004: 55). Si tratta di una storia definibile secondo un ordine temporale, una durata e una frequenza.

Analisi

L'*equipe* emodinamica è un sistema tecnico-funzionale di alta precisione. La necessità di sincronizzazione strumentale e gestuale degli esperti mostra la dipendenza materiale ed interattiva dei loro processi di ragionamento. L'osservazione dettagliata dei movimenti e della manipolazione dei materiali da parte dell'infermiera e del medico coinvolto nel processo mostra la loro reciproca dipendenza. Quest'approccio aiuta a rivalutare gli strumenti di preparazione delle infermiere, per esempio, normalmente poco visibili, e a spiegare la natura delle decisioni collettive.

Nella Figura 2 possiamo vedere i medici (in azzurro) e gli infermieri (in bianco) che misurano una lesione dell'aorta sullo schermo, mentre comunicano verbalmente e non, ricorrendo a gesti deissi con cui indicano una immagine sullo schermo. Morana Alac, una ricercatrice dell'University of California-San Diego, definisce questo tipo d'interazione come un sistema interattivo multimodale. In primo luogo, Alac allude allo sguardo degli agenti coinvolti che costituisce il canale per lo scambio d'informazioni di base nei sistemi d'interazione multimodali, dove gli agenti (medici) decifrano congiuntamente l'immagine sullo schermo. Lo sguardo è accompagnato da gesti: il dito che indica lo schermo, i movimenti del mouse e gesti di simulazione con il corpo. Questa simulazione del corpo si ripete ogni volta che c'è una manipolazione strumentale, una ripetizione che prevede uno scambio d'informazioni per prendere una decisione.



Figura 2

La maggior parte delle narrazioni del medico riguarda gli strumenti: apparecchiatura endoscopica, cateteri, *stents* e palloncini. È un modello di comunicazione che va oltre la barriera degli esperti, perché tutti parlano e pongono domande rispetto all'uso o all'esistenza di un catetere o di una proiezione specifica come vediamo nelle narrazioni di carattere pedagogico esposte di seguito. La manipolazione di questi strumenti durante l'intervento chirurgico è un privilegio solamente concesso agli esperti. Solamente loro possiedono le capacità necessarie per gestirli e sapere quando l'immagine sullo schermo è sufficientemente utile e chiara.

Narrativa 1

(Il medico assistente chiede all'infermiere le misure e i modelli di cateteri disponibili).

Assistente medico: «Ho bisogno di uno “stent”, siamo sull’aorta, di mettere uno stent (...) per guardare. Aspetta, guarda, non c’è un “pigtail” (...) o

“autocat”? 125 non c’è bisogno, ma forse il 110... 110.» Infermiera: « Sì, abbiamo “pigtail”».

Assistente medico: « Quanto misura?».

Narrativa 2

(Il primario vascolare interrompe il processo per ricordare gli stock disponibili e correggere la misura del catetere).

Primario: «Vicent, Montse, se parliamo di cateteri, abbiamo “pigtail” 100 di ... questo è quello che deve essere utilizzato in ogni caso. Più lungo se si vuole fare una femorale selettiva, è polivalente».

Assistente: «Sì, è vero».

Narrativa 3

(Il Primario vascolare verbalizza tutte le opzioni di selezione dei catetere secondo i vari passaggi).

Primario: «Dovete decidere se volete vedere l’aorta, perché se si vuole vedere direttamente la gamba, se si vede direttamente la gamba, si utilizza il polivalente. Non bisogna fare due modifiche per lo stesso scatto, tutto dipende se si vuole vedere l’aorta o le iliache. Un’iniezione nella biforcazione iliaca e vedrai. E ti metti dentro».

In primo luogo, l’assistente chiede all’infermiera quali modelli e quali misure dei cateteri sono disponibili. Nel secondo, il capo medico esperto interrompe: prima ricorda quali sono i cateteri disponibili (che è un compito specifico dell’infermiera), corregge l’assistente per quanto riguarda la dimensione necessaria, e quindi giustifica la stessa. Le spiegazioni derivano dalla necessità di decidere i passi da seguire durante l’intervento. La decisione del capo medico esperto sposta la decisione sul materiale a una decisione preliminare su ciò che è l’obiettivo immediato dell’intervento. *“Si può vedere l’aorta o direttamente l’iliaca?”* Per vedere le due aree, si devono usare due cateteri diversi e fare un cambiamento, che è rischioso. Se si va direttamente all’iliaca, serve solo un catetere, il più corto. La decisione del primario, totalmente verbalizzata, garantisce un intervento più semplice e sicuro. Qui troviamo il concetto di azione epistemica (Kirsh & Maglio, 1994), che spiega come gli esperti sono quelli che hanno le risorse per interagire con gli altri agenti (del contesto) e strumenti in modo rapido ed efficace.

Poiché questo medico è visto come l’esperto in quel contesto, i suoi modelli comunicativi coinvolti nella narrativa, che di solito segnano l’azione, determinano il risultato e partecipano alla valutazione di tutto il processo. Il primario svolge un ruolo importante anche nella seconda narrativa, perché condivide le sue competenze mediche con l’intera comunità medica presente nella sala.

Intanto il paziente è sotto anestesia locale durante il processo, quindi è cosciente e interagisce con infermieri e medici durante l'intervento chirurgico. Apparentemente questo sistema è confuso, c'è un numero elevato d'interazioni e di diversità tra gli agenti che rendono l'ingresso del paziente inavvertito. Durante il processo, il paziente è per il medico un corpo che può interferire, essendo quest'ultimo rappresentato da un'immagine: «*Mi esce dallo schermo*». Quindi, l'immobilità e il respirare al momento giusto sono il requisito più importante per garantire il perfetto successo dell'operazione: «*non si muova, non respiri. (...) L'immagine è perfetta*». La preparazione del corpo del paziente coinvolge molti gesti e manipolazioni strumentali che vanno dal personale medico a quello infermieristico: per esempio prima dell'anestesia che inizia l'intervento, bisogna trovare il “*polso*”, che a volte può richiedere un lavoro di squadra da parte dei medici. Invece chi è responsabile per il posizionamento del braccio o della gamba è sempre il personale infermieristico. Se ci sono problemi nel trovare il polso del paziente da parte dei medici, questi cercano l'aiuto del primario o l'uso di strumenti accessori come il cardiofrequenzimetro.

La vicinanza al letto del paziente aumenta l'autorità (e responsabilità) delle persone coinvolte, poiché è una zona ad accesso limitato, che segna il grado di centralità delle informazioni che lì si vanno diffondendo. Se si osserva la comunicazione con il paziente tra i due gruppi professionali, medici e infermieri, si nota come la distribuzione del lavoro di preparazione è ben definita tra di loro. Il tentativo di un infermiere di svolgere un compito che corrispondeva a un medico, cioè di dire al paziente come e quando respirare mentre si esegue l'endoscopia provoca un gesto fermo del medico per riposizionare l'attività dell'infermiere: «*Lascia, lascia... (gesto con la mano)(...) quando vi dico di respirare(...) ora può respirare*». Pertanto il rapporto con il paziente, anche se secondario, risulta importante per la costituzione dell'autorità medica.

La comunicazione dell'infermiera con il paziente è verticale (dall'alto in basso) durante il posizionamento del corpo del paziente per prepararlo all'intervento: di fatto chiamano “*dipingere*” l'atto di cospargere dello iodio sulla pelle del paziente prima della puntura, indicando che anche nel contesto infermieristico il corpo del paziente diventa un oggetto. Il paziente assume una duplice funzione: in primo luogo, è una fonte d'informazioni perché offre delle prove fisiche, e dall'altro, diventa un ostacolo che può causare interruzioni nel processo d'intervento.

Il paziente torna “*in vita*” nel momento in cui il medico vuole confermare che il paziente non stia soffrendo: «*Le faccio male? Va meglio?*». Oppure dandogli coraggio quando si tratta di un intervento lungo: «*L'intervento è lungo, ma Lei si sta comportando bene*». Prima dell'intervento il medico informa il paziente di quello che farà, e chiede anche informazioni per prendere decisioni durante il processo, così da essere sicuri di non incontrare nessuna irregolarità. L'esperto s'informa, se il paziente ha qualche allergia e per esempio se ha un *pacemaker* e questo significherebbe ripensare al suo stile di vita, come si vede nella narrativa 4:

Narrativa 4

Medico: «Salve, sono il dottor Jordi, piacere, ha molte limitazioni? Ha dolori o può condurre una vita normale, ha dolore? Sì, sì, Lei che età ha? 60, 65? 66? È in pensione, lavora? o no, è autonomo quindi, cammina?»

Paziente: «Posso camminare, non troppo, perché ho un piede molto piatto e(...)»

Medico: «ah ok, questo è qualcosa che dobbiamo considerare».

La necessità di agire in conformità con gli standard di sicurezza e d'igiene dettati dal giuramento di Ippocrate che impone di non fare del male al paziente viene espressa dai medici più volte, facendone un principio esplicito di sicurezza: «*Ti sta toccando il camice, non fare l'endoscopia*». Oppure commentando un episodio passato riguardante un'operazione non riuscita, come questo dialogo tra medici vascolari: «*A volte ... quando sanguinano è qualcosa di assolutamente impossibile da prevedere. Sai che cosa voglio dire? Io non l'avevo mai visto*». Ci sono continui riferimenti al possibile dolore del paziente durante l'intervento chirurgico «*Le faccio male?*». In questo momento l'informazione si muove dal paziente verso il medico, in modo che il medico è in qualche modo subordinato alle esigenze del paziente.

L'interruzione è dovuta a ritardi da parte del paziente o da una situazione di emergenza; per esempio, in caso di attacco cardiaco, bisogna interrompere il processo e seguire con altri pazienti in attesa, oppure nel caso in cui sentono dolore e il medico deve aumentare la dose di sedativi e anestesia, oltre a manipolare con cura cateteri e guide, o per qualsiasi posizione del corpo che interferisce con l'immagine. In tutti i casi, l'infermiere e il medico parlano al paziente e, di conseguenza, aumenta la "densità" di comunicazione tra loro. Ciò può provocare incomprensioni tra medico e paziente, che l'infermiera può chiarire:

Narrativa 5

Medico: «Ora quali sono i sintomi?»

Paziente: «Ora? Allora(...) sì (...) (non sa cosa dire)».

Infermiera: «Non adesso, in questi giorni, la scorsa settimana(...)» Paziente: «Ah sí, avevo dolori e mi sentivo stanchissimo».

In un altro caso, il paziente piange e l'infermiera contribuisce a localizzare l'origine del dolore durante l'intervento:

Narrativa 6

Il paziente: «*Mi fa male*».

Infermiere: «*Male, no, è un disturbo, no(...)*» P: «*Mi fa male il braccio quaggiù*».

I: «*Ti fa male il polso?*» P: «*Mi fa male tutto, tutto*».

I: «*Che cosa?*» P: «*Tutto il braccio*».

L'infermiere è anche il traduttore dell'intero processo, traducendo i messaggi del paziente per renderli più chiari e specifici, e quindi condividerli con l'intera *equipe* di lavoro.



Figura 3

Parlando con i pazienti, sia nella preparazione sia durante l'intervento, le metonimie tra medici e infermieri sono costanti. Il paziente diventa il suo male, lo rappresenta fisicamente, come per esempio avviene nelle conversazioni telefoniche con il primario vascolare rispetto a una pianificazione settimanale. I pazienti diventano l'organo di cui è oggetto l'intervento pianificato: *"Il paziente numero due, radiali femorali, questo, il D ok, questo va via oggi, no?"* All'interno dell'ambiente ospedaliero ci si riferisce spesso a una carotide per parlare di un paziente con un'arteria carotideale ostruita, in modo che lo spazio reale del paziente è sostituito da uno spazio immaginato, quello dell'aorta ostruita. Entrambi gli spazi, tuttavia fanno parte del dominio reale dell'ospedale (Alac e Coulson: 2004).

Narrativa 7

Medico al telefono: «Se è così mi dica se può essere fatto a livello locale, è una legatura delle tube, è uguale, se quindi programmiamo questo prima e poi la carotide, la carotide in secondo luogo, questo è importante, lo faremo qui sopra perché verranno per far la carotide (....) Può essere messo, alla fine metto te sulla carotide del martedì».

Un'altra strategia medica è quella di stabilire un parallelismo linguistico con il conflitto, derivato dall'oggettivazione del paziente come corpo e non come soggetto, che ritroviamo continuamente nelle narrative degli esperti e non esperti nella comunità medica. In queste narrative si utilizzano metafore di conflitto tra l'agente e l'oggetto-corpo mentre si parla dell'intervento. Sono affermazioni degli

esperti che implicano non solamente un cervello pensante, ma persone con percezioni emotive e sensoriali.

La conoscenza medica oggettivizza il corpo del paziente, mentre soggettivizza gli strumenti e le lesioni anatomiche osservate, attribuendo loro qualità morali e di guida sulle operazioni da eseguire. D'altro canto le emozioni sembrano giocare un ruolo importante in questi modelli di comunicazione, e indirettamente nelle interazioni tra gli agenti come esperti virtuosi: il giusto atteggiamento implica una certa disposizione delle mani, e la posizione rispetto al paziente e agli altri agenti del contesto. Inoltre, a volte queste posizioni indicano la tensione o eccitazione nel processo di sviluppo o della decisione da prendere. Per esempio, quando si tratta d'iniziare un processo complicato, e il medico esprime agitazione o eccitazione: “*Andiamo!*”, o batte le mani per avviare il processo:

Narrativa 8

(Il responsabile vascolare fa un gesto di pugno stretto verso il responsabile di servizio, indicando tensione, il suo corpo in avanti, più vicino al vascolare e all'improvviso batte le mani e grida: «*Andiamo!*». Per l'adrenalina, quando si è appena conclusa la endoscopia tutti i medici si avvicinano allo schermo per vedere).

Infine, il primario formula dei giudizi estetici che funzionano come elementi di distacco, come se il corpo fosse una scultura o un mobile al punto di essere trasformato artisticamente.

Narrativa 9

“La chirurgia ha i suoi rischi, ma i risultati sono molto buoni, quindi è meglio passare in un momento determinato un po' di dolore, fastidio, e lasciare la cosa risolta... invece di fare qualcosa di bello, molto carino(...)e poi, disastroso. Bello questo caso, abbiamo una stenosi renale molto bella, praticamente perfetta, bene”.

Nel processo di diagnosi, mappare l'anatomia del corpo del paziente è un processo di negoziazione tra le risorse cognitive del medico e l'effetto di tale intervento sul sistema cardiaco e vascolare in cui le metonimie ne sono un chiaro indicatore.

Narrativa 10

Primario: «Bisognerebbe sistemarlo, perché un giorno o l'altro può succedere che per colpa di queste conseguenze per i postumi dell'operazione (...) potrebbe funzionare, sí, ma il recupero (...) quello che noi faremo per quel tipo di lesioni ci interesserebbe di più farlo passando dalla gamba perché il catetere è più grosso(...)attraverso il braccio ci sono molti disturbi per i movimenti del medico e del braccio... e potremmo lavorare(...)».

(Il paziente gli chiede quanto tempo durerà questo intervento, e chiede di avvisare la famiglia)

Infermiera Carme ((al dr. Jordi): «Vuole parlare con i suoi (parenti)?» Dr.Jordi: «Ora gli spiegheremo (...) grazie».

Narrativa 11

Infermiera Marta: «piano, piano ... se devi fare pipì o qualcosa del genere, la bottiglia, non c'è problema ... l'importante è che (...) come con un rubinetto, bisogna aprirla con la mano (...) c'è la chiusura a molla. Come ha già detto il dr. Jordi, c'è una piccola possibilità che si ritorni a chiudere».

In questa narrativa vediamo come sia il medico sia il primario fanno parte di una comunicazione dall'alto verso il basso che oggettivizza il paziente. Per quanto riguarda il medico, spiegando al paziente ciò che si farà, è frequente l'utilizzo di verbi diversi come “intervenire”, e si evita il verbo “operare” per la sua carica drammatica, e anche perché l'unità di emodinamica non è esattamente un'unità chirurgica. Invece di utilizzare questi verbi, il medico utilizza i termini “lavorare”, “sistemare”, e altri verbi con connotazione manuale e meccanica.

È importante l'ordine in cui è comunicata l'informazione e lo spazio che occupa nella narrazione; in questo caso possiamo osservare che: 1) Mentre il medico si concentra sull'anatomia del cuore e delle lesioni in modo meccanico, l'infermiera si concentra sul corpo come sistema organico e fisico; 2) il medico è responsabile di spiegare la scelta migliore dal punto di vista medico-scientifico e di giustificarla, mentre gli infermieri traducono in termini più comprensibili l'intervento in questione, spiegando il possibile rischio per il paziente, tenendo conto delle esigenze che vanno oltre l'anatomia del cuore del paziente. Non deve sorprendere che sia il paziente che chieda al medico di avvisare i membri della famiglia, e che sia un'infermiera che suggerisca al medico di parlare direttamente con loro, e che non se ne occupi lei stessa.

Vediamo che all'inizio, quando il medico spiega l'operazione al paziente partendo con un condizionale (dovrebbe essere), utilizza il verbo ‘sistemare’ per riferirsi direttamente alla lesione anatomica del paziente. Poi giustifica l'intervento riferendosi al rischio che comporterebbe rimandarlo in un futuro, anche se si tratta di rischi non definiti “*perché un giorno o l'altro potrebbe succedere (...)* “. Inoltre rifiuta l'altra opzione possibile, quella di operare per recuperare più tardi, e ancora una volta spiega da quale arto entrerà, giustificando l'utilità di entrare introducendo il catetere dalla gamba per la comodità del medico ed anche per quella del paziente, che altrimenti subirebbe “*molti disturbi*”. Ancora una volta, si riferisce all'attività dei medici in prima persona plurale, per ottenere fiducia, utilizzando il verbo “lavorare”. A questo punto, il paziente chiede quanto durerà l'intervento, e chiede che avvisino la famiglia: il medico parla con l'infermiera che gli chiede se vuole parlare con i familiari, il che, di fatto, è parte del suo lavoro, e lui assicura al paziente che lo farà, utilizzando di nuovo la prima persona plurale, “*ora gli spiegheremo*”. Invece, nella narrativa 11, l'infermiera non menziona la lesione, ma l'operazione stessa, parla di come sarà il lavoro dei medici, e utilizza parole quotidiane per spiegare l'intervento, come “*piano, piano*”. Inoltre l'infermiera si riferisce al paziente come una persona, un corpo con bisogni fisici, e gli spiega che

se deve soddisfare alcuni di questi bisogni può parlarne con lei senza vergogna, utilizzando un linguaggio quotidiano, informale, per sdrammatizzare la situazione. Poi continua come ha fatto il medico in precedenza, cioè definendo la lesione, spiegando come la apriranno, con meccanismi simili a un rubinetto e facendo gesti con la mano. Conclude definendo il rischio dell'intervento per il paziente, qualcosa che il medico non ha detto, anche se ripete, per non creare conflitti di responsabilità con il medico, che esiste una piccola possibilità che si possa richiudere.

Conclusioni

In quest'articolo, abbiamo potuto osservare che il processo di decisione medica è sempre intersoggettivo, condiviso in questo caso da tre professionisti: primario, medici, infermieri. Questi tre agenti interagiscono tra loro anche grazie a una comunicazione con base strumentale e tecnica. La nostra analisi mostra il carattere generale di natura situazionale della cognizione esperta. La maggioranza delle interazioni tra gli agenti esperti e quelli non esperti consiste nel far risaltare e selezionare le immagini più chiare o adeguate nella fase esplorativa e nell'anticipare le opzioni di manipolazione della fase successiva, quella dell'intervento. Il controllo degli oggetti dà all'esperto la capacità di decidere le fasi di attuazione e i tipi di materiale necessario per il processo medico. Queste interazioni hanno una chiara dimensione pedagogica, giacché suppongono una distribuzione dell'informazione che può portare a fasi di prove verbali e gestuali per narrative posteriori.

La maggior parte delle narrative di riflessione medica riguardano gli strumenti: apparecchiatura endoscopica, cateteri, *stents* e palloncini. È un modello di comunicazione che va oltre la barriera degli esperti, perché tutti parlano e pongono domande rispetto all'uso o all'esistenza di un catetere o di una proiezione specifica. Attraverso l'osservazione dei dialoghi tra il responsabile del servizio vascolare, esperto nel suo campo, un medico vascolare assistente, e un'infermiera esperta, vediamo come attraverso regole informali il medico più esperto è coinvolto nella negoziazione tra l'assistente e l'infermiera sulle varie scelte del modello del catetere e di misurazione disponibile. Gli esperti mantengono quindi il controllo degli strumenti centrali del processo, così come i modelli di comunicazione che lo rendono possibile.

Quindi, possiamo capire come il concetto di "chiacchiere" tecniche è perfettamente applicabile in questo contesto medico dove i modelli di comunicazione veicolati dalla manipolazione strumentale sono al centro del processo d'intervento. Purtroppo, la manipolazione di questi strumenti durante l'intervento chirurgico è un privilegio solamente concesso agli esperti. Solamente loro possiedono le capacità necessarie per gestirli e sapere quando l'immagine sullo schermo è sufficientemente utile e chiara.

Sia dal punto di vista dell'*embodied cognition* come della cognizione distribuita, la conoscenza è sempre localizzata socialmente. Di conseguenza i meccanismi di sincronizzazione sia tecnici sia funzionali diventano centrali. Per quanto riguarda

l'occupazione dello spazio fisico da parte dei medici, si può notare come sia una chiara maniera per guadagnare o esprimere autorità in momenti di decisione. Lo stesso gesto può essere ripetuto con partner diversi in differenti fasi del processo.

Possiamo affermare che in questi ambienti di lavoro le decisioni sono distribuite secondo rapporti di apprendimento. La distribuzione delle azioni tra esperti e non esperti diventa una pratica professionale specifica e di apprendimento professionale che consente di “*imparare facendo*” (*learning in doing*). L'anatomia dell'immagine corporale del paziente diventa guida fondamentale alla pratica dell'esperto e anche per la sua percezione del corpo del paziente. Da questa prospettiva teorica la ricerca sulla conoscenza diventa necessariamente relazionale e partecipativa. La comunicazione interpersonale assume dunque un ruolo centrale del processo di lavoro.

Pertanto, le decisioni di medici e infermieri potrebbero essere viste anche come serie di azioni epistemiche, ossia di decisioni prese nel corso di interazioni che si avvalgono di mediatori tecnici e strumentali, come ad esempio i monitor. Il giudizio estetico nelle decisioni finali è lo strumento esplicativo più adatto, siccome tratta un giudizio a posteriori di un'attuazione o performance già conclusasi o in processo. Si tratta di decisioni pragmatiche. Per lo più, queste stesse giustificazioni costituiscono un aiuto cognitivo, come il fatto che la ripetizione di un gesto tecnico superfluo nella maggioranza degli interventi fa sì che il gesto diventi automatico, e quindi garanzia epistemica nei processi successivi. I medici tirocinanti possono imparare interiorizzando queste forme di decisione che hanno sperimentato pragmaticamente, e che gli esperti hanno provato in precedenza.

Durante il nostro lavoro etnografico abbiamo osservato che la dinamica sociale dell'*equipe* medica è situata, distribuita e intersoggettiva, ma esclude spesso il paziente. Durante l'osservazione, il paziente è completamente invisibile, anche se sveglio durante l'intervento.

L'invisibilità del paziente è l'altro importante oggetto di studio di quest'articolo, perché fa emergere l'eccezionalità e la mancanza di empatia per quei corpi che entrano ed escono ad intervalli regolari dalla sala operatoria - in totale 15 pazienti al giorno. Questo fenomeno è una conseguenza dell'atteggiamento dei medici e infermieri, che non interagiscono quasi per niente con il paziente, a parte lo stretto necessario. Continua a mantenersi, soprattutto nei periodi di conforto, di gestione emotiva, una completa dissociazione tra l'intervento e il paziente, come se non stessero lavorando su un corpo, ma lo stessero trattando come un corpo-oggetto; il paziente diventa un corpo oggettivato per il medico, oppure un malato critico di cui prendersi cura nel caso dell'infermiera.

L'obiettivo è che i medici abbiano tutti gli elementi necessari, materiali e strumentali, rispetto alle decisioni da prendere per fare il proprio lavoro. L'obiettivo degli infermieri, subordinato a quello del medico, è che il paziente riceva attenzioni e cure necessarie, in quanto risulta importante economizzare i tempi perché le cose avanzino rapidamente o, in altre parole, che ci sia più tempo per l'intervento dopo la fase esplorativa. L'infermiere diventa anche il mediatore dell'intero processo, traducendo i messaggi del paziente per renderli più chiari e specifici, e quindi condividerli con l'intera *equipe* di lavoro.

Tuttavia, le emozioni sembrano giocare un ruolo importante in questi modelli di comunicazione, e indirettamente nelle interazioni degli agenti come esperti scelti. La conoscenza medica oggettivizza il corpo del paziente, mentre soggettivizza gli strumenti e le lesioni anatomiche osservate. Nel processo di diagnosi, mappare l'anatomia del corpo del paziente è un processo di negoziazione tra le risorse cognitive del medico e l'effetto di tale intervento sul sistema cardiaco e vascolare: le metonimie ne sono un chiaro indicatore. Ritroviamo continuamente nelle narrative degli esperti e non esperti nella comunità medica metafore di conflitto tra l'agente e l'oggetto-corpo mentre si parla dell'intervento. Un'altra strategia è quella di stabilire un parallelismo linguistico con il conflitto. Sono parole degli esperti che implicano non solamente un cervello pensante, ma persone con percezioni emotive e sensoriali. Si può affermare che anche nella comunicazione tra il paziente e il *team* medico, le decisioni sono socialmente localizzate.

STORIE DI VITA E CULTURE LOCALI IN TERAPIA INTENSIVA

di Simonetta Spada e Paride Braibanti⁴

Conflitti e relazioni in fine vita nella percezione degli operatori (medici e infermieri)

Il capitolo muove da un'analisi delle espressioni delle tensioni e dei conflitti che compaiono nelle parole dei partecipanti ai diversi incontri nelle sei terapie intensive coinvolte nella ricerca. Senza limitarsi ad esse, è parso tuttavia che tali espressioni misurino con sufficiente chiarezza il terreno che impegna sul piano psicologico gli operatori sanitari e consente così di delimitare un campo di analisi da cui possono risultare importanti indicazioni sia per la comprensione fenomenologica, sia per orientare eventuali scelte operative.

Il primo passaggio è consistito nel classificare le presenze delle diverse tipologie di conflitti contenute nei singoli interventi, che in questa fase della ricerca costituiscono la nostra unità di analisi.

Sono stati esaminati 1420 interventi dei partecipanti e tra questi sono stati selezionati i 317 interventi (pari al $317/1420 \cdot 100$ %) che in qualunque modo riferissero ad una tensione o un conflitto relativo ai processi in fine vita. Su questi è stata effettuata un'analisi dei topics che si sono raggruppati in distinte categorie in funzione dei soggetti coinvolti e della natura dei conflitti e delle criticità espresse.

L'analisi ha permesso di rintracciare un ricco intreccio narrativo in cui gli elementi di tensione e conflitto percepiti dal team si articolano su differenti livelli di problematicità. I risultati di questa indagine, pur mostrandosi conformi a quelli rintracciati in letteratura si caratterizzano per una più ampia sintonizzazione con le complesse sfaccettature in cui si declina il vissuto degli operatori sanitari.

Alle criticità interpersonali si affiancano, infatti, quelle organizzativoistituzionali e, con forza, quelle più specificatamente personali, rinviati a quel particolare dialogo che ogni interlocutore intrattiene con se stesso (tabella 1)

⁴ Da Bertolini G.(ed), *Scelte sulla Vita*, Raffaello Cortina Editore, 2004

Tabella 1 Criticità organizzativo/istituzionali- interpersonali e personali rilevate nelle Terapie Intensive di Cesena, Brescia, Torino, Pavia, Palermo e Cremona

	TOT.
<u>A. Criticità organizzativo/istituzionali</u>	11
Scarsità delle risorse	5
Vuoto legislativo rispetto alla responsabilità decisionale	2
Politica sanitaria che mira all'incremento della quantità piuttosto che alla qualità della prestazione	3
Cattiva organizzazione del funzionamento sanitario	1

	TOT.
<u>A. Criticità interpersonali</u>	122
→Criticità nelle Relazioni team-parenti	21
La famiglia richiede cure più intense rispetto al team	7
Comunicazione povera e problematica (da cui derivano forti contrasti tra famiglia e team)	6
Il team vuole agire in autonomia-la famiglia è ritenuta poco competente	6
Non curanza e cattiva gestione da parte del team dei bisogni della famiglia	1
Elementi religiosi	1
Relazioni intra-team	83
Opportunità di mantenere-attivare-sospendere LST (lasciare morire o tentare di tutto?)	16
Altri disaccordi relativi alla pianificazione della cura	22
-Gestione del dolore/ sedazione (sedare intorpidisce e riduce la possibilità di scelta del soggetto)	2
-Modalità di gestione della morte (la morte in reparto è considerata poco dignitosa)	16
-Altro	4
Mancanza di coordinamento, scarsa comunicazione e poca chiarezza rispetto alle decisioni prese (il team funziona come insieme di parti slegate tra loro e non come squadra)	24
Esclusione dalla presa di decisione / Mancanza di condivisione della scelte	17
Non disponibilità dei colleghi	1
Interpretazione dei desideri dei pazienti	1
Mancanza di ascolto da parte dei colleghi	1
Relazioni intra-familiari	10
Opportunità di mantenere-attivare-sospendere LST	2

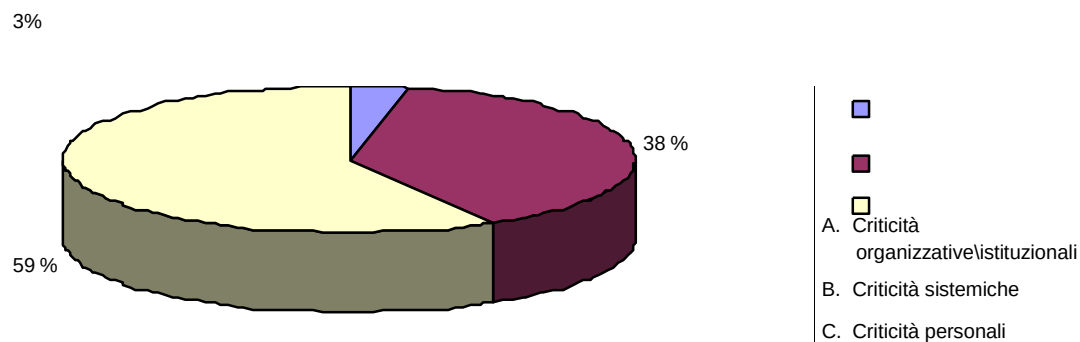
Altri disaccordi relativi alla pianificazione della cura	2
Esclusione dei sentimenti del paziente	1
Rispetto/Non rispetto della volontà del paziente	2
Relazione paziente/team	8
Conflitto tra desideri del paziente e scelte di cura da parte del team	

<u>C. Criticità personali</u>	<u>185</u>
Incertezza/ difficoltà personali rispetto alla presa di decisione	113
-Mantenere in vita assume il significato di un'inutile dilatazione dei tempi di sofferenza (accanimento terapeutico) o di un'ulteriore chance di vita per il paziente? -problema strettamente intrecciato con il tema dell'imprevedibilità degli esiti	15
-Problemi etico-morali (E' etico che qualcuno scelga sulla vita o sulla morte? E' corretto che la vita sia prolungata in maniera artificiale?)	12
-Rappresentazioni del senso della vita in rapporto al deterioramento della qualità della vita	41
-Difficoltà nell'interpretazione della volontà del paziente (mancanza di feedback-mancanza di testamento biologico→difficoltà di medici ed infermieri quando si tratta di scegliere della vita di qualcun altro)	29
-Difficoltà relativa alla scelta su delega del familiare	5
-Altro	11
Criticità rispetto all'assunzione di responsabilità di scelta (chi è responsabile della scelta?- peso emotivo connesso a questo tipo di scelta...)	65
-Problematicità rispetto alla condivisione delle decisioni con il paziente o al rispetto delle scelte di quest'ultimo (il paziente ha diritto di scegliere il tipo di cura?)	28
-Conflitto tra la scelta di decidere in maniera autonoma/veicolare la decisione dei familiari/ condividere la scelta con i parenti	11
Deresponsabilizzazione/Assunzione della responsabilità	14
-Altro	12
Identificazioni/immedesimazione (→ sentirsi in situazione di pericolo lavorando con la morte)	4
Conflitto tra gestione automatica/tecnica del paziente e relazione di cura nei suoi confronti	10
Difficoltà a gestire il coinvolgimento emotivo con il paziente	4
Difficoltà a comunicare l'emotività accumulata	2

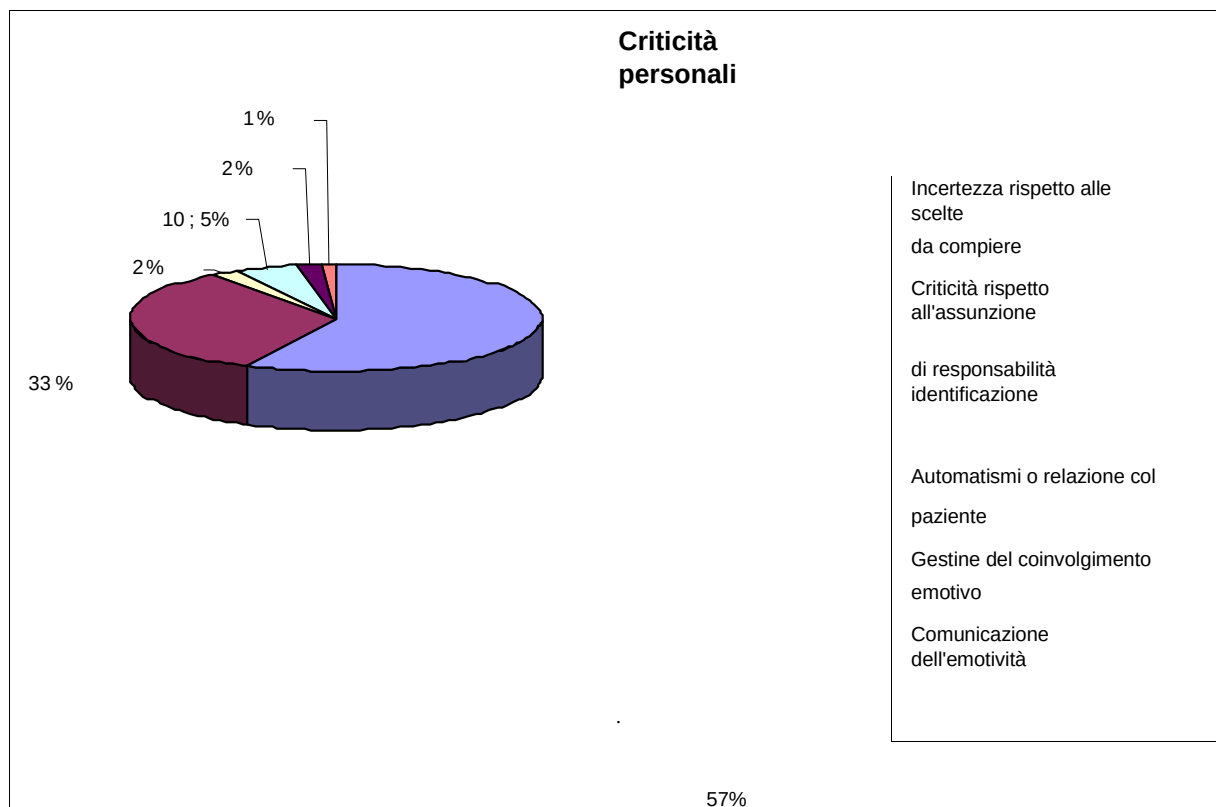
Ed è proprio l'ultima dimensione citata, quella personale, ad essere più frequentemente rilevata nelle narrative del team, costituendo dunque il piano che meglio rappresenta la problematicità insita nella metarappresentazione del campione analizzato (Figura 1)

Figura 1 Conflitti organizzativo/istituzionali, interpersonali e personali nelle 6 T.I. analizzate

tituzionali-interpersoanali e personali in 6 Terapie Intensive



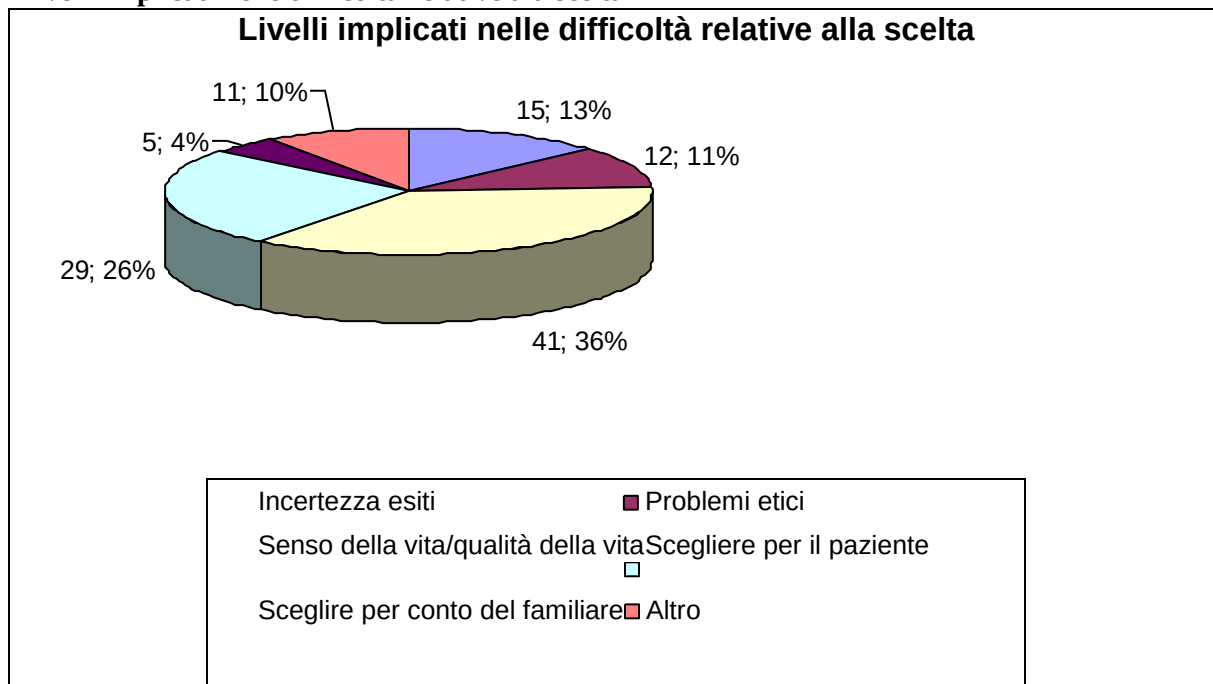
Più in dettaglio (figura 2), il gruppo esplicita il tema della profonda difficoltà incontrata nei momenti critici della presa di decisione, quando il dover scegliere diventa determinante per la sopravvivenza o meno del paziente. **Criticità personali**



La T.I. si configura allora, nella mente degli interlocutori, come un luogo di confine, in cui torna in primo piano, per nulla dato per scontato, il tema del valore

da attribuire alla vita, quando il corpo è irrimediabilmente compromesso e la qualità dell'esistenza deteriorata (figura 3; indice → senso della vita /qualità della vita). In questo contesto liminare, dunque, i canoni usuali crollano e il decidere diventa fonte di angoscia ed incertezza. Ad incrementare le difficoltà degli operatori, si aggiunge, nella maggior parte dei casi, l'impossibilità di intercettare la volontà del paziente, cui si associa l'ineludibile necessità di compiere comunque una scelta (figura 3; indice → Scegliere al posto del paziente).

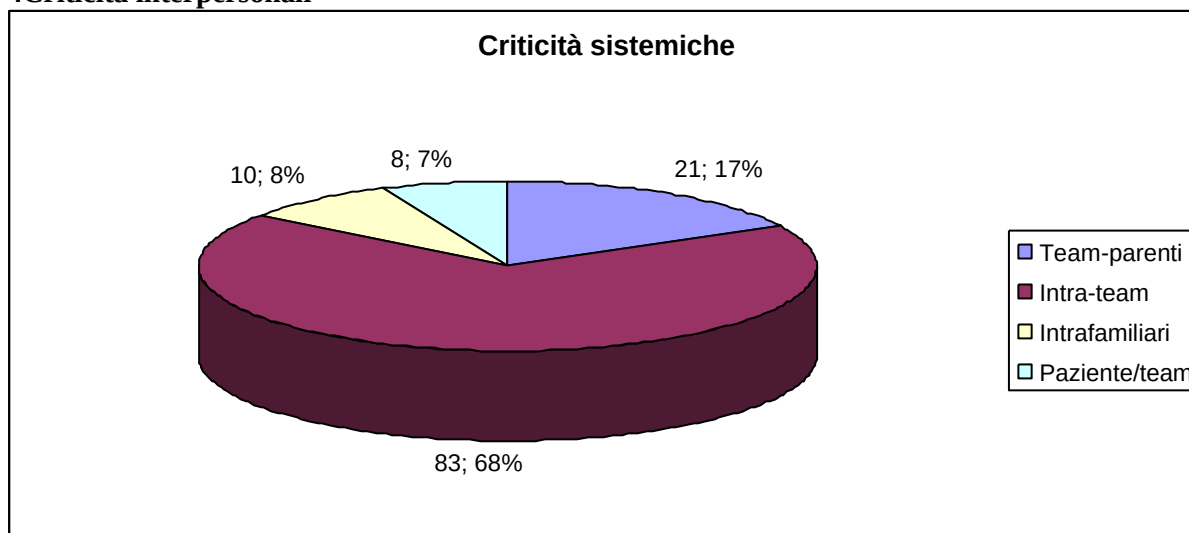
2 Livelli implicati nelle difficoltà relative alla scelta



Tra le criticità personali rilevate (tabella 2), inoltre, è espressa, nel 33% dei casi, quella relativa al posizionamento dei membri del sistema rispetto alla titolarità nella presa di decisione. Medici ed infermieri sembrano non riuscire a definire in modo stabile chi sia il detentore ultimo del diritto di scelta o, complicando il quadro, se questa facoltà debba essere esercitata secondo una qualche ed indefinita dinamica collegiale (tabella 2; indice → Criticità rispetto all'assunzione di responsabilità). Tra le difese che gli operatori sperimentano per mettersi al riparo dall'incertezza e dall'intenso carico emotivo cui sono sistematicamente esposti, viene menzionata la possibilità di de-umanizzare il corpo del paziente che, spogliato della propria biografia, diventa un corpo organico, da gestire sul versante della cura igienica e da avvicinare con i soli strumenti forniti dalla scienza medica. Ma anche questo estremo tentativo fallisce, mostrando come l'emotività non regolata ed evitata, irrompa comunque, puntuale, nei vissuti del personale, ricollocato così all'interno della relazione con il paziente (figura 2; indice → Automatismi o relazione col paziente).

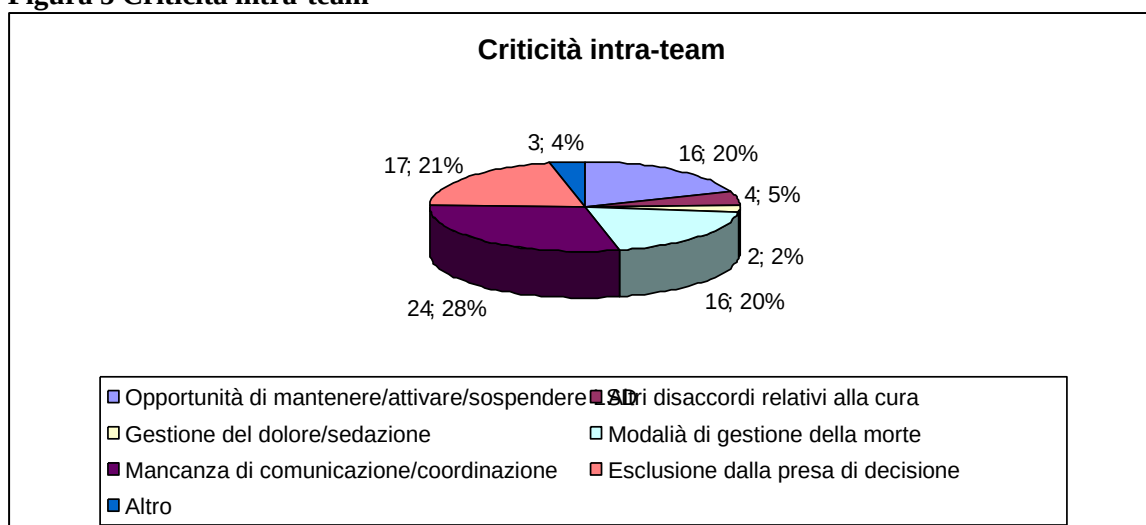
Sul piano interpersonale, occupante il 38% delle problematiche espresse dal gruppo, le criticità si orientano invece principalmente su due fronti: intra-team e team/parenti (figura 4)

4 Criticità interpersonali



Il malfunzionamento intra-team viene spiegato, più approfonditamente, nei termini di assenza di coordinamento e di comunicazione tra le parti del sistema, di esclusione nella presa di decisione, di disaccordo tra colleghi in merito all'opportunità di tentare il "tutto per tutto" per mantenere il più a lungo possibile in vita il paziente, ed infine, di disappunto rispetto alle modalità di gestione della morte in reparto (figura 5)

Figura 5 Criticità intra-team

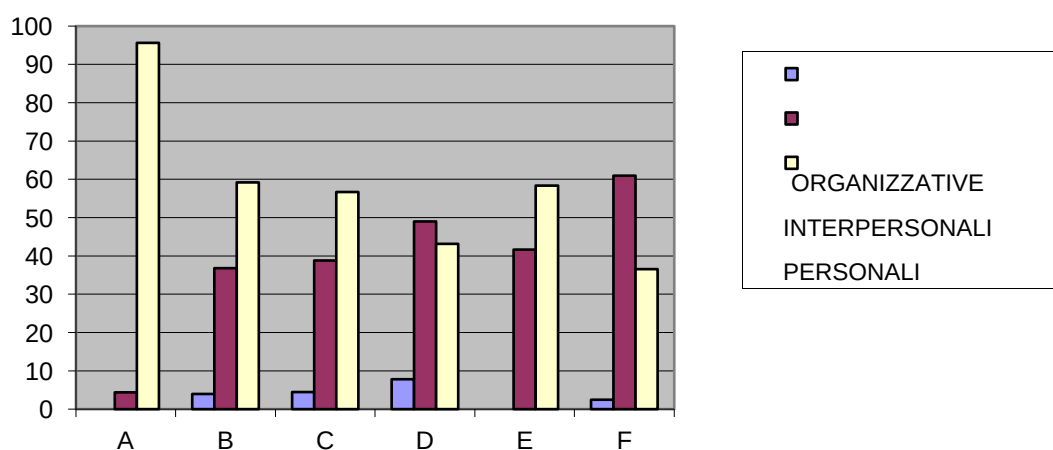


La difficile modulazione dell'incontro del team con i parenti dei pazienti, invece, si colloca sullo sfondo di uno scambio comunicativo che gli stessi interlocutori

definiscono come fragile e lacunoso. Come si osserva in tabella 2, **spesso sono proprio le famiglie** ad opporsi al team, chiedendo cure più intense di quelle stabilite. Questi, dal canto loro, manifestano un aperto disagio nei confronti dei parenti, vissuti come intrusivi e poco competenti nelle scelte.

Se pur in forma marginale (figura 1; 3% dei casi), alcuni disagi sembrano essere ancorati ad un livello problematico più generale, di tipo politico/istituzionale. Affiorano, nei dialoghi, il dissenso rispetto a politiche sanitarie considerate come orientate più alla produttività che alla qualità del servizio; l'incertezza correlata alla percezione di un vuoto legislativo rispetto alla presa di decisione; le difficoltà legate all'assenza di risorse disponibili.

La figura seguente, infine, mostra come le sei situazioni di rilevazione non siano pienamente omogenee nella distribuzione delle diverse tipologie di criticità categorizzate nell'analisi. In una terapia intensiva le tensioni a livello personale rappresentano la quasi totalità degli interventi selezionati (95,6%), in tre si mantengono ad un livello vicino al 60%, mentre nelle altre due sono superate dalle espressioni di conflitto a livello interpersonale. Le tensioni a livello organizzativo costituiscono una chiara minoranza degli interventi: in due terapie intensive sono assenti, e in una solamente superano il 7% degli interventi.



Queste relative disomogeneità segnalano una diversa sensibilità delle équipes e una diversa rappresentazione dei conflitti e delle tensioni che in esse si vivono. Probabilmente ciò è il prodotto di un diverso equilibrio nelle relazioni all'interno delle équipes, di diversi assetti organizzativi possibili e di una diversa relazione con le rappresentazioni e le attese sociali del contesto territoriale di riferimento. Tutto ciò in parte può spiegare le differenze osservate, riconducendole alla configurazione delle culture locali sullo sfondo delle quali i diversi interventi segnalano un posizionamento dei protagonisti nei processi decisionali. Ed è appunto sulle tracce di questi diversi posizionamenti che le pagine seguenti cercheranno di offrire una rilettura e un'analisi più in profondità del ricco materiale testuale dei focus, nel tentativo di gettare maggiore luce sui significati delle criticità ecosistemiche che l'analisi quantitativa ci ha consentito fin qui di rintracciare.

L'équipe della rianimazione è spesso vissuta, a livello sociale, come la più tecnica tra le professioni sanitarie. La TI sembra essere una realtà "di confine", ai limiti delle cure e della vita stessa: gli operatori sono coloro che, oltre a toccare il limite, vi stazionano.

M: "se gli altri possono chiamare noi quando succede qualcosa di grave, noi non possiamo chiamare nessuno nell'emergenza, dopo di noi non c'è più nessuno..."

M2: "...se l'ha detto il rianimatore.... Che non si poteva far niente.. è lui l'unico che può dirlo"

Essere ricoverati in TI equivale ad essere gravi o gravissimi ma con una speranza e la TI è il luogo dove, se è possibile, il filo può essere riannodato. I pazienti giungono in condizioni estreme. Il corpo che si è "rotto" in seguito ad un incidente, che ha avuto un blocco nel funzionamento, che non ha tenuto botta ad un intervento chirurgico... è il tema centrale. Il corpo si manifesta in tutta la sua fragilità di un "tutto" che, non funzionando come dovrebbe va, in prima battuta, vicariato. Il mandato terapeutico centrale è quello di "preservare" la sopravvivenza, la continuità della vita. La cura inizialmente è il mantenere in vita.

I2 : ... E un altro ragazzino che mi ricordo bene, anche questo sono passati 8 o 10 anni, era, midriatico fisso e non gli davano più 100 lire, così, è stato giorni, l'abbiamo pronato, non pronato, è stato giorni che sembrava andarsene da un momento a quell'altro .. poi ha aperto gli occhi e ha tirato fuori la lingua. Sveglia. ... Sveglissimo. E questo è stato un successo enorme. Un ragazzino di 17, 18 anni.

M3 : un caso molto grave in sala operatoria di una paziente con gravi complicanze chirurgiche di sanguinamento, che è stata rianimata oltre quelli che sono considerati i tempi previsti dai sacri testi, che sono di 20 min. Noi abbiamo proseguito per circa ¾ d'ora e oltre e la paziente è tornata, nel frattempo. La paziente attualmente sta bene, insomma, al di là dei suoi problemi di base.

Tutto il "peso" di questa cura è sentito sulle spalle di chi lavora nell'urgenza che continuamente si confronta con vissuti di preoccupazione e angoscia dei familiari, dei pazienti, e, talvolta, con la propria.

La terapia intensiva, pur essendo un luogo dove ci si confronta con la morte non è percepita come luogo dove morire. La morte è vissuta perlopiù come una sconfitta, la famiglia non è vicino, il luogo non è adeguato:

M : " .. e quello che coglie la famiglia è questo. Cioè, che loro muoiono contro il nostro parere: cioè, che noi non saremmo lì per farli morire" " Ma è la famiglia che li guarda!...Ma il tuo ruolo è quello di curare un ammalato. ...A un bambino di sei anni che gli ridai una madre e un padre che è a letto che sbava...Ma porca miseria!"

I1 : ... comunque i nostri pazienti non fanno una morte dignitosa, secondo me ... Perché secondo me una morte dignitosa è fare una morte tranquilli, in una stanzettina da soli, con i parenti vicini che ti tengono la mano, non in mezzo ad altri tre parenti, con le luci accese,

la radio accesa e tutti quelli in giro che fanno un'altra cosa e tu lì in mezzo che muori...non abbiamo neanche un locale, dove dire, lasciamo qui mezz'ora i parenti raccolti un attimino con il loro familiare che è appena deceduto. No ...Cioè non c'è proprio la cultura della morte. Nel momento in cui si dice "per questo non c'è più niente da fare", non esiste più, non esiste più. Non c'è la cultura. Non c'è il rispetto

La TI sembra così caratterizzarsi come una sorta di capolinea, un punto estremo, un'isola i cui contatti con il resto del mondo sono importanti, ma non possono essere dati per scontati, né la sopravvivenza di chi ci abita può esservi legata.

I6: ...Allora noi abbiamo scelto come metafora della rianimazione, l'isola. Perché l'isola, secondo noi, è simile al percorso di un naufrago che grazie alla giusta marea, che non siamo altro che noi, operatori che si prendono cura di questo paziente, può approdare quindi alla terra ferma senza perdere mai le speranze ed arrivare alla luce che aveva perso.

Ci sembra particolarmente feconda la metafora dell'isola. Viene spontaneo pensare che la marea risente delle fasi lunari che potrebbero costituire "il terzo", il sistema di riferimento, la cornice culturale che gli operatori sentono come necessaria.

M ...Io penso che almeno per la mia, la nostra pratica personale quello che sono chiamato quasi quotidianamente a fare è quello di decidere sulla vita di un altro, che il più delle volte non può esprimere nessun tipo di parere. E quindi, io in realtà, prendo una decisione Uno cerca dei valori assoluti a cui riferirsi. (...) Ma a proposito di tutte le volte in cui uno decide di non intervenire, o di non continuare un trattamento rianimatorio: io ho sempre la sensazione di compiere una scelta attiva. Comunque..

I: Volevo semplicemente dire che a volte ho l'impressione che la cosa che ci pesa di più sia il modo in cui muoiono, il modo in cui si decida di metterli ... al "minimo sindacale", il modo in cui noi li vediamo morire; perché l'evento acuto, il trauma, il ragazzo giovane, io sono convinta che lasci il segno e che questa cosa sia un po' comune a tutti... e sono sicuramente episodi che poi ti fanno pensare e che disturbano... sono anche convinta che poi in quelle situazioni si faccia veramente tanto e sono certa che alla fine non ci siano tanto problemi di coscienza o di rimorso, questa cosa succede più nel quotidiano con i nostri pazienti cronici, con i pazienti anziani e con il modo in cui noi li vediamo morire...mmmh ... sono storie più o meno tutte uguali... gente che magari viene presa e ipertrattata, per un certo arco di tempo e successivamente vengono sospesi tutti quelli i sostegni cardiocircolatori, i supporti respiratori, e basta, da lì basta...

"...Forse sarebbe giusto- scriveva Agostino nelle Confessioni - dire che i tempi sono tre, cioè un presente che riguarda le cose passate, un presente che riguarda le cose presenti, un presente che riguarda le cose future. E questi tre tempi sono nella mente, non altrove: il presente del passato è la memoria, il presente del presente è la visione, il presente del futuro è l'attesa....". Crediamo che decidere preveda l'avere presente i tre tempi. La complessità viene aumentata dall'intersezione del tempo degli operatori con quello dei pazienti e dei loro parenti.

I rianimatori ci dicono che decidere non coincide con agire:

M ma a proposito di tutte quelle volte in cui uno decide di non intervenire, o di non continuare un trattamento rianimatorio io ho sempre la sensazione di compiere una scelta attiva. Comunque

M2 “...Però, di fatto, quando parli ai parenti e dici che comunque non uscirà vivo dall’ospedale, perché di fatto ha una prognosi a sei mesi, di cui sai che... che non uscirà vivo dalla terapia intensiva...E tu, comunque , cosa fai? Non scegli.”

M3 “...E’ chiaro che, se la persona può esprimere un consenso, si farà di tutto per rispettare questa volontà. E’ chiaro che, quando non c’è il consenso del paziente...,qualcuno dovrà prendere la decisione... Perché non prenderla vuol dire prenderla comunque...”

Non significa limitarsi ad applicare tecniche. E’ anche connesso ai vissuti emotivi

“...cioè noi l’abbiamo vista parlare e poi l’abbiamo vista morire.. e per me è stato drammatico, un po’ perché ero veramente qui da poco, un po’ perché mi sentivo anche inutile in certe situazioni, un po’ perché ero giovanissima, un po’ perché vedevo loro che facevano di tutto di più e poi alla fine... ero stata male un mese per questa cosa...”

“.. è morto.. solo che pochi giorni prima un mio familiare aveva avuto un incidente stradale, era morto, io sono scesa perché avevo il turno, ma... io mi ricordo poco quello che è successo perché ero talmente sconvolta per quello che era successo a me che poi mi sono chiesta se effettivamente avevo fatto tutto quello che potevo fare, e quando sono uscita dalla porta e ho visto la faccia della moglie che era qua e ho saputo che aveva 2 bambini a casa, ecco io da lì, credo, che ho cominciato a non ricordare più niente.. ho rimosso qualsiasi cosa.. da lì non ci sono più stata.. da quando ho superato la porta del pronto soccorso e ho visto quella donna, io... non so... io ho rimosso tutto.. ho fatto ancora qualcosa, però...” Chi lavora in TI sa che:

“c’è qualcosa che può tormentare ancora di più della morte un Rianimatore: la possibilità e l’evenienza che lui espanda in modo tecnologico il tempo della morte anziché della vita del proprio paziente, prolungandone a volte in modo infinito l’agonia”

“Mi piacerebbe ogni tanto ritornare tirocinante con qualcuno che decide per me, senza responsabilità!”

L’isola, di cui si parlava prima, diviene qui arcipelago: non c’è un unico approdo:

Si cerca di capire, com’è successo ieri, che mi è capitata una paziente in una condizione terminale, avrei potuto portarla in rianimazione però la sua malattia l’avrebbe portata comunque alla morte. Avrei prolungato la sua agonia. E in quel caso ho parlato con i parenti ma per esporre quello che sarebbe successo se io l’avessi portata giù. Cioè anche quello per, cioè, non solo per sapere cosa ne pensano i parenti, ma per informarli anche del fatto che non bisogna continuare, cioè, non sono dell’idea che devo prolungare un’agonia. Se una paziente è giunta alla fine, è giusto che finisca nel modo più tranquillo, no? Non trasferita in rianimazione, poi in rianimazione intubata, e poi intubata, tracheotomia e poi morirà lo stesso.

E anche il modo in cui si approda è differente: qualche volta gli operatori sentono la necessità di difendersi:

“... sai che se vai oltre, cioè, ti destabilizza la cosa. Se cominci a conoscere com’era la persona prima, cosa faceva prima, com’erano i suoi rapporti con la famiglia... Cioè, solo guardando le fotografie che magari i parenti portano vicino al letto del malato, ti..., inizi a farti delle domande, ti vengono i brividi, quasi. Cioè, almeno a me succede così, perché comunque io sono abituata a vedere quel paziente in quel modo, cioè nel letto, attaccato

al monitor, attaccato al ventilatore. Non me lo immagino un paziente che magari poco prima aveva una vita."

Ma, il più delle volte è attraverso l'incontro con la storia dell'altro che è possibile "prendersi cura" e accoglierlo:

Secondo me invece il fatto di conoscere fino ad un certo punto, certo non è che..., però di conoscere e di emozionarti davanti ad una fotografia, di emozionarti al com'era, secondo me aiuta un attimo a rendere meno artificiale, meno artificioso, meno bianco, meno ospedaliero, meno strumento, il malato, la persona che hai davanti. Se inizi a dargli un cuore, un emozione, un qualcosa che così, non so, il monitor e il paziente, certe volte, quando entrano sono talmente acuti che stai facendo le cose, è come se fosse una cosa, una cosa su cui devi lavorare ma non gli dai emozione, non gli dai spirito. Il fatto invece di conoscere, anche solo una fotografia, di scambiare 2 parole, il com'era, come viveva, forse ti dà anche il senso della persona, della relazione. E secondo me, dal mio punto di vista, ci vuole per fare il nostro lavoro perché se no è inutile stare lì.

"Le biografie nelle scelte"

Gli uomini raccontano storie per crearsi un'immagine di Sé e del mondo, sono fatti di storie; ciascun uomo è, e rimane fino alla fine, la sua storia.

Ogni storia personale presenta un numero illimitato di eventi che assumono caratteristiche differenti in funzione del punto di osservazione, dell'origine e dalla concatenazione scelta. La narrazione della storia contribuisce a costruire un orizzonte di senso all'interno del quale i segni assumono significato.

Nella pratica medica la raccolta anamnestica può configurarsi come luogo privilegiato e momento elettivo di ricostruzione della storia. La dialettica che si instaura è tra il paradigma medico che va in cerca di dati ed informazioni e il paradigma narrativo attraverso il quale la persona si manifesta, attraverso i suoi vissuti e le sue teorie psicologiche, la sua "cultura" intesa come la somma delle sue esperienze.

Il riconoscimento, l'apertura al dialogo, sotto la forma del racconto o come raccolta di un'intervista, permette la costruzione dello scenario di riferimento. La mancanza di questo primo incontro lascia un vuoto così potente da rendere difficile una vera possibilità di ri-conoscimento. Nella ri-costruzione, in sede di raccolta anamnestica, non va sottovalutato l'elemento dialogico e la dimensione personale non solo del paziente ma anche di colui che raccoglie la storia (Jaspers 1959 citato in Argonauti) e la fatica di ascoltare le emozioni e i sentimenti che accompagnano gli eventi.

Quando il soggetto ha una compromissione che impedisce il suo essere interlocutore poi, si rende fondamentale il ricorso a terzi, i parenti o gli affini, che entrano sulla scena presentando sull'interessato un punto di vista particolare: il loro.

Che valore ha dunque la ricostruzione della storia sia per colui che l'ha vissuta in prima persona, sia per colui che la sta raccogliendo, e dunque la sta accogliendo?

L'elaborazione dei contenuti mentali è sempre rivolta al presente: "Il passato non è importante, perché non ci si può fare nulla: le sole cose su cui si può fare qualcosa sono i resti, le vestigia del passato, degli stati mentali passati" (Bion, 1997, p. 60).

La memoria vivente è immemoriale, non sorge dalla mente, ...

Si aggiunge all'esistente come un'aureola di nebbia al capo.

Montale

Ma .. "Le souvenir par sa nature associative n'est pas retrouvailles, il est création" (Green, 1990, p. 949).

Cosa succede “dentro” il paziente?

Ricostruire la storia anche se, attraverso i momenti di malattia e gli episodi critici, attiva la memoria. “Dalla memoria- come afferma Borgna- rinascono continuamente i ricordi che, come albatros, si levano in volo sempre diversi di stati d’animo in stati d’animo, ..., e che influenzano i modi con cui riviviamo l’avvenire. La memoria nasce dal passato e vive del passato, la speranza vive del futuro e si indirizza al futuro..... Le speranze sono nutrite anche dalle cose che abbiamo vissuto e che sono nascoste, e quasi imprigionate, nella memoria; e così i ricordi si rispecchiano nelle speranze che sono state e sono in noi. Nel rifluire ininterrotto di esperienze dal passato al presente, e dal presente al futuro, dalla memoria alla visione dalla visione all’attesa, si riformula una circolarità di vissuti che sconfinano dalla memoria alla speranza e dalla speranza alla memoria.”

La speranza viene qui chiamata in causa come categoria psicologica esistenziale di cui l’uomo non può fare a meno, come possibilità di sostenere i momenti difficili, di tollerare le proprie e altrui difficoltà proiettandosi in un futuro pensabile e desiderabile. Ma la speranza, ci viene detto, trova il suo nutrimento in un terreno che si chiama memoria di sé e degli altri intorno a sé.

Fare appello alla memoria propria o di chi è emotivamente e affettivamente coinvolto, attraverso la richiesta di una narrazione, assume il senso di accogliere e offre la possibilità di rilanciare un pensiero verso il futuro.

Ma la memoria attiva anche sentimenti ed emozioni come il dolore e la nostalgia specie nel contesto della Terapia Intensiva dove la discontinuità, la fragilità e la precarietà della vita si toccano con mano.

“...in una fase della vita in cui il presente è negativo ed il futuro è ignoto, e quindi non rassicurante chiama in causa il sentimento della nostalgia. In particolare- dice Silvia Corbella- vorrei qui prendere in esame quella situazione specifica in cui il sentimento di nostalgia viene stimolato o acuito dall’insoddisfazione per un presente vissuto come inadeguato perché ansiogeno in quanto contenente vari elementi di precarietà, oppure viceversa mortiferamente statico”.

Talvolta il dolore e la nostalgia dei pazienti, più spesso quelli dei parenti, sono legati all’insoddisfazione del presente a ciò che non ci appartiene più, al tempo già stato, alla lontananza e alla separazione, all’incertezza per ciò che sarà e di ciò che è già perso.

La memoria, sul confine, si mescola, dunque, con il dolore e con la nostalgia.

La narrazione della storia attiva dunque in chi l’ha vissuta, la memoria che può sia rilanciare la speranza e un pensiero verso il futuro, sia scatenare sentimenti di dolore e di nostalgia. Potremmo dire che esistono due nostalgie: una chiusa e una aperta. La prima nostalgia è quella che “scommette sul ritorno e non sul viaggio- Prete - E’ la nostalgia chiusa che tradisce l’essenza stessa di Ulisse, il nostalgico avventuriero, l’esiliato innamorato del suo esilio, l’errante stregato dalla sua

erranza". E' la nostalgia per ciò che è stato e sento perso o in grosso rischio. Questa nostalgia non può che contagiare il senso di fallimento

M7 che mi hanno dato più stress emotivo e insuccesso sono i pazienti dell'oncologia pediatrica, perché tutte le volte che abbiamo un decesso.. .. per me veramente dal punto di vista della gestione rappresentano veramente uno scoglio .. le problematiche sono simili ... io me ne ricordo un paio.. dei rapporti coi genitori e della morte che hanno fatto questi piccoli poveri bambini che sono stati qui mesi, alcuni in questi mesi ricoverati con una prognosi che forse noi avevamo già dichiarato .. avevamo già ben presente.....

La seconda apre al ricordo creativo, al sostegno, alla linfa costruttiva.

Sente come necessario, perché portatore di identità, il bagno nella storia. *"E', al contrario, la nostalgia che fa guardare avanti* - ha detto il romanziere spagnolo Arturo Pérez-Reverte- che ci lega a tutti i ricordi, a tutto il passato della nostra famiglia, genetico e filosofico, a tutto quel substrato da cui proveniamo e che ci ha reso, in quanto esseri unici al mondo, quelli che siamo oggi".

Una nostalgia, quindi, che aiuta a vivere il presente e a pensare il futuro. Questa nostalgia permette di confrontarsi con gli eventi, anche dolorosi, mantenendo una "buona identità", che permette il riattivarsi e il mantenersi di uno spazio illusoriale dove la dimensione del progetto si anima di senso, anche e incerto e conflittuale.

M3: To Invece.... un successo che ricordo bene... non è che sia stato un successo terapeutico per un paziente che è morto...Che forse gli altri neanche ricordano...Cioè, per dire che...Non è che il successo sia sempre successo clinico, la sopravvivenza, o il buon esito del paziente.. Era un paziente con una grave patologia oncologica, in cui la famiglia si sentiva abbandonata dai chirurghi con cui avevano avuto problemi di comunicazione... Per cui avevano chiamato l'anestesista in urgenza: il paziente era rantolante e stava morendo.. Tutto quello che ho fatto è fare un tentativo, ventilarlo, così ..., anche se avevo subito detto che non avrei posto nessuna indicazione a ...intubarlo e a ricoverarlo in rianimazione... Questo paziente non è che ha cambiato il suo quadro clinico di lì a mezz'ora, però, poi, quando io sono uscito di lì, mi è sembrato che tutti fossero più....rassegnati in un certo senso, ma più sereni del fatto che comunque qualcosa era stato fatto, anche se di fatto non era cambiato nulla. Il destino del paziente non era cambiato, ma a volte il fatto di curare le relazioni non solo col paziente che in quel caso era quasi comatoso, ma coi famigliari, si sa è più importate che non con il paziente stesso... Noi in rianimazione abbiamo una percentuale altissima di pazienti che tutto quello che possiamo fare...hanno un brutto esito...Prevedibile o un po' meno prevedibile, ma comunque... non si riesce comunque a salvarli.

Ma cosa succede "dentro" l'operatore?

In un articolo sulla tecnologia della morte Ferdinando Camon scrive che "oggi si muore con cuore e cervello innestati ai fili, che finiscono in uno strumento registratore: è la morte intubata. E il personale curante è ormai una équipe di meccanici impegnati a badare che la flebo sgoccioli e l'ossigeno arrivi. ... Quando la morte è finita, si spengono le macchine, si cavano le spine, si arrotolano i fili e si fa portar via il corpo, si manda in archivio la cartella clinica, il caso è chiuso, sotto un altro".

Da quanto invece emerge dalla ricerca gli operatori non paiono certo meccanici indifferenti e alienati da quello che succede intorno a loro ma bensì soggetti esposti al dolore.

13 Brescia: tornando ai pazienti tetraplegici, noi abbiamo un vissuto, un bagaglio molto più forte di relazione, rispetto a loro. Perché 8 ore in una stanza con un paziente tetraplegico che quasi sempre è sveglio, coscientissimo e parla, se non è tracheotomizzato, ma comunque lo capisci, esci da quella stanza lì che sei distrutto, fisicamente ed emotivamente.

13 Brescia: Secondo me invece il fatto di conoscere fino ad un certo punto, certo non è che..., però di conoscere e di emozionarti davanti ad una fotografia, di emozionarti al com'era, secondo me aiuta un attimo a rendere meno artificiale, meno artificioso, meno bianco, meno ospedaliero, meno strumento, il malato, la persona che hai davanti. Se inizi a dargli un cuore, un emozione, un qualcosa che così, non so, il monitor e il paziente, certe volte, quando entrano sono talmente acuti che stai facendo le cose, è come se fosse una cosa, una cosa su cui devi lavorare ma non gli dai emozione, non gli dai spirito. Il fatto invece di conoscere, anche solo una fotografia, di scambiare 2 parole, il com'era, come viveva, forse ti dà anche il senso delle persona, della relazione. E secondo me, dal mio punto di vista, ci vuole per fare il nostro lavoro perché se no è inutile stare lì.

Il dolore e la nostalgia degli altri, come sappiamo, è facile al contagio emotivo. Allora, se per la famiglia può avere un senso comporre una storia che nasce dalle singole narrazioni (ivi compresa, dove possibile, quella del paziente) gli operatori ne avvertono il rischio:

Brescia I° (pag 4): Se cominci a conoscere com'era la persona prima, cosa faceva prima, com'erano i suoi rapporti con la famiglia... Cioè, solo guardando le fotografie che magari i parenti portano vicino al letto del malato, ti..., inizi a farti delle domande, ti vengono i brividi, quasi. Cioè, almeno a me succede così, perché comunque io sono abituata a vedere quel paziente in quel modo, cioè nel letto, attaccato al monitor, attaccato al ventilatore. Non me lo immagino un paziente che magari poco prima aveva una vita....

Si si si. Cioè, è un riuscire, per riuscire a fare il tuo lavoro, devi cercare di prendere un po' di distanza, di non farti coinvolgere troppo. Almeno, dal mio punto di vista. Perché nel momento in cui conosco meglio, conosco tutta la storia, ci sto male, parecchio.

Nostalgia degli altri, quella dei parenti diventa motivo di doloroso contagio al punto che preferisco non sapere, mantenere le emozioni altrove. *Non solo la stretta vicinanza con la sofferenza dei pazienti e delle loro famiglie suscita il dolore. L'impossibilità di salvare, il confronto con la morte degli altri e con il nostro essere mortali suscita il dolore.*

De Martino nel libro "Morte e pianto rituale"; focalizza l'attenzione sull'aspetto vitale della reazione dolorosa alla perdita affermando che essa rappresenta la prova evidente della propria presenza rispetto a chi non c'è più "per quanto che possa essere il dolore di una perdita, subito si impone a noi, nella stessa piena del dolore e con tanto maggiore urgenza quanto più siamo prossimi alla disperazione, il compito di evitare la perdita più irreparabile e decisiva, quella di noi stessi nella situazione

luttuosa” Per De Martino il dolore di chi vive esperienze di perdita, e gli operatori di una Terapia Intensiva sicuramente ne attraversano molte attivate soprattutto dal rapporto con i parenti, sollecita reazioni che vanno in direzioni opposte: dall’espressione della vitalità umana, che si esprime come affermazione di Sé, all’iperalgia, all’evitamento e alla resistenza.

Cremona. io ho vissuto queste situazioni in maniera diversa, anche io i primi anni non riuscivo a reggere certe situazioni, alcune persone che lavoravano con me andavano dietro a piangere... io no perché io non piango mai,.. anche nel caso in cui arrivava un bambino, io lo trattavo come se fosse un adulto .io non riuscivo a piangere per qualche cosa e dicevo “o qui dentro sono di legno” oppure sicuramente, nel tempo questo lavoro qui mi ha influenzato dal punto di vista emotivo.. poi io di mio sono una persona abbastanza emotiva non è che sono una fredda, per cui è tutto un contrasto unico.. e poi anche nella mia famiglia quando mi è successo di avere un parente che è deceduto, per cui era una situazione vicina a me, cerco sempre di...

Cremona 2 “Anche io evito i parenti perché... non lo so.. dico una cosa bruttissima .. non so se capiti anche ai miei colleghi, a volte mi sembra quasi di dimenticarmi che sono delle persone con dei sentimenti e me ne ricordo dalle 6 alle 7 quando vedo il dramma che vivono i parenti o soffro molto di più per le persone che sono fuori che per le persone che sono nel letto perché io sono convinta, spero che sia così, che sono lì e non si rendono conto, e noi li assistiamo, mentre ci sono delle terapie che riescono a procurare una situazione tranquilla per il paziente, purtroppo non c’è nessuna terapia che riesce a tamponare l’impotenza di chi guarda, come se si stia guardando un film”

Pavia 3 M2 sì.. e non è solo l’assiduità, è anche proprio il tipo di attività, spesso il dover lavorare prima con tempi lunghi poi improvvisamente devi prendere delle decisioni estremamente rapide, e poi magari non avere neanche il tempo di poterle correggere perché la cosa era talmente acuta che... una cosa è fare un’attività sistematicamente tutti i giorni tre volte al giorno, ma qui è diverso.. penso che non si possa reggere per anni senza.. anche perché il coinvolgimento.. ne parlavamo l’altra volta, non solo a livello di attività tecnico cliniche.. ma anche certi muri che tiriamo su noi che magari vengono vissuti male dai pazienti.. mentre sono coscienti, magari tu stai facendo una cosa e dai poca importanza eccetera.. uno magari dice “ah.. hai sentito l’ultima su tizio o caio...” , cioè che apparentemente sembrerebbe un cosa che.. e invece lo fai per altri motivi.. anche per darsi una resettata un momento e poi uno ricomincia..

“la cosa che tante volte mi lascia così perplesso è che tante volte, muore... abbiamo una salma da comporre e quasi fosse una cosa automatica ... non so siamo in quattro, uno mette a posto la lettiga perché c’è da sostituire tutto il vario materiale, l’altro pulisce perché poi deve entrare un altro malato, gli altri due compongono la salma ... il tutto non so per esempio magari dicendo “domani sera cosa fai?” o “dai su muoviamoci così andiamo a prendere un caffè o un tea” , tutto vissuto chiaramente nel rispetto della persona che è morta, ma è un automatismo che però pensandoci ti lascia perplesso... uno dice “ma

“era un ragazzo di 19 anni che aveva avuto un grave trauma , un ragazzone, tra l’altro un ragazzo molto bello, .. e io in questi casi provo un rifiuto..e non li voglio vedere... quindi io di certe persone non mi ricordo perché .. proprio perché non voglio mettermi in discussione, mettermi in gioco... e basta.. perché a volte, poi in certe situazioni, è meglio stare zitti che dire delle cose che poi restano.. bisognerebbe esser preparati a parlare, a instaurare un certo tipo di discorso con le persone, e le parole, soprattutto per chi le ascolta.. certamente è

meglio stare zitti o non esserci.. è per questo che ho quel comportamento di distacco, sarò codarda..

Ma fino a che punto è possibile difendersi?

Cremona 3: E. Secondo me non è tanto dal punto di vista fisico quanto dal punto di vista emotivo, perché a mio modo di vedere col passare degli anni è sempre più pesante. Me ne accorgo, faccio molta fatica adesso rispetto a quando sono entrata che avevo un sacco di entusiasmo, avevo voglia di imparare, di crescere dal punto di vista professionale, e probabilmente sono anche cresciuta, però a ben guardare lo stress, la sofferenza di queste persone, a lungo andare ti logorano, cioè io sono cambiata molto da un punto di vista emotivo, secondo me è questo il carico più pesante da portare non tanto dal punto di vista lavorativo, perché lavori qui come dalle altre parti, ma proprio dal punto di vista emotivo .. almeno per me questo è un carico molto pesante..

La tentazione, o forse più propriamente, il bisogno è di proteggersi: di prendere le distanze “oggettivando”, utilizzando un paradigma tecnoscientifico con il quale prevedere e circoscrivere l’incontro. Dal paradigma scientifico che mira ad oggettivare si verifica un costante scivolamento verso il paradigma soggettivo dell’incontro. La scissione oggettivosoggettivo, tecnologia-emotività, professionale-personale mostra il suo limite dove le differenze si attenuano e lasciano intravedere aree di sovrapposizione.

La soggettività dell’altro soprattutto attraverso la sua biografia anche narrata dal parente o dalla situazione, che a volte cerco di tenere sulla soglia, chiama prepotentemente in causa la mia soggettività. Ciò che posso sentire estraneo si rimodula nella possibilità di essere vissuto come familiare. L’oggettivo e il soggettivo segnalano la loro radicale interazione.

Cremona Ci sono delle volte che vado via sfatto da questo, cerco di non pensarci, ma me lo trascino: non riesco a parlarne a casa, quando mio figlio va in giro alla sera , ogni sabato sera che sono in giro ogni 118 che esce penso sempre che sia mio figlio che viene qua, mi tengo tutto altro che dentro, sono dei ...

Q. io credo che un’altra cosa che ci appesantisce siano le esperienze che abbiamo vissuto con i nostri parenti, per cui a volte vedi certe persone che toccano le stesse tappe che tu hai toccato, i parenti che fanno le stesse cose magari di tua mamma o di tuo papà, tua nonna.. c’è questo signore che abbiamo ricoverato adesso, ormai terminale e ne parlavo l’altro giorno con G. e dicevo veramente che gli occhi di chi sta morendo sono gli occhi di tutti i malati, cioè non c’è uno sguardo diverso in chi è sedato o morente, io l’ho visto nello sguardo di mio nonno, negli occhi di ^^^, che è il signore che abbiamo ricoverato,.. è lo stesso sguardo completamente perso e vuoto che credo che abbiamo visto tutti nelle persone alla cui morte abbiamo assistito, cioè non è uno sguardo che lascia adito a speranze, cioè poi è molto difficile il contatto con queste persona quando sono sveglie perché cosa gli si dice? Per cui si cerca un pochettino di non toccare certi argomenti, anzi si cerca espressamente di non parlare di certe cose, altrimenti nessuno di noi riesce a controllare completamente quella che è la situazione; lo stesso facciamo coi parenti e personalmente

una cosa che mi permette di schermarmi è che quando entrano ci proteggiamo chiedendo se hanno già parlato col medico, comunque le notizie è come se le dessero loro e noi possiamo dare qualche notizia per quel che riguarda l'ambito infermieristico, non sulle condizioni.. tante volte ci chiedono "secondo lei? Secondo lei come andrà?" e sento pochissimi di noi che si azzardano in qualche modo a dare una risposta concreta, perché tutti gli altri, io per prima, in questa fase ci mettiamo un pochettino al riparo.

La dimensione clinica, della cura e del prendersi cura costruiscono un nuovo "telos", che si costituisce, certo, da un lato come contenitore teso ad offrire riparo alle urgenze del corpo e della mente, dall'altro lato come spazio potenziale della ripresa delle funzioni, non solo del corpo-proprio ma anche dl corpo sociale-relazionale. In queste oscillazioni drammatiche, intorno al limite dell'esistenza rintracciano, ancora una volta, il nostro bisogno di una offerta di senso.

... io ho un occhio di otto ore, o più o meno, abbastanza fisso sul malato e loro, i medici, no, perché devono andare di fuori, devono fare altre cose, devono....seguire tutti gli altri malati. Quindi, secondo me non c'è proprio questa compartecipazione. Magari c'è molto di più quando si parla si prelevare gli organi, quello sì. perché è una macchina talmente complessa. Quindi, secondo me, questa è una cosa molto pregnante.

Sicuramente non siamo coinvolti per alcune attività. Ossia, non c'è una riunione di gruppo tra medici e infermieri, dove si decide il piano terapeutico di un paziente, in un dato momento. Molte volte ci siamo trovati in lotta, tra di noi, perché magari, non lo so, un paziente non abbiamo ... Un tot di posti letto sono quelli, arriva un paziente gravissimo in pronto soccorso: c'è quel paziente lì che non si sa se vivrà, se morirà. Dal pronto soccorso spingono, spingono: dobbiamo prendere un paziente, dobbiamo prendere un paziente... Cosa facciamo? Il malessere che vivo in rianimazione è proprio questa organizzazione che secondo me lascia molto a desiderare: che mi ha messo parecchie volte in discussione con il gruppo medico; però io non me la prendo con loro. Cioè, d'impatto me la prendo con loro, poi ci penso, rifletto e dico: 'è l'organizzazione che non ci permette di lavorare, come si potrebbe lavorare meglio!'.

... la cosa che uno più tiene in considerazione in quei momenti in cui deve scegliere è il maggior numero di persone possibili e anche la responsabilità diversa che hanno, che abbiamo... nel seguire questa persona. E questa decisione viene evidentemente dal fatto che ci si muove all'interno di un gruppo di lavoro..., che ognuno di noi ha la sua professionalità e per il modo in cui si vede che ognuno affronta il proprio lavoro... E quindi per questo prende le decisioni più tranquillamente... Se io per esempio sto prendendo questa decisione e chiedo a un collega infermiere con cui lavoro da tempo e con una grossa esperienza, " tu cosa ne pensi?". Cioè, io voglio capire se ho preso un abbaglio, oppure..... Poi uno deve decidere, una persona deve prendersi la responsabilità... Però è confortato dall'esperienza della professionalità degli altri... e quindi non è mai una scelta che uno fa da solo. E se ci fosse anche il minimo dubbio, questa cosa rimette in discussione tutto, fosse anche che uno dice 'ma forse...'..., è chiaro che non si vada avanti, si ridiscute e si rivede perché è importante che siamo molto uniti

Sappiamo quanto, nel lavoro clinico, possa essere utile, lungo gli itinerari della cura, poter assumere la prospettiva del paziente; questo nella direzione di potere sviluppare una più adeguata assistenza.

Quale nuova articolazione e fenomenologia assume questo aspetto nell'ambito del reparto delle Terapie Intensive della Rianimazione?

Cosa ci insegnano i pazienti della Rianimazione; coloro che ci testimoniano che, sì, c'è una fine per tutto e che questa non è sempre la morte. Cosa ci dicono i pazienti, tanti, che la rianimazione salva?

Abbiamo la possibilità, ascoltandoli, di conoscere la prospettiva di un essere umano che ha rischiato la vita e che, grazie alle macchine e, soprattutto a chi le sa usare, torna alla vita e parla con noi.

Così Adriana ci parla della sua vita dal letto della rianimazione; ci dice di avere tanto ascoltato i dialoghi dei medici e degli infermieri ... sente che parlano ma che è impossibilitata a rispondere, a muoversi, ad aprire gli occhi. Soprattutto, si sente pervasa da un bruciante e divorante vissuto di abbandono. I familiari, che la vengono a visitare e le parlano, come fa anche il personale, sono sentiti distanti, irreali, nel mondo dei vivi.

Il sentimento d'abbandono, annunciato dal congedo del corpo proprio, non consente l'animarsi di quel tessuto di consensualità, reciprocità, conflittualità che, insieme, intramano i fili della tela del vivere e che mette in scena le nostre biografie possibili.

Ecco, ancora Adriana, sente i medici, parlano di tumore .. parlano di massa periaortiche e di ecografie da rifare l'indomani, parlano di linfociti.

Adriana non capisce ma vive il conforto di voci umane intorno a lei. Non è quindi irrimediabilmente abbandonata.

Adriana si chiede se gli operatori sentono che lei sente. Certo, navighiamo in acque dove la vita sensibile ha ancora tanti misteri per noi. Misteri che stimolano e graffiano la nostra intelligenza e il nostro bisogno di sapere, ma che nello stesso tempo, riscaldano il nostro cuore rinnovando la capacità di attendere e di affidarci, con fede filosofica o religiosa, a quelle tante cose che ancora non sappiamo e che abitano il tempo che ancora deve venire.

Già, il tempo.

Adriana ha davanti a sé un orologio. Accanto al tempo del calendario, il discorso psicologico non può non riconoscere la dimensione essenziale e paradigmatica del tempo vissuto.

Ella ci dice: "guardare quell'orologio era la mia attività giornaliera, anzi, anche di notte. Vedevo bene numeri e lancette ma, strano, non riuscivo a sapere mai che ora era." Ecco come Adriana ci spiega che l'esilio dal mondo è l'esilio dal tempo, dalla sua radicale e fondamentale coordinata. Così non si possono costituire il presente del presente, del passato e del futuro. Una mattina il medico dice ad Adriana: "oggi respirerà da sola, non abbia paura, ne è capace La metteremo seduta in poltrona, starà meglio, vedrà" Nel pomeriggio Adriana si ritrova seduta in poltrona nel mezzo di una rianimazione vede i suoi fratelli sui loro letti, li guarda da una posizione che vive stranissima e commovente insieme.

Le viene da piangere e mentre piange le torna la voce, insieme, guardando l'orologio, sa che ore sono.

Ci mette tanto la vita a ritornare, ma quando lo fa, non è possibile non confondersi: è la vita che torna e che scopro nelle reazioni ritrovate coi miei salvatori e i miei cari.

Quando mi mettono in piedi, non sento il pavimento, non mi pare, di avere i piedi per terra, si dice ancora Adriana ma ormai Adriana sa che la terra è promessa, e verrà.

Anche questo accade nei reparti di rianimazione, là dove l'integrazione tra il corpo-proprio-mortale e il corpo sociale-grammaticale è così altamente drammatizzata.

Il corpo e la cura

Prestare cura al corpo nella sue funzioni elementari (pulizia, posizione, ecc.) amplifica la necessità di dotarlo di una biografia e di avvicinarlo alla propria esperienza affettiva e alla propria rappresentazione cognitiva. L'esperienza emblematica, da questo punto di vista, è la cura dei piccoli dove, chi assolve alla funzione materna, impiega le proprie risorse discorsive e immaginative per favorire l'attribuzione di senso ad ogni singolo gesto. Nei contesti di cura del corpo "senza regia interna" gli operatori segnalano l'importanza di intraprendere un dialogo dove ci sia spazio per vitalizzare l'altro attraverso il pensiero.

Brescia 1° focus I3: Secondo me il fatto di conoscere fino ad un certo punto, certo non è che..., però di conoscere e di emozionarti davanti ad una fotografia, di emozionarti al com'era, secondo me aiuta un attimo a rendere meno artificiale, meno artificioso, meno bianco, meno ospedaliero, meno strumento, il malato, la persona che hai davanti. Se inizi a dargli un cuore, un'emozione, un qualcosa che così, non so, il monitor e il paziente, certe volte, quando entrano sono talmente acuti che stai facendo le cose, è come se fosse una cosa, una cosa su cui devi lavorare ma non gli dai emozione, non gli dai spirito

oppure attraverso le testimonianze di chi lo conosceva

Brescia 1° focus. il fatto invece di conoscere, anche solo una fotografia, di scambiare 2 parole, il com'era, come viveva, forse ti dà anche il senso delle persona, della relazione.

In mancanza di tracce e testimonianze biografiche il vuoto identitario viene talvolta riempito ricorrendo a modalità stereotipe che canalizzano l'immaginazione proiettiva.

Cremona II° l'età pesa nel senso che, come tutti penso, se vedi entrare persone di 90 anni la vivi in un certo modo, quando si tratta di una persona di 40 , 50 o come in quel caso della mamma incinta (..)

Prendersi cura dell'altro significa tenerlo in vita anche affettivamente.

(...Brescia 1° focus) E secondo me, dal mio punto di vista, ci vuole per fare il nostro lavoro perché se no è inutile stare lì.

Qualche volta il piano di realtà ha la meglio e si fa schiacciante

(... Cremona II°) Anche io li evito perché... non lo so.. dico una cosa bruttissima .. non so se capiti anche ai miei colleghi, a volte mi sembra quasi di dimenticarmi che sono delle persone con dei sentimenti

E' la comparsa dei familiari che riattiva empatia e identificazioni incrociate

(Cremona II° ...) e me ne ricordo dalle 6 alle 7 quando vedo il dramma che vivono i parenti o soffro molto di più per le persone che sono fuori che per le persone che sono nel letto perché io sono convinta, spero che sia così, che sono lì e non si rendono conto e noi li assistiamo

Prendersi cura determina comunque un movimento affettivo che varia in funzione della soggettività

(.. Cremona II° Focus) Poi io ho una situazione problematica per cui io torno a casa e non posso parlarne con nessuno... e quindi non le reggo.. e quindi è pesantissimo....,

dell'utilizzo di mediatori tecnologici o clinici rispetto al contatto diretto.

Abbiamo visto come prendersi cura determina un movimento affettivo che varia al variare di variabili che vanno dalla soggettività dei curanti all'utilizzo di mediatori nel percorso terapeutico passando attraverso la biografia del soggetto in cura, la sua famiglia, le attribuzioni di senso eccetera.

Una delle variabili che intervengono nel movimento affettivo è in funzione del tipo di cura richiesta. In Terapia Intensiva è spesso massimizzato il contatto corpo a corpo di una persona, dove, perlopiù in assenza dei parenti, si esprimono le funzioni elementari di accudimento.

Per occuparsi in modo adeguato di un corpo che dipende totalmente è necessario attivare un processo di familiarizzazione (come per il corpo di un bambino o di una persona cara).

Questa familiarizzazione può essere interpretata in termini di risoluzione di un conflitto (dissonanza cognitiva) tensione avversiva nei confronti di un tabù del corpo malato, inerme e, talvolta, percepito come "in fine" e, come tale, distante dal contesto di cura intensiva

Brescia 1 a me viene spesso da chiedere "perché uno certe volte non ha il diritto di morirsene in pace, a casa sua, vicino ai suoi famigliari e non in una situazione asettica, brutta, con anche aggressioni sul corpo? Perché comunque sono tutte cose che vengono applicate ad una persona e che spessissimo non ha la facoltà di esprimersi.

Cremona1 mi viene automatico di essere molto distaccata su questa cosa, sulla morte; trovo molto ipocrita, a volte assurdo il fatto che nella nostra società oggi non sia più possibile morire dignitosamente, perché non è possibile viene un paziente con trecento patologie debba

morire in rianimazione dopo magari un mese di ventilazione meccanica, cioè non mi sembra logico; non mi sembra umano...cioè noi siamo esseri umani, siamo mortali e quindi per un momento bisognerebbe accettare questa cosa. E la necessità virtualizzante (dover essere) di prestargli cura.

Torino 3°...Ma il tuo ruolo è quello di curare un ammalato.... .A un bambino di sei anni che gli ridai una madre e un padre...Ma porca miseria!

Nella cura il destinatario delle cure grazie a questo processo di familiarizzazione diviene un destinante affettivo.

Brescia 3. Per certe cose c'è anche, cioè, tante volte io vedo anche affettività da parte del personale perché è vero che tante volte ti affezioni anche ai pazienti. M4: E poi sono i pazienti più svegli, tante volte sono loro stessi che lo dicono che si sentono comunque accuditi, si sentono...

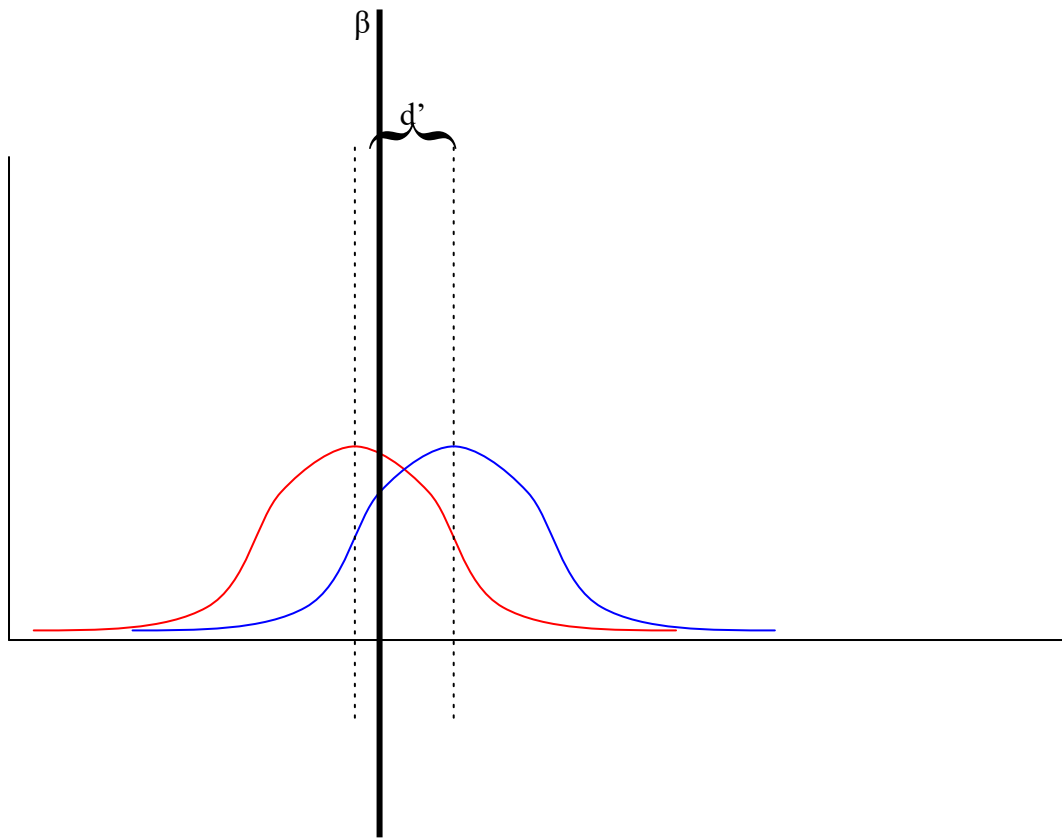
Cremona2°.. tutti non volevamo che morisse.. forse ci abbiamo messo veramente tutti del nostro.. è stata diverse volte più di là che di qua...

Nel momento in cui gli operatori si trovano a prendere decisioni di fine vita vengono chiamate in causa tre dimensioni molto forti:

- una dimensione emozionale, perché la decisione di dichiarare morto un corpo che si percepisce come vivente, comunicante e destinatario di cure / destinante affettivo (vedi sopra) equivale alla sua uccisione e alla violazione aggressiva verso un processo affettivo sostenuto da un processo identificatorio;
- Una dimensione razionale (razionalizzazione) che cerca di rapportare i diversi posizionamenti e gli atteggiamenti assunti nel processo decisionale alla appropriatezza nell'applicazione dei criteri e delle procedure decisionali
- una dimensione legata al riposizionamento e all'asimmetria di potere nella relazione di cura

Una similitudine suggestiva è rintracciabile nel grafico esplicativo della teoria della detenzione del segnale sotto riportato. Quando il radar segnala la presenza di un elemento nel proprio campo di azione è necessario attivare un processo per discriminare se l'elemento sia o meno di natura pericolosa. Questa tecnica, che nacque da esigenze ingegneristiche legate alla selezione degli operatori umani da destinare alla radiorilevazione in navigazione aerea e marittima (in particolare degli operatori radar), acquisì una notevole importanza in psicologia della percezione, rappresentando un ottimo compromesso tra lo studio delle soglie attraverso i metodi classici (fechneriani) e il riconoscimento della giusta importanza a quei fattori cognitivi e decisionali che possono influenzare giudizi anche semplici come quelli sulle sensazioni.

Grafico 1. _ Teoria della detezione del segnale



Le gaussiane rappresentano rossa e blu rappresentano l'andamento di due frequenze della probabilità di un evento a rappresenta la vita e la b la non vita. d' rappresenta la sensibilità del sistema intesa come accuratezza nella rilevazione del segnale nell'una e nell'altra curva (basata sul calcolo della differenza tra percentuali di "segnale presente e individuato e fasi allarmi"). B rappresenta il criterio dell'operatore, dà un'idea della tendenza comportamentale lungo l'asse cautela\azzardo (basato sul calcolo del rapporto tra percentuali di segnale presente e individuato e fasi allarmi.)

Un primo quesito che si pone riguarda il criterio B . Nel campo diagnostico e in quello della prevenzione è generalmente codificato se la prestazione è obbligatoria o agevolata per certe categorie di assistiti in funzione dell'età, del sesso, dell'attività, ecc. Tuttavia, esiste un margine decisionale per l'operatore come diretto responsabile dei pazienti che ha in cura. La complessità, l'urgenza, la singolarità dei problemi in causa nel contesto delle TI, impediscono, a volte, il ricorso a regole generali da applicare meccanicamente.

Cremona 1 inf. .. perché noi a volte non abbiamo il peso di decidere, perché mette in gioco i suoi famigliari piuttosto che... e tu hai davanti questo paziente che o lo intubi o lo lasci andare, comunque in qualche maniera è la tua coscienza che decide qualche cosa...

La scelta può essere intesa come il frutto di una decisione gruppale, più in generale della tendenza di un gruppo, oppure come indicatore dell'atteggiamento, che si rispecchia nelle scelte, del singolo.

Cremona 1 inf. il medico in questo caso, purtroppo è lui che decide , mai io non vorrei decidere per lui, ... forse vorrei dargli un consiglio, ma in questo momento devo stare zitta; ma non perché devo stare zitta, ma perché comunque il ruolo è suo. Io devo soltanto coadiuvare con lui o alla fine anche se non sono d'accordo potrei dirgli qualche cosa ma non ne vale la pena

Il gruppo, a sua volta, può coincidere con l'équipe o con un sottogruppo monoprofessionale

Cremona 1 “...per cui la credibilità che abbiamo noi medici l'uno rispetto all'altro dove va a finire? Ovviamente non c'è. Perché un minimo di variabilità individuale ci sta: siamo persone.. però, di fatto, se io faccio tutto, poi passa un altro non fa niente, loro cosa pensano? Ovviamente si viene a creare una sensazione che ognuno va da una parte rispetto a dove va quell'altro; quando in realtà, soprattutto in rianimazione, bisogna essere una squadra che va dentro la stessa problematica perché vista dalla nostra parte e vista dalla loro, ognuno con competenze diverse, però di fatto il nostro fulcro è uno solo: è quello del malato.”

Brescia 2° M3: mi pongo ovviamente il problema di quanto sia efficace quello che io faccio soprattutto nell'ambito della rianimazione, è sempre una cosa che non è come in altre situazioni qualcosa che facciamo in équipe per cui hai per forza un controllo continuo su quello che fai. In quel caso, io lo faccio da sola, non c'è nessuno che mi guarda, che mi viene a dire questa cosa l'hai fatta nel modo corretto, nel modo sbagliato, potevi farla meglio. Non c'è, per cui è ovvio che uno si autosottopone, si chiede comunque se ha fatto le cose nel modo corretto. A me capita di chiedermelo, poi magari chiedo a qualcuno più esperto di me piuttosto che a quelli che hanno fatto questa cosa con me. Gli infermieri piuttosto che altri medici che erano presenti. Però è anche possibile sbagliare, non è che sia impossibile.

Le decisioni passano attraverso tensioni e conflitti che coinvolgono in modo diverso tutte le componenti del sistema di cura.

Le culture locali dell'organizzazione e le loro vicissitudini nei percorsi in fine vita

Metarappresentazione dei processi di decisione.

Nel volume “Against Bioethics”, Jonathan Baron critica l'affidamento alla bioetica applicata di decisioni complesse in campo medico e prefigura una rigorosa applicazione di principi utilitaristici ed euristiche legate ai processi di decision analysis. Indipendentemente dal merito della discussione (atteggiamento bioetico o atteggiamento utilitaristico) e ancor prima di considerare l'opposizione valore della vita / qualità della vita, un oggetto di rappresentazione importante è capire dove cognitivamente gli operatori (individualmente e nella cultura locale di reparto) collochino gli assi di orientamento delle proprie considerazioni. Talvolta la decisione è assunta proprio avendo come riferimento immediato non già direttamente la condizione del malato, quanto piuttosto la “coscienza” e la

“responsabilità” di chi si sente chiamato a decidere.

“M3: Sì, ripeto, ancora paradossalmente a sottolinearlo, sembra che certe volte cadiamo nella, in un retaggio che è veramente un circolo vizioso. Non decidiamo perché ci sentiamo responsabili verso noi stessi e non verso chi probabilmente è in una condizione tra virgolette disumana rispetto alla normalità, quindi certe volte l'impegno, no?, e la capacità di esporsi sembra che sia vincolata al fatto di prendere una decisione talmente grande da gravare sulla

mia coscienza. Sembra un luogo comune, è un fatto, mi sembra, banale, però voglio dire la querele, voglio dire secolare su questo problema è probabilmente legata all'incapacità che abbiamo ognuno di noi di noi nel momento in cui dobbiamo decidere e prendere una decisione così forte, no? Più per tutelare la nostra coscienza che..."

E', insomma, in gioco contemporaneamente anche il senso della "appropriatezza" a decidere, la "appropriatezza" dei processi, degli schemi di pensiero, dei posizionamenti etici ed emozionali. Per questo la decisione è più sofferta, più dura quando avviene in solitudine

"M3: Per cui, sicuramente condividere uno stress con qualcun altro ti permette di confrontarti con qualcun altro per cui anche di fronte alla scelta che dovresti fare in quel momento non sei da solo. La scelta, magari sceglieresti la stessa cosa, magari avresti scelto qualcosa d'altro però si riesce ad arrivare ad una scelta unica che sia condivisa ma che magari è diversa da quella che avevi pensato tu. Per cui ti mette nella condizione di dover discutere, nel senso buono del termine, con qualcuno per arrivare a quella che in quel momento sembra essere a tutti la scelta migliore da fare. Questo non succede invece, nei momenti di maggiore stress, quando uno la decisione la deve prendere da solo per cui ti trovi di fronte allo stress, prendi una decisione, il cui risultato lo vedi abbastanza rapidamente e ti scontri con il fatto che a volte va bene e a volte va meno bene. O magari ti capita di dover cambiare rotta, svoltare di 90 gradi velocemente per cercare di tamponare la situazione che evidentemente avevi valutato in modo sbagliato, sottovalutato e questo sicuramente uno, come faccia a liberarsi di questo stress non lo so, probabilmente lo accumula, lo accumula, lo accumula finché, boh, finché, non lo so dove lo mette."

Decisione e condivisione. La condivisione, quindi, è vissuta come il luogo sociale in cui sciogliere l'incertezza e la solitudine, sia per "suddividere" le responsabilità rendendole più sostenibili alla coscienza, sia per avere una rassicurazione che la scelta sia "sufficientemente buona" nelle condizioni date, "sufficientemente razionale" rispetto ai criteri, sia come esito di un "confronto sociale" che metta al riparo dalla tensione e dal conflitto". Ma la "condivisione" non è una pratica che è sempre possibile realizzare *"in presenza"*

"M4: ... Perché il problema è che se si è in venti in reparto, cioè, non è che si può discutere in venti la decisione. C'è magari qualcuno che ha seguito di più quel paziente, due o tre persone, due o tre medici, piuttosto che medici e infermieri. Si prende la decisione, poi si condivide e poi soprattutto si condivide con gli altri di modo che sia relativamente serena, la decisione".

Discutere a posteriori, sapere che è possibile confrontarsi sembra contenere il dubbio di una inappropriata che è importante seguire e cercare di differenziare nei suoi diversi piani

"S: Sulla scelta ci sono almeno 2 posizioni. C'è l'indecisione come aspetto che riguarda la pluralità di posizioni all'interno dell'equipe, poi l'indecisione rispetto alle diverse opzioni di percorso terapeutico che possono portare in una direzione oppure in un'altra. E' vista con un connotato di fatica"

E' importante riuscire innanzitutto a capire l'organizzazione del pensiero e l'ancoraggio metacognitivo che vengono considerati appropriati o inappropriati nella

cultura locale e nella mente dell'operatore. Il primo criterio decisionale riguarda probabilmente il giudizio sulla probabilità di

“farcela”. Ma è anche importante cercare di capire se questa metarappresentazione si moduli diversamente nei diversi posizionamenti all'interno del processo decisionale.

Così, ad esempio, per gli infermieri, il valore della condivisione sembra essere talvolta diverso rispetto a quello percepito dai medici, di un legame e di una coerenza tra la scelta terapeutica e i modi di curare, più che di una adesione cognitiva, una condivisione rispettosa delle differenze di ruolo. Condividere non significa “decidere insieme” ma essere messo a parte delle modalità e dei criteri che dalla decisione facciano seguire conseguenze chiare e appropriate sul piano della cura

I4: Io vorrei fare un appunto, solo per precisare, perché mi è dispiaciuto che lui abbia detto che una cosa sono i rapporti medici infermieri, che non vanno bene e devono essere...Quello che intendevo io è che non è il rapporto medico infermiere...Non è la tua disponibilità nel parlare, la mia disponibilità di dirti delle cose se non ...Non è questo. Proprio esula. Ma è tutto il modo di lavorare. Tu prendi la scelta corretta, sofferta, più o meno condivisa, basata su dati oppure no, di fare o non fare alcune cose nel piano di cura...La tua decisione implica che io faccia delle cose, quindi implica per me il mio modo di curare quel paziente ..E io , ehmmh...,però...”

I2: Quando ci sono delle decisioni. Io sto sicuramente alle loro decisioni: sono dei professionisti e loro sanno sicuramente molto più di me, in questo senso. Quindi, se loro mi spiegano perché prendono una decisione o un'altra, io non posso altro che condividerla.

La richiesta di condivisione degli infermieri non vuole riposizionarli nella decisione, ma l'integrazione dell'esperienza, dei diversi posizionamenti nei processi di cura.

I4: No, però, una cosa è che io e te parliamo del paziente e quello va benissimo; se c'è qualcosa ...E un conto è, invece, su casi complicati, ehmm, un'angoscia , tra virgolette, che lui porta al giro visita medici su questo malato che ha questi dati , che comunque è una decisione difficile da prendere, e per cui vorrebbe che questa cosa fosse condivisa. E quindi anche un minimo alleggerita..., sicuramente, all'interno del gruppo medico. ..Vengono fuori delle cose da quello che può essere queste decisioni, queste riflessioni, questo prendere coscienza sul malato....Noi siamo totalmente tagliati fuori. Quindi, a me va benissimo il rapporto con te che in quel momento segui il malato, però è proprio il senso di totalità che...,che non c'è. Cioè il fatto di poter integrare quello che sono la mia esperienza, la tua esperienza , quello che pensa il gruppo, e da lì sentire...Non pretendo di entrare e ...,a .. di arrivare a prendere con voi la scelta di ‘questo paziente va trattato, oppure no’, non voglio questo; però, sicuramente un coinvolgimento, un ascolto per quello che so io sul malato; e poi una consapevolezza molto chiara di quello che si fa...Perché poi il problema successivo, qual è? L'entrata dei parenti. Allora, l'entrata dei parenti: alcuni di noi si defilano, altri di noi stanno nel box. Nel momento in cui il parente...e ti chiede, cioè, le domande da centocinquanta milioni di dollari che sappiamo: se io so bene quale è bene la situazione riesco a far fronte, al di là delle cose generali che uno non deve mai dire, non deve mai... Se io questa cosa non la so, e per forza che poi mi defilo dal box...

Talora i medici sembrerebbero d'altra parte chiedere una partecipazione degli infermieri, agire una condivisione che ne valorizzi il ruolo di interlocutori con gli altri soggetti presenti nel setting terapeutico, i parenti e, soprattutto, lo stesso paziente.

M7: secondo me sarebbe carino che partecipassero anche gli infermieri, che fossero coinvolti anche gli infermieri, penso sia una cosa importante anche perché sono quelli che forse hanno più contatto quotidiano, anzi sicuramente sono quelli che hanno più contatto quotidiano con i pazienti, li muovono, tra virgolette, perché è sempre molto relativo nel nostro ambito, .. per cui è importante che questa sia una decisione il più possibile condivisa, proprio perché ci troviamo a lavorare in un ambito molto, molto critico, di frontiera.

Un ulteriore posizionamento importante è la collocazione rispetto alla volontà del paziente

M4: Secondo me, io vedo due problemi molto diversi. Il primo è la persona che vuole morire, quindi che chiede ... E il secondo le persone che in qualche modo devono decidere che una persona debba morire. Secondo me sono due punti di vista, cioè sono due posizioni sullo stesso problema, che però sono molto diverse, perché un conto è uno che deve prendere la decisione di morire, e invece un conto è uno che deve prendere la decisione di far morire qualcun altro... Secondo me sono due posizioni sullo stesso argomento che, però, quasi non c'entrano niente...

Pur nella distanza delle due posizioni, è difficile sottrarre l'operatore dal compito di esplicitare le proprie attribuzioni rispetto alla volontà del paziente e alla responsabilità nella decisione.

Nel primo caso, la volontà del paziente si esprime sulla base di una valutazione della situazione in cui è il medico a fornire le informazioni determinanti. Se è possibile prefigurare che il paziente possa esprimersi sugli esiti possibili del trattamento, consentendogli di dare appropriate indicazioni della propria volontà

M1: informazione al paziente, che viene data ad esempio prima di certo interventi programmati, che possono avere una percentuale relativamente elevata di probabilità di rischio, ecco situazioni di questo tipo dovrebbero nell'informazione comprendere anche una premessa di decisione, di volontà del paziente di cosa fare in determinate situazioni,

In ogni caso è sempre il medico a fornire informazioni sui punti salienti e il medico sente di avere una posizione e una responsabilità primaria nella decisione stessa del paziente.

M2: Questo il motivo per cui poi in fondo nonostante la, mmmhhh... massima buona fede del medico... ,alla fine la decisione la prende effettivamente il medico, che decide come informare il paziente, su quale piatto della bilancia far pesare più i vantaggi e gli svantaggi. E' vero che l'informazione dovrebbe essere passata nel modo più obiettivo possibile, ma di fatto, senza ipocrisie, si decide prima e poi si fa. È assolutamente eccezionale il fatto che i famigliari o il paziente stesso non siano d'accordo con le decisioni che..., entrando nella stanza...

In secondo luogo difficilmente la volontà del paziente si presenta in forma chiara, che non necessita di una interpretazione e di un giudizio di valore. E' forse relativamente più facile prendere posizione quando alla gravità della condizione clinica si affianca la lucidità di un giudizio sulla qualità della propria vita

M1: lo ho avuto un'esperienza una volta, fuori dall'ospedale, di un paziente tetraplegico che era in casa per una SLA, una sclerosi laterale amiotrofica, che voleva morire, voleva morire a tutti i costi. Inizialmente lui era felice, viveva bene, pur nella sua condizione di tetraplegico, era interessato, era attaccato alla vita. Seguiva quello che lo circondava, guardava la televisione, si faceva leggere il giornale. Poi a un certo punto è entrato, non so, in depressione, non riusciva più a sopportare questa cosa e infatti era stato contattato anche un medico legale, perché lui voleva essere staccato dal respiratore, perché era attaccato al respiratore. Alla fine si è lasciato morire lui. Non ha più reagito e pian piano è morto. Ma è morto perché ha voluto morire. E lui diceva che quella lì non era vita e se pensiamo che la morte è la cosa più brutta della vita, per tutti, penso che sia la cosa più brutta della vita, morire, il fatto di desiderare di voler morire vuol dire che nella condizione in cui si trovava era ancora più brutta della morte. Io penso che se una persona arriva al punto di desiderare di voler morire, deve stare malissimo. E quindi, secondo me, ha il diritto di morire, se lo desidera. E se, logicamente, è lucido, in grado di intendere e di volere e di decidere di sé.

Molto più spesso è difficile entrare in contatto con la volontà del paziente e distinguere la piena espressione dalle condizioni complesse in cui tale espressione ha luogo

M1 sì, perché nel dubbio, nel dubbio, non può... è già un aspetto che è già anche uscito tra di noi, nel dubbio faccio.. eh... io penso che comunque alla fine il grande assente sia sempre il paziente, e la volontà dei pazienti. Purtroppo nella nostra situazione raramente siamo in grado di poter avere una discussione col paziente, una discussione che sia una discussione fattibile perché nella migliore delle ipotesi è ancora cosciente, ma è in una situazione di sofferenza tale per cui è difficile interpretare la volontà; per cui il familiare in questa situazione può essere un testimone, di quella che era la personalità del paziente, l'idea del paziente di fronte a alcuni problemi, un po' quello che succede in modo molto più semplice, se vogliamo, nel caso della donazione degli organi, dove è difficile trovare, .. insomma non è poi così frequente perché molte volte si trova il parente che dice sì o no ... e questo diceva "io sono favorevole, io sono contrario alla donazione", ma poi tu sei lì e prendi la decisione finale. Molte volte quindi emerge la volontà presunta, insomma, su una questione molto semplice: non è più il paziente ma è un cadavere che è morto, si tratta di utilizzare o meno gli organi per il trapianto, ma a volte sono decisioni più pesanti e decisioni che difficilmente, e ancora più raramente sono state discusse in passato tra i familiari, "se mi trovassi in una situazione di totale dipendenza dalle macchine con scarse possibilità di successo di questa terapia, terapie molto lunghe che possono incidere negativamente sulla qualità di vita, che decisione prendo?" E' una discussione che non si fa normalmente, ma giustamente. Anche se come dicevo prima si comincia a parlare anche nella società o con gli stessi medici di questi problemi, quindi è possibile si riesca a sensibilizzare la gente sul problema di prendere certe decisioni, nel momento in cui siamo ancora in grado di prendere. Il discorso sul testamento biologico, anche Bush e sua moglie hanno deciso di fare questa cosa, non so se è vero o falso, adesso non so che cosa hanno scritto comunque è già importante che se ne parli,

E più in generale

I4: Spesso e volentieri, invece, i nostri malati non possono decidere delle loro condizioni di vita e quindi... dipende da quello che noi clinicamente riscontriamo... dalle condizioni di salute.... Si cerca di capire: quest'uomo potrà continuare a vivere in condizioni umanamente accettabili?

Questa metarappresentazione dei processi, dei posizionamenti e dei criteri è probabilmente ortogonale alla metarappresentazione delle componenti soggettive del processo decisionale. La localizzazione dei criteri di decisione implica potenzialmente uno iato mobile tra operazioni di decisione che appartengono appropriatamente al sistema e influenze sulla decisione che non appartengono al sistema. Il punto fondamentale è riuscire a percepire il criterio di demarcazione tra operazioni appropriate e influenze inappropriate alla dinamica di sistema e se o in quale misura componenti del processo decisionale (ad esempio emozionali, di valore sociale, bioetiche o quant'altro) possano legittimamente essere attribuite ad un campo piuttosto che all'altro. Nel corso del dibattito storico interno ed esterno alla comunità scientifica, questa linea di discriminazione è sembrata mobile ed evolutiva e probabilmente resta ampiamente variabile anche negli assetti entro ciascun gruppo locale. Così, ad esempio, l'emozione sembra in primo luogo una fonte di interferenza, di "rumore" indesiderato, forse ineliminabile che si impara a controllare con l'esperienza e a sottomettere ai criteri cognitivi e razionali su cui deve avvenire la decisione

M1 dipende ma sicuramente è molto importante questa componente, insomma è chiaro che non penso che la componente emotiva possa essere la base su cui agire, cioè sinceramente è razionale la base su cui agire.. l'emozione è qualcosa che nasce un pochino dal nostro vissuto, quindi è un po' il bagaglio che ci portiamo per la nostra esperienza passata, e quindi entra in gioco, può entrare in gioco nel momento della decisione e forse in alcune situazioni può far spostare la bilancia da una parte o dall'altra.. è possibile, è possibile..

"M2: Sì, no. Va beh, ovviamente come in tutte le cose è ovvio che è molto più difficile approcciare una cosa non avendo la certezza, questo non solo nel lavoro, anche nella vita privata, è ovvio che tutte le volte che uno si trova in un limbo di indecisione, cioè, è 20 volte più stressato rispetto magari ad una scelta che passa sapendo già dove vuole arrivare. Quindi sicuramente a livello emotivo la gestione dell'incertezza secondo me poi dipende dai caratteri. Nel mio carattere, per esempio, è molto più difficile perché uno magari è più, si trova meglio, è più abituato a gestirsi le cose sicure, magari sicure anche per la sua emotività, piuttosto che fare le cose e non sapere dove arrivo, quando c'arrivo, se c'arrivo, come c'arrivo. Questo probabilmente è una cosa che si impara, non solo il bagaglio cognitivo e di studio e di ricerca che comunque è una base imprescindibile perché è da lì che attingi. Però poi devi fare i conti anche con la parte emotiva, sicuramente, che ti viene data poi dall'esperienza, l'imparare a gestire le situazioni di dubbio. Però rimarrà sempre difficile gestire le situazioni di dubbio, per me in tutti i campi. Cioè, come quando sei piccolo che vuoi una cosa e non ce l'hai, non te la danno, non sai se ti arriva, se ce l'hai in mano, se ce l'avrai domani, dopodomani, se te lo dà lo zio, la nonna, e un bambino impazzisce. Cioè, non... il bambino vorrebbe subito la cosa lì, così. Volerla e prenderla. Però ovviamente poi, poi quello che secondo me è la cosa più difficile è la gestione dell'indecisione."

Da un altro punto di vista, invece, l'emozione viene riconosciuta come una risorsa per decidere e il processo decisionale viene così rappresentato in modo più complesso, più articolato, meno riducibile all'intelligenza procedurale

M2 la componente emotiva è sicuramente un elemento in più.. sono esperienze in più che ti aiutano a prendere meglio una decisione che non è poi solo una decisione tecnicistica.

lo penso che abbia una aspetto positivo.. poi che possa coinvolgere più o meno, ... no ma davvero credo sia una dimensione imprescindibile.

Si può forse sostenere che queste metarappresentazioni comprendano e accettino gradi diversi di conflitto tra valori decisionali intrinseci al sistema e valori decisionali estrinseci al sistema. Questa linea conflittuale è interessante perché attraversa il posizionamento degli stessi individui entro il sistema. Infatti, talune influenze extrasistema riguardano le operazioni emozionali, i processi identificativi e simbolici che accompagnano i processi decisionali.

L'altro versante del conflitto riguarda i valori sociali ed etici correnti, le aspettative valoriali, le attribuzioni di responsabilità e le regolazioni sociali che intervengono nel processo decisionale. Il peso di queste componenti non sembra omogeneo nell'impatto tra culture cliniche locali e culture locali territoriali nei reparti del nord e del sud, dei grandi e dei piccoli centri.

M3: Un altro aspetto che mi ha colpito, forse il primo film colpisce molto di più la nostra interiorità perché una situazione un pochino più difficile da accettare, no?, però quello che forse mi ha anche colpito è il contrasto che c'è tra una decisione lucida di una persona che comunque ha deciso di voler morire e l'elaborazione poi della società. Ti portano in tribunale per smantellare questa tua libertà, cioè voglio dire, qual'è la libertà e qual è un atto imposto da un altro, o da altri? Quindi, per il discorso del fine vita, dove deve finire la libertà individuale e dove deve iniziare, che ne so, la competenza della società? Io penso che per una decisione così tua, uno non deve avere vincoli, non deve avere mediazioni. Perché stiamo parlando di una persona assolutamente capace di intendere e di volere, però nel momento in cui deve arrivare alla decisione ultima, c'è comunque tutto un filtro che snatura secondo me questo volere.

L'interpretazione della volontà del paziente non può non tener conto delle diverse rappresentazioni sociali del desiderio e della volontà di morire

I2: ...Però, quello che mi è saltato all'occhio è una differenza nella cultura degli altri paesi, piuttosto che in Italia. Cioè, in Italia io non credo che mai nessuno direbbe 'io voglio farla finita, voglio che qualcuno mi tolga la vita...', in qualunque modo. Io credo che noi tutti tendiamo più ad abbandonarci in noi stessi, piuttosto che a manifestare un atteggiamento del genere nei confronti degli altri. Cioè, esprimere chiaramente quella che è la nostra decisione...quella che sarebbe la nostra scelta. Probabilmente il fatto che si vive in un ambiente, qui, americano, italiano, magari risaltano queste differenze...

L'assunzione di criteri di demarcazione tra componenti dei processi decisionali appropriate e inappropriate al sistema costruisce una metarappresentazione della razionalità intrinseca del sistema decisionale.

Conclusioni

C'è un forte quesito etico dietro a questo interrogarsi sulle scelte di cura alla fine della vita che si potrebbe riassumere con: "per chi?" "di chi mi sto occupando?" e, a questa domanda, gli operatori possono rispondere che curano anche quando decidono di parlare con la famiglia per comunicare il non accoglimento di un paziente

o la sospensione della cura. Anche questo è un atto terapeutico, un atto clinico rivolto al paziente.

Perché il mandato terapeutico della TI prevede che non solo si mantenga in vita il corpo ma, più o meno consapevolmente, che si integrino gli aspetti emozionali.

Viene qui chiamata in causa la speranza come categoria psicologica esistenziale di cui l'uomo non può fare a meno, come possibilità di sostenere i momenti difficili, di tollerare le proprie e altrui difficoltà proiettandosi in un futuro pensabile e desiderabile. Ma la speranza, ci viene detto, trova il suo nutrimento in un terreno che si chiama memoria di sé e degli altri intorno a sé.

Fare appello alla memoria propria o di chi è emotivamente e affettivamente coinvolto, attraverso la richiesta di una narrazione, assume il senso di accogliere e offre la possibilità di rilanciare un pensiero verso il futuro.

Ma la memoria attiva anche sentimenti ed emozioni come il dolore e la nostalgia specie nel contesto della Terapia Intensiva dove la discontinuità, la fragilità e la precarietà della vita si toccano con mano.

La narrazione della storia dunque attiva in chi l'ha vissuta, la memoria che può sia rilanciare la speranza e un pensiero verso il futuro, sia scatenare sentimenti di dolore e di nostalgia.

La narrazione, più spesso micronarrazione, è il gesto che giunge evolutivamente prima della parola e ritorna quando la parola e il mondo simbolico sono poco accessibili. Il gesto umano dell'accudimento e del soccorso che dice di sé e dell'altro da sé, prima che la parola si esprima Attraverso "lo svezzamento" (termine che rimanda a passaggi evolutivi antichi), il passaggio di consegne, attraverso l'essere pensati e l'essere descritti e accuditi come persone restituisce un'unità altrimenti persa. Particolarmente gli infermieri, depositari di memorie, che assistono persone completamente dipendenti, sanno che la relazione di cura è tanto importante quanto la terapia. Con pazienti come quelli ricoverati presso le TI, così come per tutti i pazienti più gravi, la qualità della relazione che si viene a stabilire è spesso in grado di condizionare il percorso terapeutico e, a volte, l'elaborazione del senso di perdita o di un lutto da parte dei familiari stessi.

La storia, che preme fuori dalla porta, interpretata nelle cure e nei pensieri rivolti al paziente permette che il periodo in TI non rappresenti un'interruzione biografica.

Solo così ciò che viene "portato dentro" la TI dai familiari può essere identificato come non di intralcio alle cure e al lavoro di chi ha il compito di salvare ma occasione per comprendere e arricchire di significati.

E' richiesta una capacità tecnica e relazionale importante, si devono fare "i salti mortali", entrare e uscire dalle relazioni, comunicazioni e, infine, dalla vita e morte.

L'ascolto di quanto emerso nei focus ha permesso di rilevare come la relazione con i pazienti della TI si moduli continuamente su più registri: da quello dell'urgenza a quello dell'accudimento di un corpo completamente in balia, dal "risveglio" alla terminalità, da un'attenzione al paziente e alla sua famiglia più in termini affettivi, alla urgenza di intervenire senza potersi preoccupare delle emozioni dell'altro...

L'attenzione alla relazione con i pazienti e le famiglie non può che essere modulata su questi registri, con tutta la complessità che ne scaturisce.

Viene da pensare ad una sorta di relazione intermittente, dove si alterna un'attenzione per il paziente inteso nella sua globalità (emozioni, bisogni, legami...) ad un'altra attenzione più orientata ai monitor, indicatori, tecniche, manovre, nelle quali inevitabilmente il soggetto nella sua globalità non può essere visto...

Se è vero che il paradigma medico scientifico di alto livello permette e sostiene l'indifferenza della tecnica (nel senso della possibilità di applicare protocolli) non è certo la tecnica dell'indifferenza quella che gli operatori delle TI mettono in campo. Le TI sono molto motivate al lavoro proposto e disponibili a discutere e confrontarsi. Si evidenzia una grande disponibilità all'ascolto non solo delle parole ma soprattutto delle emozioni, un ascolto empatico, capace di una compassione che "sa dar forma ad una sofferenza muta" (Radley, 2005).

I gruppi non paiono centrati sugli aspetti clinici in senso stretto ma piuttosto sulle difficoltà emotive che giorno per giorno incontrano con i pazienti e i parenti. E' proprio questo ascolto che pare risultare uno dei momenti più stressanti, infatti implica da parte del medico e dell'infermiere un tempo e uno spazio interno di accoglienza anche quando questo spazio è già "ingolfato" di emozioni e sentimenti provati dal contatto con tutti gli altri pazienti del reparto. Il gruppo dice che "C'è un forte divario tra le linee guida e gli aspetti emotivi".

C'è un po' ovunque la percezione di un percorso in continua evoluzione sia nelle pratiche che nella apertura verso il mondo esterno (dall'orario delle visite al coinvolgimento nel percorso terapeutico). La TI non è vissuta come la migliore, come il reparto in cui si prendono sempre decisioni giuste e si sa sempre cosa fare.

I bisogni che emergono dal gruppo sembrano riguardare la possibilità di condividere e di confrontarsi riguardo agli aspetti emotivi. La TI afferma spesso che c'è condivisione, c'è una gerarchia che permette di aver un equilibrio, c'è "un gruppo" ma pare ci sia l'esigenza di avere spazi come quelli offerti dai focus, per potersi confrontare in particolare intorno ai temi di fine vita. Il gruppo riconosce delle proprie difficoltà nel gestire questo tipo di comunicazione, dice che "nessuno glielo insegna".

Un tema importante emerso dall'analisi dei focus riguarda la relazione tra incertezza e appropriatezza. In molti contesti sanitari le tensioni e i conflitti legati al ruolo sembrano ricondursi alla percezione della appropriatezza dei propri comportamenti di ruolo con gli assunti metacognitivi impliciti nella cultura locale - che prescrivono una demarcazione tra criteri di "analisi decisionale" e "influenze esterne al processo" e prevedono una definizione posizionale della capacità e delle competenze a decidere. Tali criteri e posizionamenti sono flessibili e impliciti, mobili in rapporto alla complessità dei singoli casi, impermeabili a protocolli e standard proprio sulle linee di confine di elevata incertezza in cui sarebbe più necessario avere a disposizione assetti decisionali chiari. Le demarcazioni tra ciò che è "interno/appropriato" e ciò che "esterno/inappropriato" al sistema di decisione e regolazione dei comportamenti nel ruolo o nei posizionamenti organizzativi attraversano le persone e divengono occasione e fonte di conflitto interpersonale e intrapsichico, innescando dinamiche complesse di autoregolazione e di sofferenza.

Insomma, una appropriatezza nel processo di decisione, di appartenenza a una cultura in quanto prescrittivi di posizionamenti e regolazioni emozionali percepiti come legittimi, che definiscono un assetto intrapsichico, una "direzione di vita", una "efficacia personale" nell'esercizio di compiti fortemente connessi all'identità.

La registrazione puntuale di queste metarappresentazioni (framing) costituisce forse uno dei punti focali di una forte interazione consulenziale dello psicologo con le equipe delle T.I., insieme a quello più tecnico della registrazione fine (fine tuning) delle operazioni emozionali che intervengono nel setting relazionale proprio del processo di cura (ivi compreso il processo decisionale).

Ciò può essere facilitato dall'uso di metodi che consentano di intercettare trame narrative che si sviluppano nel pensiero del gruppo e che rendono visibili complessi processi di riposizionamento, su diversi piani. La cultura locale istituisce una narrabilità e una riconoscibilità delle tensioni emozionali a certe condizioni. E si può studiare sotto quali condizioni il conflitto e la tensione sono ricomponibili entro un piano narrativo e quando invece il conflitto e la tensione comportano la transizione a un piano narrativo nuovo.

Il posizionamento linguistico è anche un posizionamento emozionale entro una rappresentazione sociale ed entro un assetto culturale delle regolazioni affettive nel gruppo. Seguirlo e intercettarlo, restituirlo mediante una "analisi emozionale del testo", condotta con strumenti appropriati, ci riconduce ad una operatività che sappia immergersi in profondità entro i contesti clinici, con occhio critico più attento ai riposizionamenti personali e interpersonali, alle regolazioni emozionali, agli assetti culturali e organizzativi che caratterizzano la vita nelle istituzioni della salute

Il riconoscimento dei piani narrativi con cui le persone si raccontano nelle relazioni "in fine vita", l'attenzione agli scambi intensi degli sguardi intersoggettivi che si intrecciano nello sviluppo di questi piani consente forse di perlustrare con maggiore precisione le culture locali e le tensioni che le attraversano, di seguire il gioco delle aspettative e delle tensioni entro la cultura clinica locale e tra la cultura locale interna (clinica) ed esterna (sociale).

La cultura locale istituisce una narrabilità e una riconoscibilità delle tensioni emozionali. Le relazioni, che si compongono entro questi piani narrativi, sono generative di situazioni che costituiscono e decifrano i piani dei conflitti interpersonali e intrapersonali entro cui si originano le tensioni decisionali e operazionali. Chi è soggetto dei processi di decisione? Quali attribuzioni causali comporta il porre o porsi al centro della dinamica narrativa come soggetto di un'azione di conseguimento valoriale? Quali implicazioni emozionali divengono così esplicitabili e quali tensioni possono cogliersi in questi riposizionamenti emotivi?

Cogliere i posizionamenti delle diverse componenti soggettive percepite come intrinseche o estrinseche al processo e, soprattutto, il movimento dinamico di queste posizioni può chiarire sotto quali condizioni il conflitto e la tensione sono ricomponibili entro un piano narrativo e quando invece il conflitto e la tensione comportano la transizione a un piano narrativo nuovo. Questi processi di "assimilazione" e "accomodamento" degli elementi tensivi entro piani narrativi costituiscono un'ulteriore possibile chiave di approccio consulenziale dello psicologo alle culture locali nei percorsi "in fine vita"

Qui è un autunno che non si decide a dimenticare l'estate. Il sole accompagna dolcemente il lento incedere della nostalgia. Ma forse presto verrà l'inverno e poi ancora la primavera, con la sua tenera voglia di farsi riscoprire nella tensione generativa in cui la speranza diventa finalmente la verità della vita.

SCHEDA 5: UN INTERVENTO SULL'ORGANIZZAZIONE OSPEDALIERA: L'ISTITUTO NAZIONALE TUMORI DI MILANO (2008)

di Paride Braibanti, Bruno Carminati, Ivo Lizzola



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI BERGAMO
Dipartimento di Scienze umane e sociali

Accompagnarsi nelle storie di malattia oncologica
un percorso di ricerca-intervento e formazione nell'Istituto Nazionale dei Tumori

Dossier di sintesi

A cura di Paride Braibanti, Bruno Carminati, Ivo Lizzola

Argomenti

1. Il mandato condiviso
2. Il processo, le aree e le dimensioni indagate
3. La metodologia della ricerca
4. La fotografia dell'esistente
5. Le azioni di sviluppo

Il mandato

- **Criticità ed esigenze**

- La capacità della struttura nel rispondere ai bisogni emotivi e alle incertezze di pazienti e medici (*"trovare percorsi decenti per i pazienti ma anche per noi ..."*; *"Con che cuore lasci le pazienti metastatiche?"*)
- Ampliare la rappresentazione della cura (dalla cura dell'organo alla cura del soggetto nella sua complessità – rinvio al tema dell'accompagnamento alla cura)
- Maggiore attenzione agli aspetti relazionali
- Assenza di spazi di riflessione tra operatori sanitari deputati alla rielaborazione delle esperienze interne all'Istituto (riferimento all'assenza di riflessione sulle esigenze nei confronti della struttura espresse dai pazienti nella *customer satisfaction*)

- ***Margini di cambiamento intravisti:***

- I tempi di attesa
- La reperibilità
- L'estensione della riorganizzazione e omogeneizzazione delle prassi a tutto l'Istituto

Argomenti

1. Il mandato condiviso
- 2. Il processo, le aree e le dimensioni indagate**
3. La metodologia della ricerca
4. La fotografia dell'esistente
5. Le azioni di sviluppo
6. Come procedere

Il processo, le aree e ruoli indagati



5

Dimensioni indagate



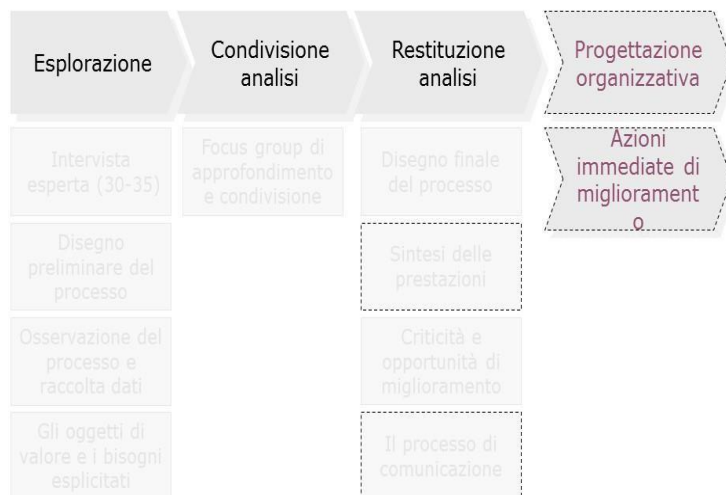
6

Argomenti

1. Il mandato condiviso
2. Il processo, le aree e le dimensioni indagate
3. La metodologia della ricerca
4. La fotografia dell'esistente
5. Le azioni di sviluppo
6. Come procedere

7

Il percorso di analisi



8

Persone coinvolte

Persone	Ruolo	Persone	Ruolo
Argiolas Federico	Direzione Sanitaria	Managanone Rosalba	Segretaria Cup
Carcangiu Maria Luisa	Direttore Anatomia Patologica A	Mannella Maria Pia	Tecnica radiologia
Casali Paolo	Segretario Comitato Etico	Mariani Gabriella	Oncologa
Centonze	Caposala ambulatorio generale	Mariani Paola	Oncologa
Cepi Angela	Volontaria radiologia	Masi Silvana	Infermiera Cup
Condemi Patrizia	Segretaria cup	Mazza Roberto	Responsabile URP
Conti Rudy	Medico senologo	Mazzeo Mariangela	Volontaria Cup
Cova Nives	Volontaria radiologia	Molteni Angela	Oncologa
Di Palo Antonella	Infermiera Cup	Piccini Pina	Segretaria radiologia
Dorigo Mariella	Volontaria Cup	Piomalli Domenico	Senologo
Ferranti Claudio	Radiologo	Pomponi Giovanna	Direzione Sanitaria
Folini Cristina	Tecnica radiologia	Salerno Francesca	Responsabile Cup
Galbiati Daniela	Tecnica Anatomopatologia	Tabeni Raffaella	Infermiera, Responsabile attività di dattila
Greco Marco	Primario della senologia	Luca Gianni	Primario Oncologia Medica
Lepera Paolo	Medico senologo		

Persone	Ruolo
..	Tecnico di radiologia
..	Tecnico di radiologia
Bergonzi	Direttore radiologia senologica
Conti	Senologo
Ferranti	Radiologo
Manganoni	Segretaria Cup
Mary	Segretaria Oncologia Medica
Mazza	Infermiere, responsabile URP
Molteni	Oncologo
Salerno	Responsabile Cup
Tebani	Infermiera, responsabile formazione
Zambetti	Oncologo medico

Interviste

Focus Group

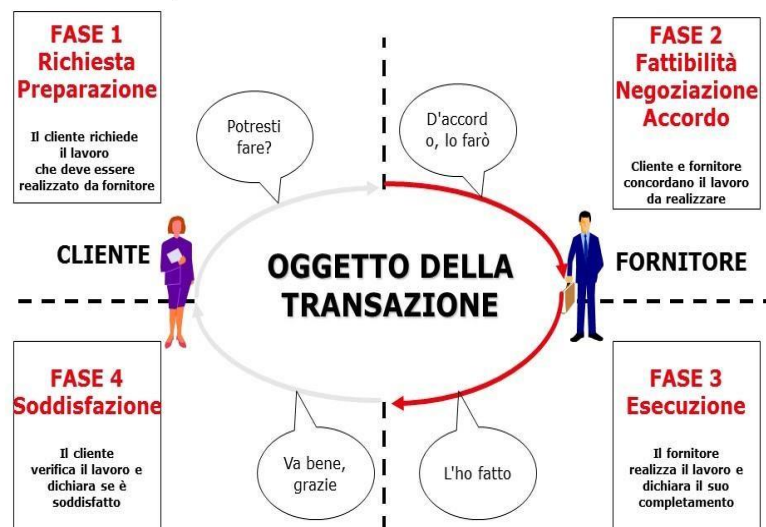
9

L'analisi del processo

- L'Action Workflow Analysis (AWA) è una tecnica che analizza e rappresenta un processo, descrivendolo in termini di rete di rapporti tra clienti e fornitori, il cui obiettivo è quello di chiedere/offrire, negoziare, realizzare e controllare condizioni di soddisfazione.
- Con l'obiettivo di produrre miglioramenti dei tempi di attesa, nel lavoro dei gruppi e nella *customer satisfaction*; e fornire un approccio per l'analisi e la re-ingegnerizzazione dei processi

10

Work flow analysis



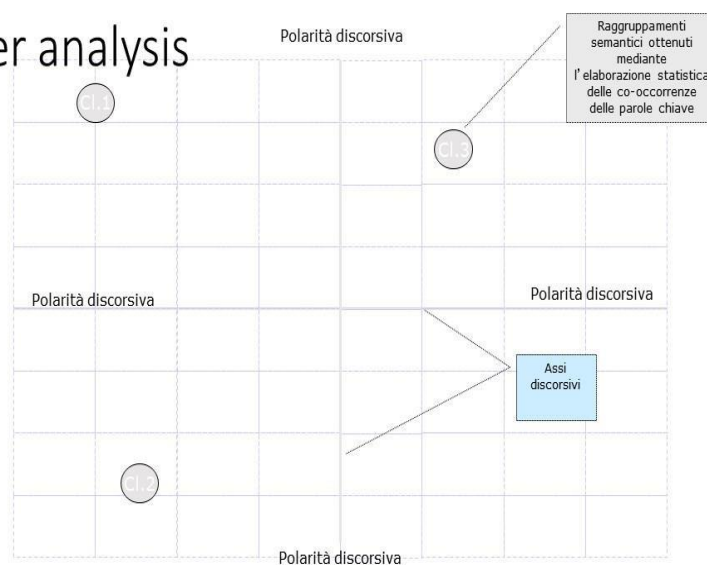
11

T-LAB

- Crea dei raggruppamenti semantici sulla base dell'elaborazione statistica delle co-occorrenze applicate ad un modello linguistico.
- I raggruppamenti semantici vengono rappresentati in un sistema di coordinate che rende possibile, mediante elaborazioni successive, determinare assi discorsivi su cui si struttura il testo.

12

Cluster analysis



13

Argomenti

1. Il mandato condiviso
2. Il processo, le aree e le dimensioni indagate
3. La metodologia della ricerca
4. La fotografia dell'esistente
5. Le azioni di sviluppo
6. Come procedere

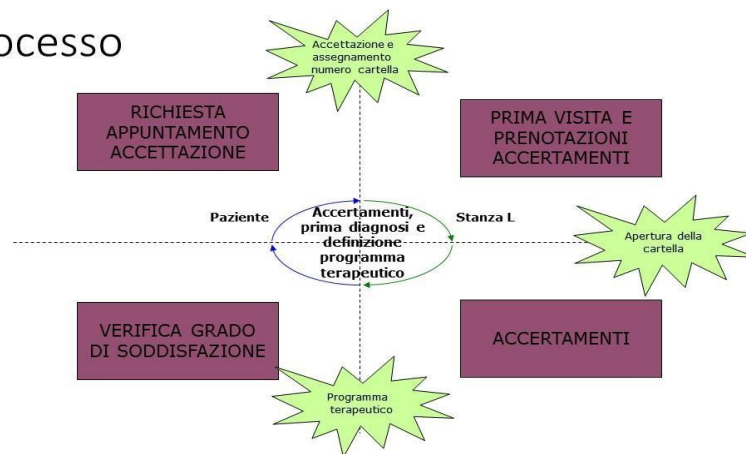
15

Dimensioni indagate

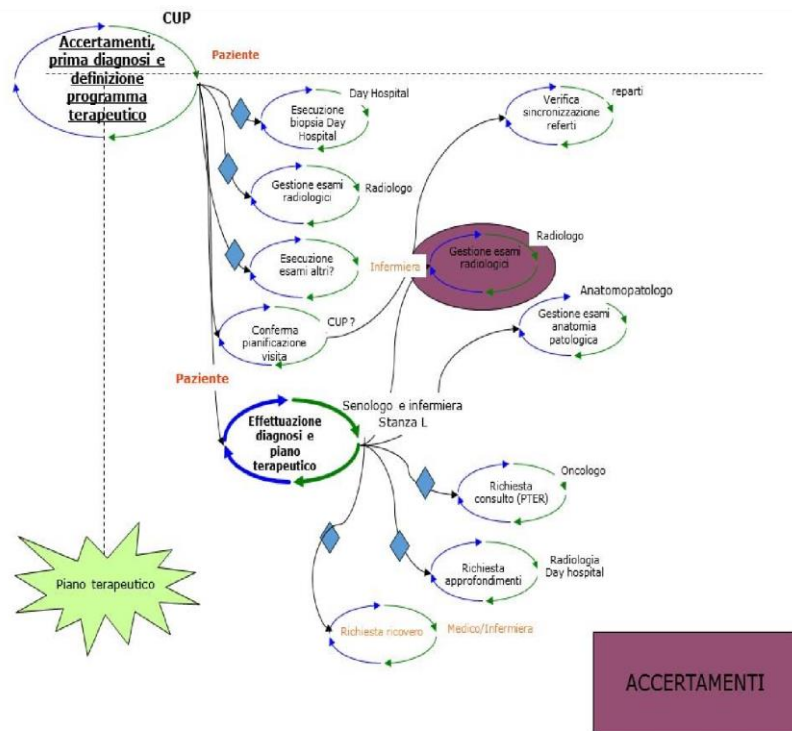


16

Il processo

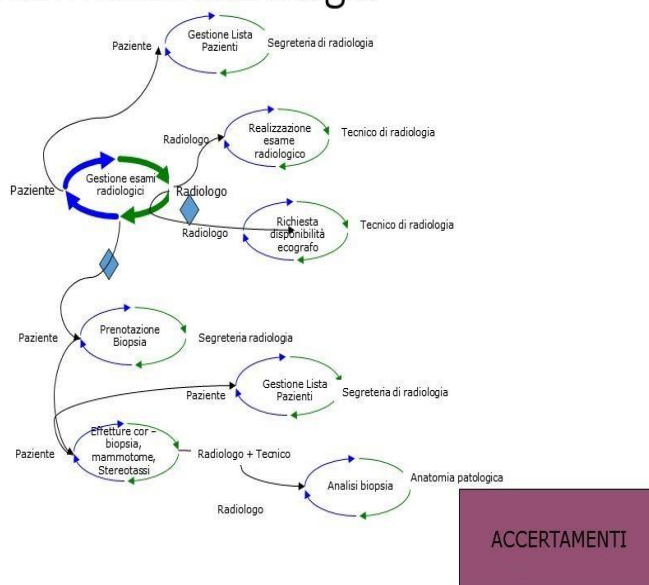


17

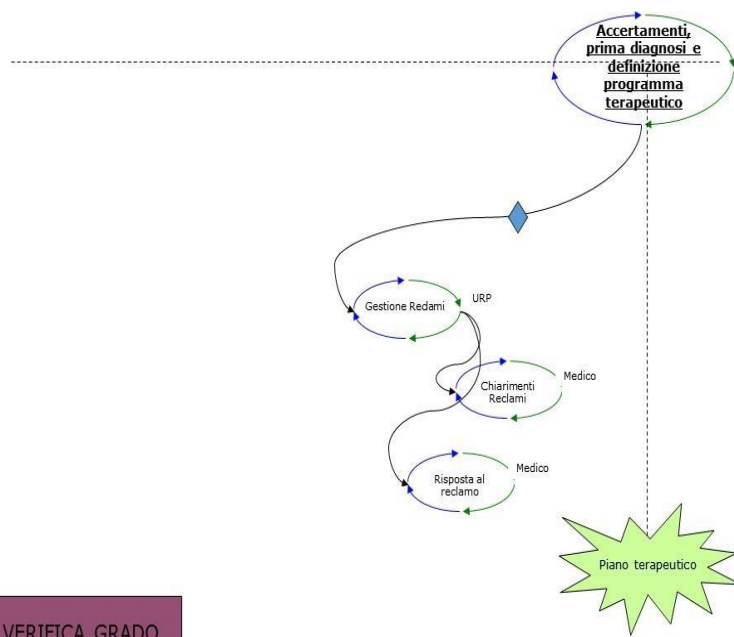


20

Approfondimenti: Radiologia



21



VERIFICA GRADO
DI SODDISFAZIONE

22

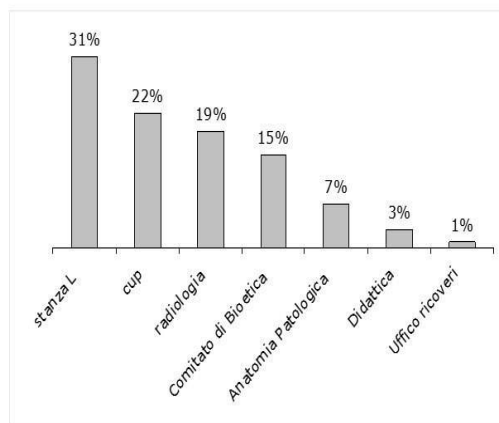
Milano, 20 Maggio 2008

Dati

Area	Dati
CUP	12 sportelli 23 addetti 6+2 linee telefoniche: 60-70 tel/die/operatore 1+1 addetto attività istituzionali 80 agende
Stanza L	Tempi di attesa SSN 3 giorni Tempi di attesa LPI Senologo 1 giorno Tempi di attesa Medico specifico da 1 a 7 giorni
Radiologia	Dati 2007: RX senologia (mammografia) N° 14355 tempi 12' + 8' (referto) Ecografie mammarie N° 7519 tempi 15' + 5' (referto) Interventistica N° 682 tempi 60' (glittografia) 45' (localizzazione) Biosie N° 805 tempi 60' guida ecografica, 65' guida stereo tossica Consulti di mammografie N° 537 tempi 15' Refertazioni esami al letto N° 985 tempi 15'

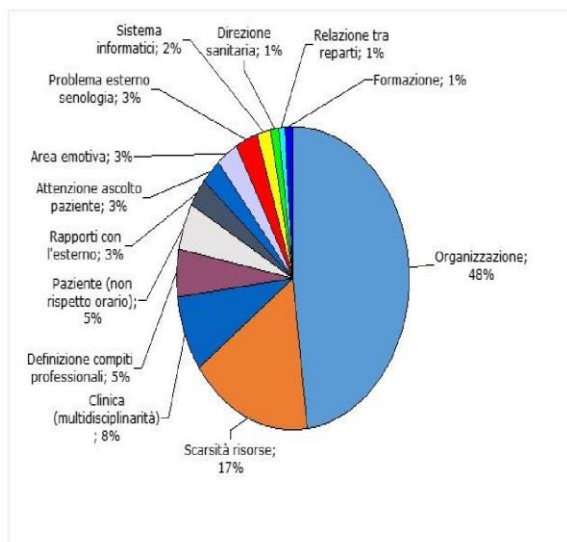
23

Distribuzione delle disfunzioni



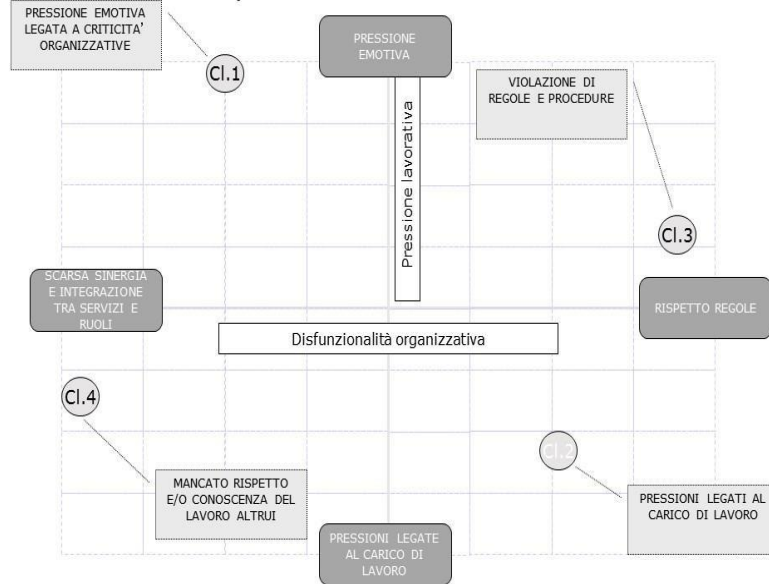
24

Categorie di disfunzioni



1. CRITICITA'

Criticità: Cluster analysis



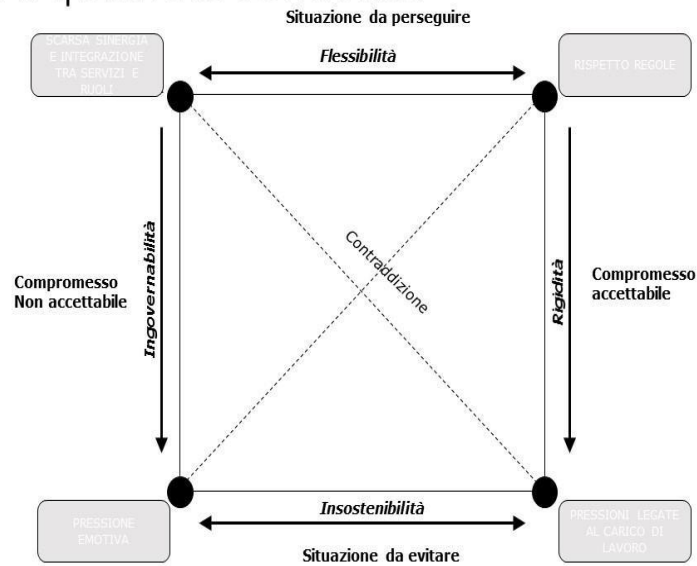
28

Criticità: Cluster

Cluster 1	Cluster 2	Cluster 3	Cluster 4
Le criticità organizzative determinano lunghe permanenze in sala d'attesa che ingenerano tensione e ansia tanto nei pazienti quanto negli operatori sanitari. Si segnala l'assenza di un supporto psicologico che permetta di reggere tale tensione.	Vengono descritti i difficili tentativi di gestione delle criticità legate all'afflusso degli utenti, alla gravità del quadro clinico e all'ingente carico di lavoro. (avviso telefonico al paziente se gli esami non sono pronti per la visita successiva, preparazione della cartella in ambulatorio il giorno prima della visita, tentativo di rispettare la sequenza progressiva dei numeri negativi ...)	Violazione delle regole e delle procedure (il paziente non rispetta gli orari assegnati, assenza della cartella in archivio, esami non pronti al momento della visita, i medici utilizzano più tempo del previsto per visitare un paziente)	Mancata conoscenza e sinergia tra servizi. Assenza di rispetto per il lavoro altrui. (non sempre i servizi sono utilizzati adeguatamente dagli operatori interni alla struttura, i referti che dalla stanza L sono richiesti all'anatomo-patologia giungono in radiologia e non sempre il richiedente ha un contatto con chi ha eseguito l'esame, difficoltà del CUP nel prenotare le visite, interferenze di colleghi mentre si esegue un esame ...)
PRESSIONE EMOTIVA LEGATA A CRITICITA' ORGANIZZATIVE	PRESSIONI LEGATI AL CARICO DI LAVORO	VIOLAZIONE DI REGOLE E PROCEDURE	MANCATO RISPETTO E/O CONOSCENZA DEL LAVORO ALTRUI

29

Criticità: Il quadrato semiotico



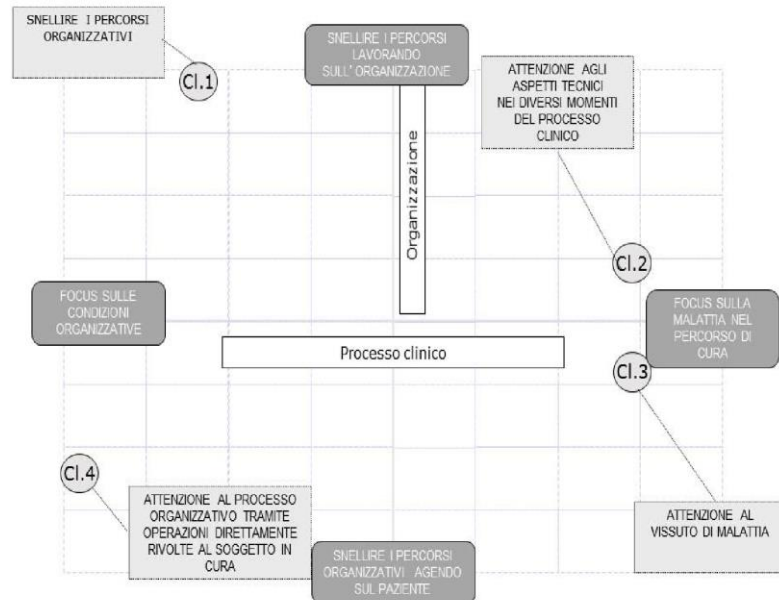
30

Criticità: Teoria sottostante

- **RELAZIONE DI CONTRARIETA':**
 - Le regole formali dell'organizzazione sono spesso in opposizione alla piena valorizzazione dei ruoli e alla sinergia tra le professionalità.
- **RELAZIONE DI IMPLICAZIONE:**
 - Quando il rispetto delle regole e delle procedure non si sintonizza con i compiti professionali e con gli obiettivi di cura si ingenera tensione sul piano emotivo e aggravamento nel carico di lavoro

31

Cura: Cluster analysis



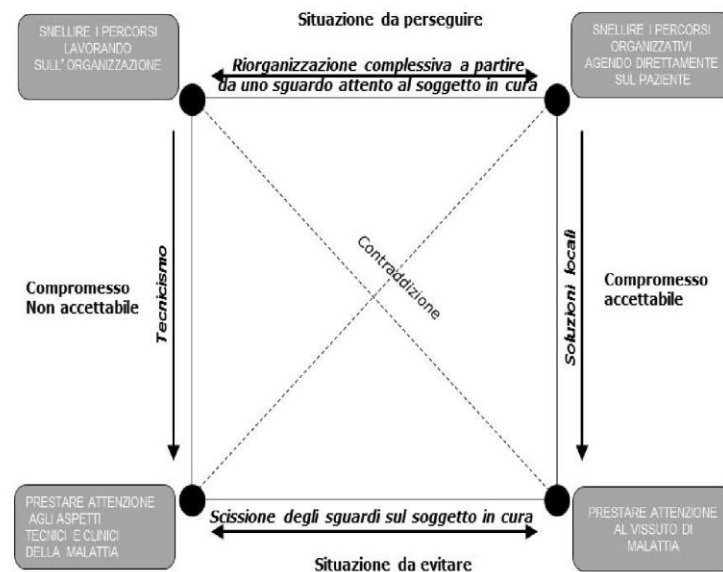
33

Cura: Cluster

Cluster 1	Cluster 2	Cluster 3	Cluster 4
Tentativi orientati, sul piano organizzativo, a snellire i percorsi del soggetto in cura in istituto (predisposizione di uno sportello dedicato all'intestazione cartelle, il paziente dopo la visita viene accompagnato allo sportello dall'infermiera per intestare la cartella evitando una seconda fila, viene consegnato un foglietto per facilitare le pratiche allo sportello)	Viene posto rilievo ai processi comunicativi che si verificano in prossimità di momenti del processo clinico (comunicazione della diagnosi, tempo per analizzare la documentazione portata dal paziente durante la visita, tempo dedicato al paziente il giorno prima dell'intervento chirurgico o terapeutico, telefonata a casa del paziente dopo la dimissione ...)	Polarità legata al vissuto di malattia (viene menzionata l'importanza della continuità dei medici referenti nel processo di cura, la pronta disponibilità del medico nei confronti dei pazienti, l'attenzione ai vissuti di malattia, al peso emotivo legato al peggioramento del quadro clinico, al bisogno di continuare a sperare e di mantenere uno spazio di illusione anche quando la situazione diventa grave)	Tentativi di miglioramento dei percorsi organizzativi che implicano operazioni dirette sul soggetto in cura (le volontarie accompagnano i pazienti in istituto, istruzioni al paziente in merito alle modalità di accesso alla prima visita, si forniscono promemoria, consiglio rivolto al paziente in relazione all'opportunità di preannunciare al medico la necessità di essere visitati per urgenze anche fuori dall'appuntamento ...)
SNELLIRE I PERCORSI ORGANIZZATIVI	ATTENZIONE AGLI ASPETTI TECNICI NEI DIVERSI MOMENTI DEL PROCESSO CLINICO	ATTENZIONE AL VISSUTO DI MALATTIA	ATTENZIONE AL PROCESSO ORGANIZZATIVO TRAMITE OPERAZIONI DIRETTAMENTE RIVOLTE AL SOGGETTO IN CURA

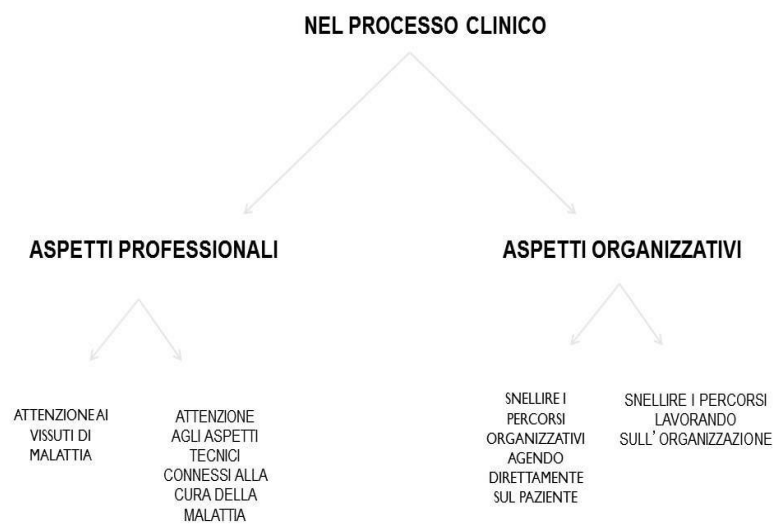
34

Cura: Il quadrato semiotico



35

La cura agisce



36

Cura: Teoria sottostante

- **RELAZIONE DI CONTRARIETA':**

- L'attenzione alle procedure, agli aspetti tecnici si pone in contrarietà con la condivisione dei vissuti emotivi, fungendo, che talvolta potrebbe impedire una ricomposizione globale delle diverse dimensioni della cura.

- **RELAZIONE DI IMPLICAZIONE:**

- Si evidenzia una tensione che vede l'attenzione al paziente nella sua globalità come base di partenza per innescare rimodulazioni dei percorsi organizzativi. Lo schema disegna la possibilità di avvio di un circolo virtuoso in cui le competenze mediche potrebbero riversarsi ed essere impegnate sui processi organizzativi.

L'analisi dei significati

- **CRITICITA'**

Le regole formali dell'organizzazione sono spesso in opposizione alla piena valorizzazione dei ruoli e alla sinergia tra le professionalità.

Quando il rispetto delle regole e delle procedure non si sintonizza con i compiti professionali e con gli obiettivi di cura si ingenera tensione sul piano emotivo e aggravamento nel carico di lavoro.

- **LA CURA**

L'attenzione alle procedure, agli aspetti tecnici si pone in contrarietà con la condivisione dei vissuti emotivi, fungendo, che talvolta potrebbe impedire una ricomposizione globale delle diverse dimensioni della cura.

Si evidenzia una tensione che vede l'attenzione al paziente nella sua globalità come base di partenza per innescare rimodulazioni dei percorsi organizzativi. Lo schema disegna la possibilità di avvio di un circolo virtuoso in cui le competenze mediche potrebbero riversarsi ed essere impegnate sui processi organizzativi.

- **L'ISTITUTO**

Nella rappresentazione emergente si evidenzia che quando il funzionamento viene agito sul piano della singolarità produce instabilità organizzativa, mentre azioni predisposte sul piano della condivisione del gruppo producono percorsi organizzativi di maggiore decifrabilità, coerenza e chiarezza.

43

Sintesi

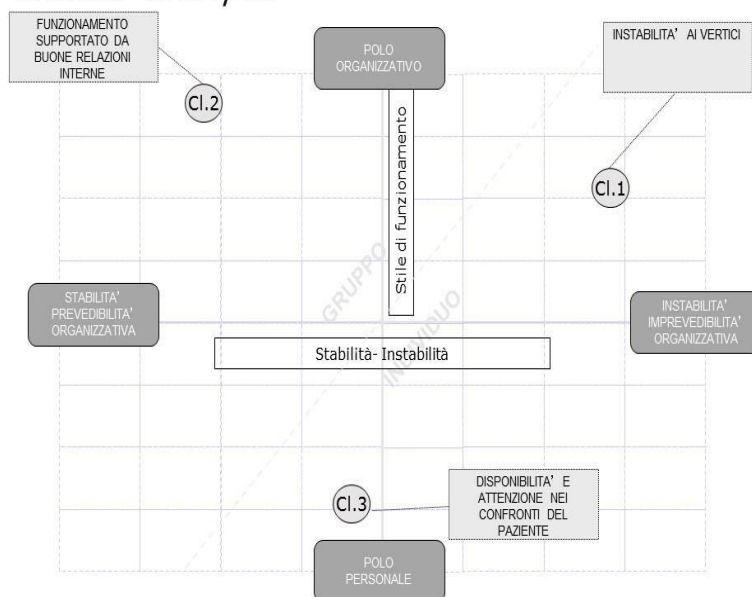
L'attenzione alle procedure, agli aspetti tecnici si pone in contrarietà con la condivisione dei vissuti emotivi che talvolta potrebbe impedire una ricomposizione globale delle diverse dimensioni della cura. Inoltre, le regole formali dell'organizzazione sono spesso in opposizione alla piena valorizzazione dei ruoli e alla sinergia tra le professionalità.

Quando il rispetto delle regole e delle procedure non si sintonizza con i compiti professionali e con gli obiettivi di cura si ingenera tensione sul piano emotivo e aggravamento nel carico di lavoro.

Nella rappresentazione emergente si evidenzia che quando il funzionamento viene agito sul piano della singolarità produce instabilità organizzativa, mentre azioni predisposte sul piano della condivisione del gruppo producono percorsi organizzativi di maggiore decifrabilità, coerenza e chiarezza. In particolare, si evidenzia una tensione che vede l'attenzione al paziente nella sua globalità come base di partenza per innescare rimodulazioni dei percorsi organizzativi. Lo schema disegna la possibilità di avvio di un circolo virtuoso in cui le competenze mediche potrebbero riversarsi ed essere impegnate sui processi organizzativi.

44

Istituto: Cluster analysis



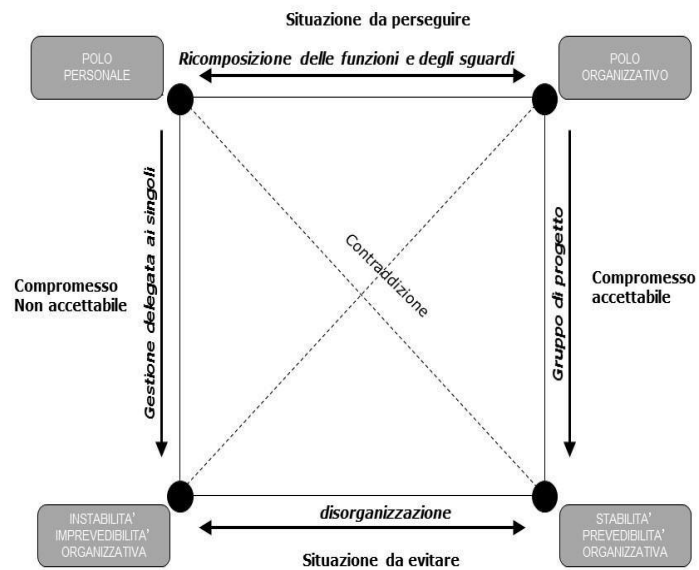
39

Istituto: Cluster

Cluster 1	Cluster 2	Cluster 3
Tematiche legate alla stabilità/instabilità istituzionale (continui cambi della dirigenza, tema del coordinamento tra servizi in istituto, comunicazione interna, tematica della stabilità e leggibilità dell'istituzione, presa di decisione)	Tematiche legate ad un'organizzazione che gode di buone relazioni interne (si cita il buon funzionamento dell'istituto, la presenza di un gruppo caratterizzato per buone relazioni interpersonali e per impegno personale dei singoli membri, è descritta armonia tra i ruoli e un clima di serenità)	Tematiche legate all'attenzione e alla disponibilità nei confronti del paziente (si menziona la necessità di dedicare tempo al paziente, di predisporre percorsi organizzativi snelli, di provvedere a fornire contenimento, ascolto in un clima di generale disponibilità e gentilezza)
INSTABILITA' AI VERTICI	FUNZIONAMENTO SUPPORTATO DA BUONE RELAZIONI INTERNE	DISPONIBILITA' E ATTENZIONE NEI CONFRONTI DEL PAZIENTE

40

Istituto: Il quadrato semiotico



41

Istituto: Teoria sottostante

- Nella rappresentazione emergente si evidenzia che quando il funzionamento viene agito sul piano della singolarità produce instabilità organizzativa, mentre azioni predisposte sul piano della condivisione del gruppo producono percorsi organizzativi di maggiore decifrabilità, coerenza e chiarezza.

42

3. L'ISTITUTO

38

Sintesi

L'attenzione alle procedure, agli aspetti tecnici si pone in contrarietà con la condivisione dei vissuti emotivi che talvolta potrebbe impedire una ricomposizione globale delle diverse dimensioni della cura. Inoltre, le regole formali dell'organizzazione sono spesso in opposizione alla piena valorizzazione dei ruoli e alla sinergia tra le professionalità.

Quando il rispetto delle regole e delle procedure non si sintonizza con i compiti professionali e con gli obiettivi di cura si ingenera tensione sul piano emotivo e aggravamento nel carico di lavoro.

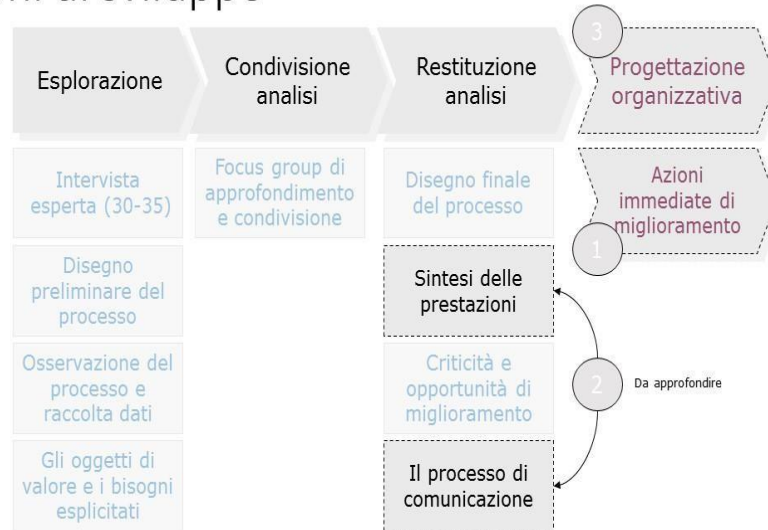
Nella rappresentazione emergente si evidenzia che quando il funzionamento viene agito sul piano della singolarità produce instabilità organizzativa, mentre azioni predisposte sul piano della condivisione del gruppo producono percorsi organizzativi di maggiore decifrabilità, coerenza e chiarezza. In particolare, si evidenzia una tensione che vede l'attenzione al paziente nella sua globalità come base di partenza per innescare rimodulazioni dei percorsi organizzativi. Lo schema disegna la possibilità di avvio di un circolo virtuoso in cui le competenze mediche potrebbero riversarsi ed essere impegnate sui processi organizzativi.

Argomenti

1. Il mandato condiviso
2. Il processo, le aree e le dimensioni indagate
3. La metodologia della ricerca
4. La fotografia dell'esistente
5. Le azioni di sviluppo
6. Come procedere

45

Le azioni di sviluppo



46

1 Migliorare la pianificazione delle visite

Obiettivo ...	Risorse
Fasi	Output Consapevolezza del ruolo

47

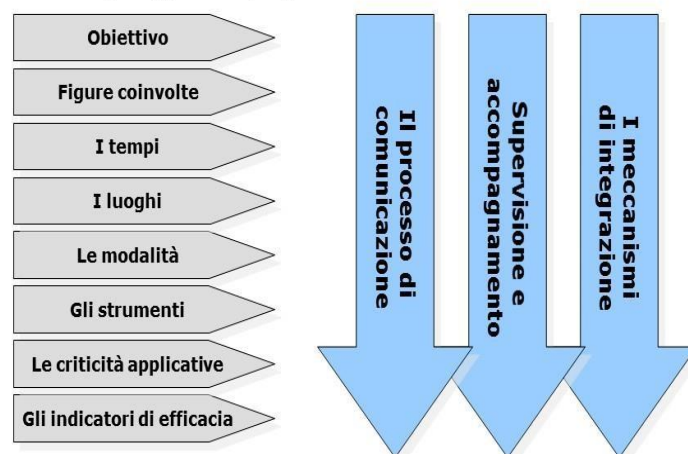
2 Approfondimento dell'analisi

Definire tempi e modalità

- L'analisi andrebbe completata con un approfondimento sul flusso fisico del paziente andando a rilevare elementi oggettivi sulle code, le attese e la programmazione delle visite
- La metodologia consigliata è la value stream mapping che va rilevare e misurare:
 - il flusso fisico che le diverse categorie di pazienti devono percorrere nel processo "accertamenti, prima diagnosi e definizione programma terapeutico"
 - Il sistema di gestione della programmazione e schedulazione delle visite tra le diverse sezioni del processo (accettazione, stanza L, radiologia...)

48

3 Le dimensioni e gli oggetti da progettare



49

Obiettivi e modalità di lavoro

3

Obiettivo ➤ Proporre le soluzioni organizzative che permettano di eliminare le criticità emerse dalle interviste e dai Focus group. ➤ Definire delle priorità di intervento in funzione dell' impatto sul servizio e della difficoltà di applicazione. ➤ Mettere in evidenza le criticità applicative relativamente alle implicazioni sul resto del dipartimento/unità organizzativa.	Risorse ➤ CUP ➤ Stanza L ➤ Radiologia ➤ Sistemi informativi ➤ Qualità ➤ URP
Fasi ➤ Definizione del gruppo di lavoro finalizzato al ridisegno del processo ➤ Fase di ridisegno: • Strutturare il processo di comunicazione nei confronti dei pazienti • Strutturare un processo di accompagnamento del paziente lungo il processo • Progettare dei dispositivi che permettano di ragionare su ciò che succede e avviene nei diversi casi ed avere la possibilità di confrontarsi, darsi uno spazio per potere imparare dai casi, dall' esperienza. • Meccanismi di integrazione tra aree organizzative diverse che concorrono al rendere efficace il processo ➤ Restituzione alla committenza	Output ➤ Disegno del nuovo processo ➤ Modalità comunicative ➤ Strutturazione dei momenti di supervisione ➤ Modalità di "accompagnamento" del paziente

SCHEDA 6: UN INTERVENTO SU E RELAZIONI IN UNA ÉQUIPE **CHIRURGICA ALTAMENTE SPECIALIZZATA: OSPEDALI RIUNITI DI BERGAMO** **(2012)**

di Paride Braibanti, Paola Riva, Maria Simonetta Spada



Azienda Ospedali Riuniti
Bergamo

Dipartimento di Scienze Umane e Sociali
Università degli Studi di Bergamo



Competenze di
un'equipe chirurgica
altamente specializzata

Dimensioni lavorative, culture,
competenze e norme nei racconti
dei membri dell'equipe

Paride Braibanti

Maria Simonetta Spada

Paola Riva

Bergamo, 30 luglio 2012

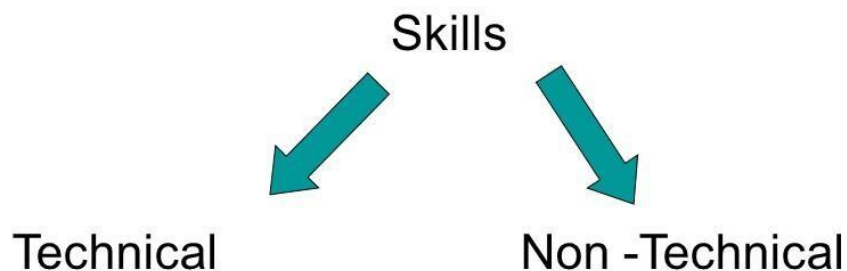
1

Competenze in ambito chirurgico

- La letteratura, indica che un chirurgo professionista competente deve avere specifici attributi personali, cognitivi e tecnici (Sidhu et al. 2004)
- Molti si sono interrogati sul perché valutare le competenze in ambito chirurgico (in particolare nel percorso educativo) e le modalità più idonee per la valutazione (si veda il lavoro di Sidhu 2004 per una review)

2

Differenziazione presente in letteratura



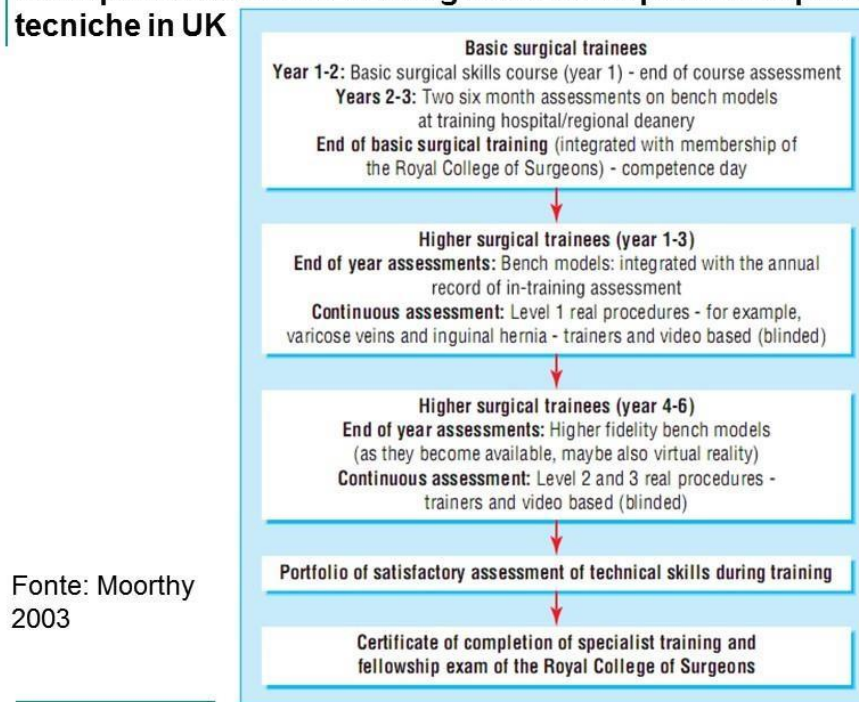
3

Competenze tecniche

- La competenza tecnica rappresenta un dominio essenziale nell'ambito chirurgico (Martin et al. 1997, Datta et al 2001, Wanzel, Ward e Reznick 2002)
- Destrezza e l'abilità tecnica sono considerate di primaria importanza e il focus su queste competenze viene posto sin dai primi anni di formazione (Moorthy 2003).
- La valutazione delle technical skills sin dagli anni di formazione/ tirocinio è considerata una forma di assicurazione di qualità per il futuro (Cuschieri 2001)

33

Esempio di un ciclo di training-valutazione per le competenze tecniche in UK



Fonte: Moorthy 2003

Fig 4 Recommended format for a cycle of training and assessment

34

Competenze non tecniche

■ Letteratura:

- Studi sugli “adverse event” (Bogner 1994,2004) hanno evidenziato come spesso il fattore umano e gli aspetti non tecnici della performance siano citati come causa del fallimento più che mancanza di esperienza tecnica.
- Gawande et al. 2003 → la comunicazione come causa del 43% degli errori fatti in chirurgia.

35

Competenze non tecniche

■ Letteratura:

- Studi sugli “adverse event” (Bogner 1994,2004) hanno evidenziato come spesso il fattore umano e gli aspetti non tecnici della performance siano citati come causa del fallimento più che mancanza di esperienza tecnica.
- Gawande et al. 2003 → la comunicazione come causa del 43% degli errori fatti in chirurgia.

35

Competenze non tecniche

- Alcuni studi recenti (Yule et al. 2006) si sono focalizzati sull'analisi delle non technical skills in ambito chirurgico.
- Gli autori definiscono le non-technical skills come **competenze cognitive e interpersonali** fondamentali che sono complementari alle competenze tecniche dei chirurghi.
- Alcuni aspetti non tecnici della performance possono migliorare la performance tecnica dei chirurghi e quando mancanti possono contribuire al peggioramento della performance (Hull et al 2012)

36

Competenze e formazione

- La formazione chirurgica si è tradizionalmente focalizzata sullo sviluppo e la crescita di conoscenza, esperienza clinica e competenze tecniche.
- Le competenze trasversali non sono curate in modo esplicito nella formazione ma vengono sviluppate in maniera informale e tacita.
- Alcuni passi avanti anche nella ricerca si stanno muovendo in questa direzione.

37

6 aree di competenza generali

- Nel 1999 l'Accreditation Council for Graduate Medical Education (ACGME) negli Stati Uniti identifica 6 aree di competenze generali:

- Patient care
- Medical knowledge
- Practice-based learning and improvement
- Interpersonal and communication skills
- Professionalism
- System based practice

38

Table I. ACGME general competencies defined

<i>ACGME General Competency</i>	<i>Description</i>
<u>Patient care</u>	Residents must be able to provide patient care that is compassionate, appropriate, and effective for the treatment of health problems and the promotion of health.
<u>Medical knowledge</u>	Residents must demonstrate knowledge about established and evolving biomedical, clinical, and cognate (epidemiologic and social-behavioral) sciences and the application of this knowledge to patient care.
<u>Practice-based learning and improvement</u>	Residents must be able to investigate and evaluate their patient care practices, appraise and assimilate scientific evidence, and improve their patient care practices.
<u>Interpersonal and communication skills</u>	Residents must be able to demonstrate interpersonal and communication skills that result in effective information exchanges and teaming with patients, their patients' families, and professional associates.
<u>Professionalism</u>	Residents must demonstrate a commitment to carrying out professional responsibilities, adherence to ethical principles, and sensitivity to a diverse patient population.
<u>Systems-based practice</u>	Residents must demonstrate an awareness of and responsiveness to the larger context and system of health care and the ability to effectively call on system resources to provide care that is of optimal value.

39

Tuttavia...

- È necessario non dimenticare che la valutazione della competenza (sia tecnica che non tecnica) non si esaurisce nell'applicazione di una griglia interpretativa ma comporta:
 - Una condivisione della cultura organizzativa → le regole del gioco per rimanere in un'organizzazione (Schein, 1968)
 - Una co-costruzione, un rappresentazione interna condivisa dei criteri di qualità
 - **L'essere vivente “sa” di esserlo e “sa di sapere” dentro un sistema che sa considerare [G. Bateson]**

40

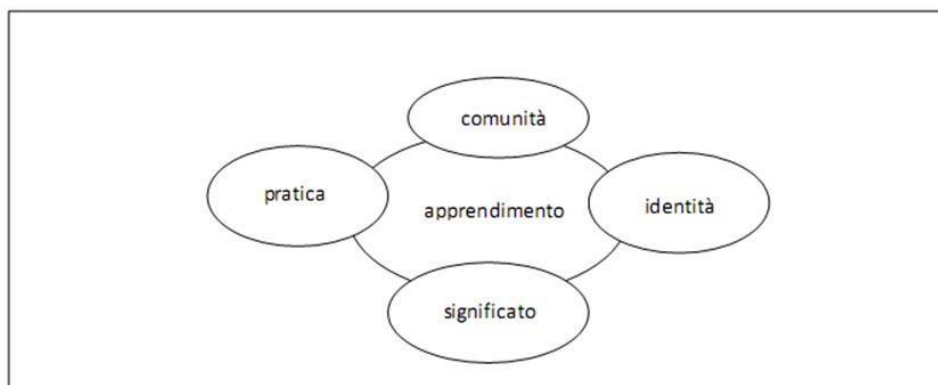


Fig.4 Componenti di una teoria sociale dell'apprendimento, (Wenger, 2006)

41

Domanda di ricerca

- **Esaminare le competenze dell'equipe chirurgica sulla base anche di un'esigenza organizzativa nel quadro della storia dell'equipe.**
 - Come le competenze sono percepite nel gruppo?
 - Come è cresciuta la rappresentazione delle competenze nella storia dell'equipe?
 - Quali sono le relazioni con la cultura organizzativa?

 - Interesse per la ricerca in profondità dell'esperienza personale e sociale dei partecipanti
-

4

-
- Questo lavoro si inserisce in un percorso di assessment delle competenze iniziato con la valutazione delle competenze tecniche per poi approfondire e valutare le competenze non tecniche
-

5

Metodo

■ Strumenti

- Interviste di circa un' ora realizzate presso gli Ospedali riuniti di Bergamo. Le interviste partivano dalla storia del singolo e dal suo percorso di avvicinamento alla professione per arrivare alla storia e al funzionamento quotidiano del gruppo

■ Partecipanti

- 7 medici chirurghi che compongono l' equipe di lavoro di Chirurgia III del prof. Colledan
 - Buona partecipazione da parte degli intervistati
-

6

Percorso di analisi dei dati

-ANALISI INFORMATIZZATA DEI TESTI MEDIANTE
SOFTWARE T-LAB
-ANALISI SEMIOTICA DI GREIMAS

7

Metodo di analisi

- **Analisi informatizzata dei testi** supportata dal software t-lab pro
 - T-LAB è un software costituito da un **insieme di strumenti linguistici e statistici** per l'analisi dei testi.
 - Consentono l'esplorazione, l'analisi, la comparazione, la rappresentazione grafica e l'interpretazione dei contenuti presenti in testi di vario tipo. Nella logica di T-Lab, il "significato" di ogni singola parola è conosciuto solo attraverso le sue relazioni con i contesti, cioè attraverso la distribuzione delle sue co-occorrenze all'interno delle unità di contesto
- **Analisi semiotica** → quadrati di Greimas

8

T-LAB



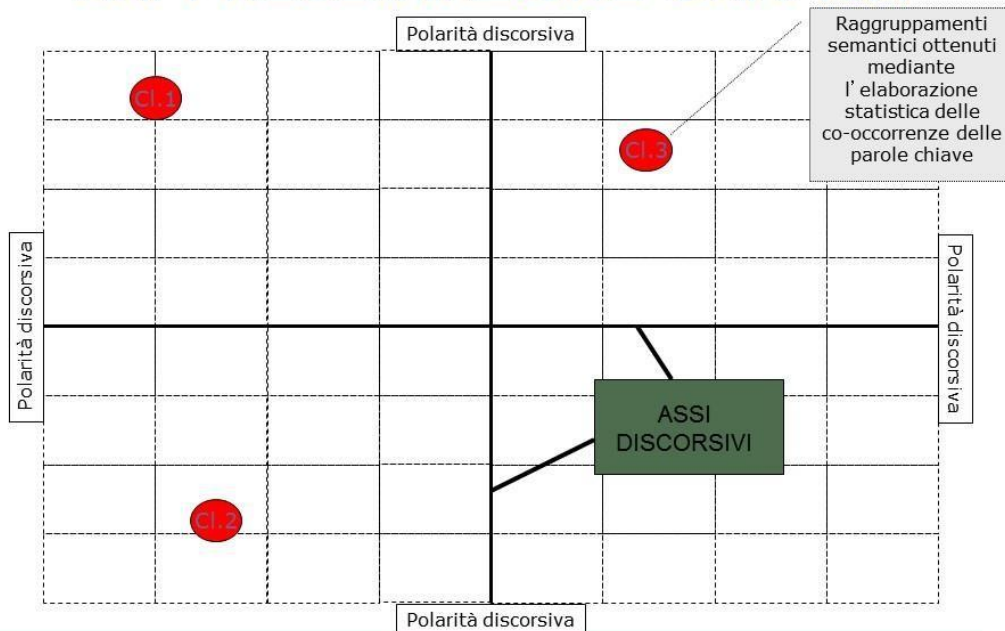
9

T-LAB: analisi delle corrispondenze

- In particolare è stata fatta l'analisi delle corrispondenze
 - Questa opzione attiva una procedura di calcolo che ha l'**obiettivo** di evidenziare **somiglianze e differenze tra unità di contesto**: sottoinsiemi del corpus o contesti elementari.
 - Consente di estrarre nuove variabili - i **fattori** appunto - che hanno la proprietà di **riassumere in modo ordinato** l'informazione rilevante
 - Crea dei raggruppamenti semantici sulla base dell'elaborazione statistica delle co-occorrenze applicate ad un modello linguistico (**cluster**).
 - I raggruppamenti semantici vengo rappresentati in un sistema di coordinate che rende possibile, mediante elaborazioni successive, determinare **assi** discorsivi su cui si struttura il testo.

47

RAPPRESENTAZIONE GRAFICA



11 11

Esiti analisi T-lab

12

13

5 CLUSTER



Disposti su 4 ASSI

LEMMA	CHI SQUARE
prendere	133.787
decisione	73.99
atteggiamento	39.423
tecnica	31.511
proprie	23.657
lavoro	23.592
riuscire	22.872
competenze	22.752
disponibile	22.434
problemi	19.317

Cluster 1 Etichetta



LEMMA	CHI SQUARE
persona	18.946
fronte	18.79
acquisire	18.79
mano	17.725
certo	17.647
credo	17.395
faccia	16.845
piacere	16.503
ambito	16.279
specializzando	16.137

Competenze – responsabilità personali

il valore fondamentale riconosciuto nel gruppo è quello della capacità tecnica, che influenza lo status individuale e la posizione gerarchica nel gruppo.

Alla competenza sono connesse decisione e responsabilità.

In particolare, le competenze decisionali si declinano in modo diverso nell'attività clinica, nel contesto dell'organizzazione del lavoro, nelle relazioni interpersonali e nelle scelte personali.

14

LEMMA	CHI SQUARE
ospedale	79.859
collega	45.914
organizzazione	41.34
settimana	37.948
reparto	34.694
malato	28.413
piramidale	25.977
giovane	25.265
uscire	22.335
malattia	20.586

Cluster 2 Etichetta



LEMMA	CHI SQUARE
nocciolo	20.568
figura	20.447
virgoletta	19.044
guardia	19.044
bisogno	18.143
coordinamento	17.315
sabato	17.315
indirizzare	17.315
cena	16.411
chiamare	16.253

Ruoli e organizzazione: la storia delle competenze nel gruppo

Il reparto si caratterizza per un'elevata qualificazione professionale, per l'integrazione delle competenze e per una capacità di offrirsi come terreno di apprendimento e di crescita comune.

Il contesto è invidiato e fortemente attrattivo, anche per la personalità dei leader.

La crescita comune, un'organizzazione che si è costruita nel tempo e una coesione del gruppo legata alla storia comune è contrapposta, dall'altra parte, ad una richiesta di un'organizzazione di tipo piramidale, in cui le competenze siano più esplicitamente differenziate e gerarchizzate. Fuori da questa modalità di organizzazione, il funzionamento sembra essere affidato all'improvvisazione.

LEMMA	CHI SQUARE
persona	102.569
probabilmente	44.759
pensare	42.139
un_pochino	29.314
crescere	27.971
fatti	26.822
occasione	25.839
aiutare	22.959
per_me	21.676
lei	21,51

Cluster 3 Etichetta



LEMMA	CHI SQUARE
errore	20.951
tu	19.363
gerarchia	18.803
sbagliare	18.803
percorso	18.665
difficoltà	17.885
testa	17.396
gruppo	16.873
abilità	16.183

Fattori personali e crescita

Le dimensioni tecniche e quelle personali inevitabilmente si intrecciano, in modo spesso imprevedibile e contraddittorio. Sarebbe importante separare nettamente i sentimenti dal lavoro, ma questo non è realmente possibile, anche se, alla fine, è sempre un errore. Fattori personali interferiscono con la crescita professionale, da un lato, e con le relazioni e le dinamiche di gruppo, dall' altro. In ogni caso esse finiscono con l' amplificare le tensioni, soprattutto se le questioni personali impediscono di cogliere il punto di vista e le condizioni particolari dell' altro.

Occorrerebbe costruire le condizioni per un' atmosfera di accordo tra tutti.

16

LEMMA	CHI SQUARE
trapianto	81.403
chirurgia	58.988
generale	50.763
trapianti	47.018
primo	37.533
Brescia	31.713
noi	29.32
giorni	26.787
reperibile	24.872
casi	22.221

Cluster 4 Etichetta



LEMMA	CHI SQUARE
segnare	20.082
pediatrico	20.082
urgenza	19.03
pediatria	19.03
anno	18.141
lista	17.964
liceo	17.964
fegato	17.753
attività	17.384

Organizzazione lavoro: Tensione pratica e organizzativa tra chirurgia generale e trapianti

Chirurgia dei trapianti e chirurgia generale hanno culture professionali e modalità organizzative molto diverse. La loro compresenza nel reparto è problematica, anche se, sul piano professionale e della crescita delle competenze questo non è un fatto del tutto negativo.

C' è però un' organizzazione specifica del trapianto, che si caratterizza per una gestione multidisciplinare del paziente e per un' organizzazione non routinaria, che finisce con l' interferire e talvolta con lo sconvolgere l' organizzazione più routinaria della chirurgia generale.

Sul piano dell' investimento personale è chiaro tuttavia che, pur riconoscendosi nella professione chirurgica, il trapianto occupa una posizione molto particolare e privilegiata

LEMMA	CHI SQUARE
equipe	52.471
diventare	50.832
persone	49.63
tenere	42.98
conto	40.305
rendere	29.904
inciampare	29.187
volta	27.317
capire	26.243
tu	26.187

Cluster 5 Etichetta



LEMMA	CHI SQUARE
pretendere	24.32
te	23.1
creare	23.067
vivere	21.891
competizione	19.455
di_vista	19.455
arrivo	19.455
perdere	16.882
Criterio	14.633
disastro	14.633
tirare	14.633

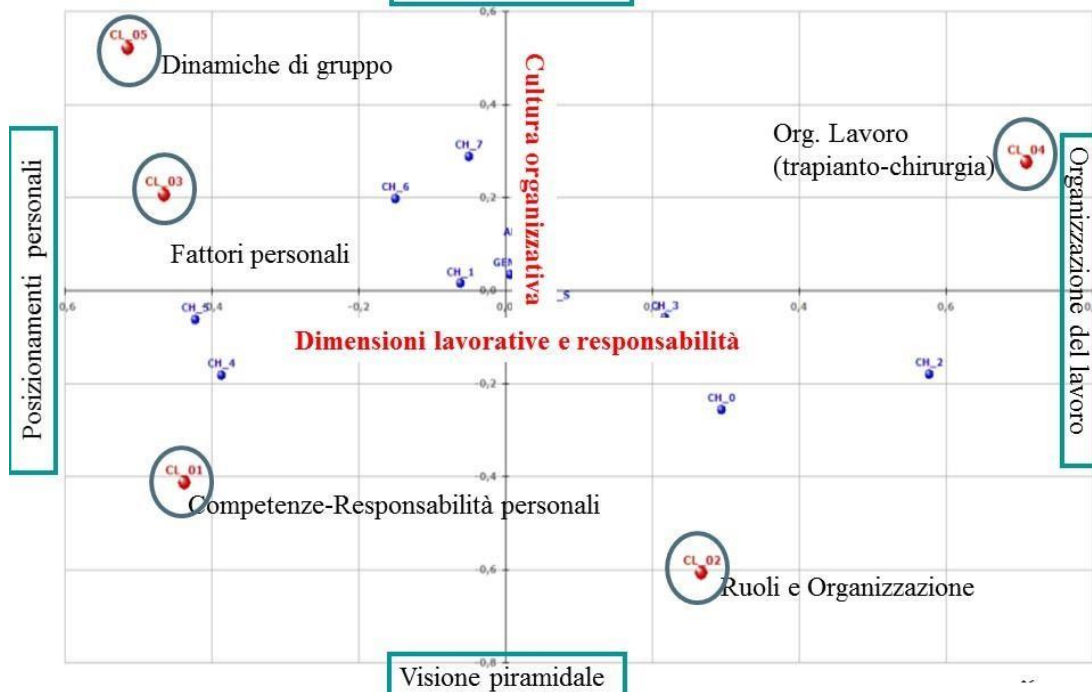
Dinamiche di gruppo: problemi e soluzioni

C'è un intreccio tra le dinamiche relazionali, la motivazione al lavoro, le prospettive di sviluppo professionale. Tra questi fattori può ingenerarsi un circuito virtuoso di reciproco rinforzo e di armonia o si possono invece innestare dinamiche circolari negative e viziose. E' importante mantenere la sintonia nel gruppo di lavoro. Questo è fortemente gratificante, motivante e consente di superare tensioni e frustrazioni. E' un valore importante sentirsi accettati in un gruppo di valore come questo. Questa sintonia virtuosa sembra essersi rotta e questo segna un cambiamento importante di clima negli ultimi due anni nell' équipe. Discostarsi dall' équipe dai suoi valori impliciti, accentuare la centratura su di sé e percepire le prospettive di sviluppo solo in termini personali, individuali, fa perdere la sintonia col gruppo, amplifica le distanze, drammatizza le violazioni percepite, la competizione e genera frustrazione.

18

Assi 1-2

Visione orizzontale



Asse 1: DIMENSIONI LAVORATIVE E RESPONSABILITÀ

■ Polarità positiva (organizzazione del lavoro):

- l'individuo si colloca all'interno dell'organizzazione e nella programmazione del lavoro.
- emerge una visione dell'individuo nel contesto lavorativo statica, rigida ed anche in parte prescrittiva.

■ Polarità negativa (posizionamenti personali):

- come l'individuo vive, interpreta la realtà lavorativa e come si colloca riguardo ad alcuni aspetti chiave del contesto professionale altamente specialistico e demanding come quello chirurgico.
- visione mobile e dinamica dell'individuo nel contesto lavorativo

20

Asse 2: CULTURA ORGANIZZATIVA

■ Polarità positiva (visione orizzontale):

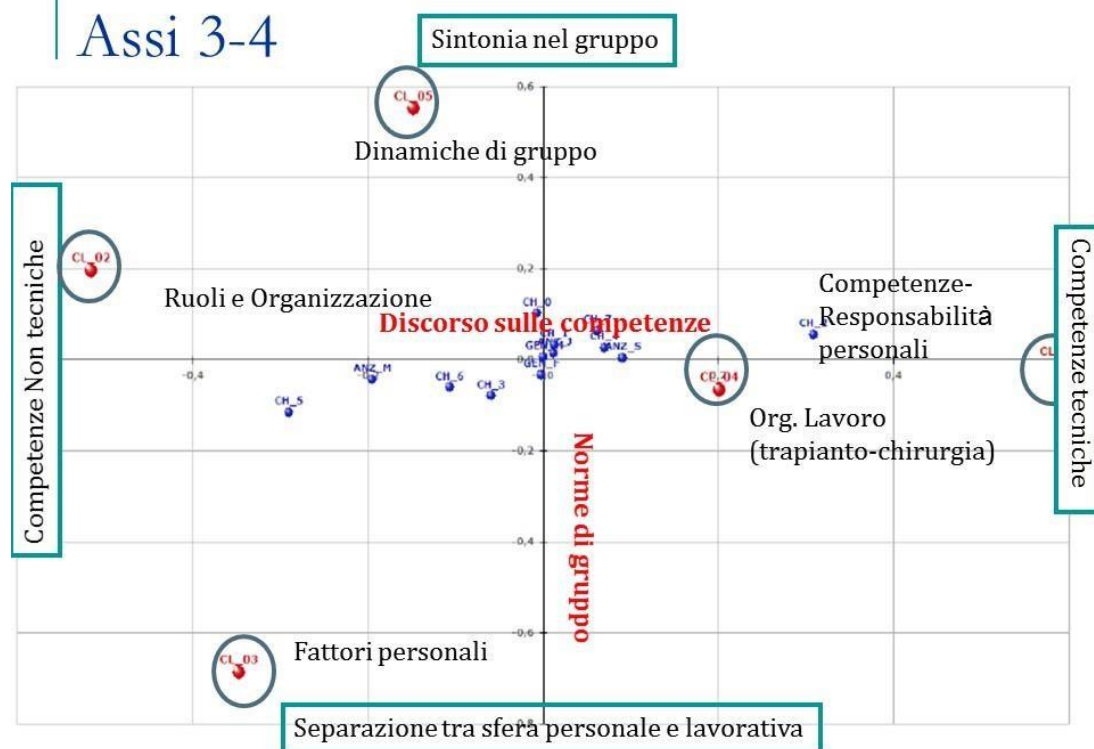
- descrive appunto gli assunti fondamentali su cui il gruppo ha basato la propria cultura e il proprio funzionamento sin ora, la visione orizzontale, i membri del gruppo sono cresciuti insieme dal punto di vista tecnico e hanno basato sin ora l'organizzazione lavorativa sull'interscambiabilità e una ripartizione equa dei carichi di lavoro auto-gestita

■ Polarità negativa (visione piramidale):

- A lungo andare questo tipo di cultura e organizzazione ha perso legittimità: non tutti i nuovi membri hanno aderito ai presupposti storici della cultura di gruppo e al contempo è emersa la necessità di avere chiarezza su ruoli responsabilità, status dei membri e da alcuni componenti è emersa la richiesta di un'organizzazione chiara nei ruoli e di tipo piramidale

21

Assi 3-4



Asse 3: DISCORSO SULLE COMPETENZE

- **Competenza tecnica (polarità positiva):**
 - la dimensione se vogliamo più oggettiva delle attività svolte e comprenderebbe conoscenze e le competenze tecniche raggiunte. Sono viste strettamente connesse alle capacità decisionali e di presa di responsabilità (cl-1) e declinate in modo specifico per l'attività di chirurgia generale e la chirurgia dei trapianti (cl-4).
- **Competenze non tecniche/trasversali (polarità negativa):**
 - Comprendono anche capacità organizzative (ad esempio nella definizione e gestione della routine e dei turni), di relazione tra diverse professionalità e tra colleghi (cl-2, ruoli e organizzazioni) e si sono sviluppate e definite attraverso la storia personale e del gruppo (cl-2). Queste competenze trasversali sono vissute come fortemente legata disposizioni individuali, ai fattori personali (cl-3) ed anche agli aspetti emotivi (cl-3). Le competenze trasversali sono viste principalmente come separate e interferenti alla crescita tecnica.

Asse 4: NORME DI GRUPPO

■ Polarità positiva, essere in sintonia nel gruppo:

- ovvero i “momenti bellissimi e piacevolissimi” e la “gratificazione” che porta essere parte di questo gruppo (cl-5, dinamiche di gruppo), il voler essere parte del gruppo anche perché è il gruppo che aiuta e può accelerare la crescita delle competenze, ovvero la crescita comune (cl-2, ruoli e organizzazione) ma d’altro canto – e in questo periodo della storia del gruppo forse in misura maggiore- i problemi e i disagi dovuti alla rottura dell’ alchimia (cl-5) e alla difficoltà dello stare insieme.

■ Polarità negativa, separazione tra sfera personale e lavorativa:

- un valore e norma implicita importante presente nel gruppo è la separazione tra sfera personale e sfera lavorativa: portare la propria vita personale (cl-3), i propri sentimenti è visto come rischioso e controproducente per la crescita professionale, in quanto essere troppo concentrati sulla sfera personale fa sì che si perdano occasioni importanti di crescita e sviluppo professionale.

24

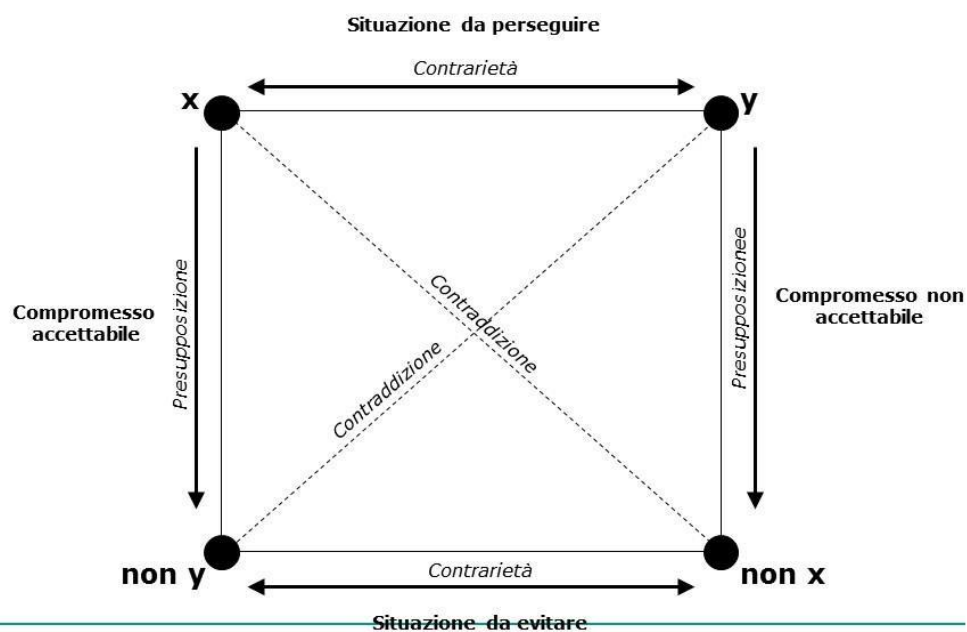
Asse	Nome Asse	Caratterizzazione	
		-	+
1	DIMENSIONI LAVORATIVE E RESPONSABILITÀ	← Posizionamenti personali	→ Organizzazione del lavoro
2	CULTURA ORGANIZZATIVA	← Visione piramidale	→ Visione orizzontale
3	DISCORSO SULLE COMPETENZE	← Competenze non tecniche	→ Competenze tecniche
4	NORME DI GRUPPO	← Separazione tra sfera personale e lavorativa	→ Essere in sintonia nel gruppo

Esiti analisi semiotica

26

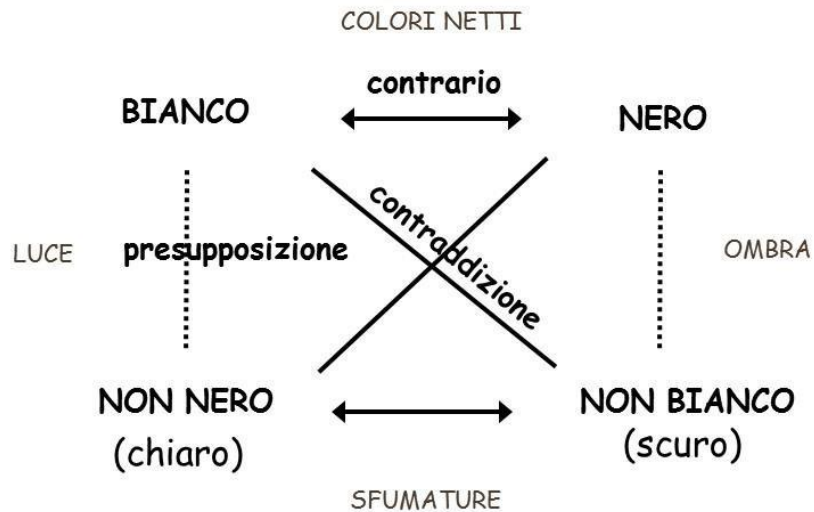
36

II QUADRATO SEMIOTICO

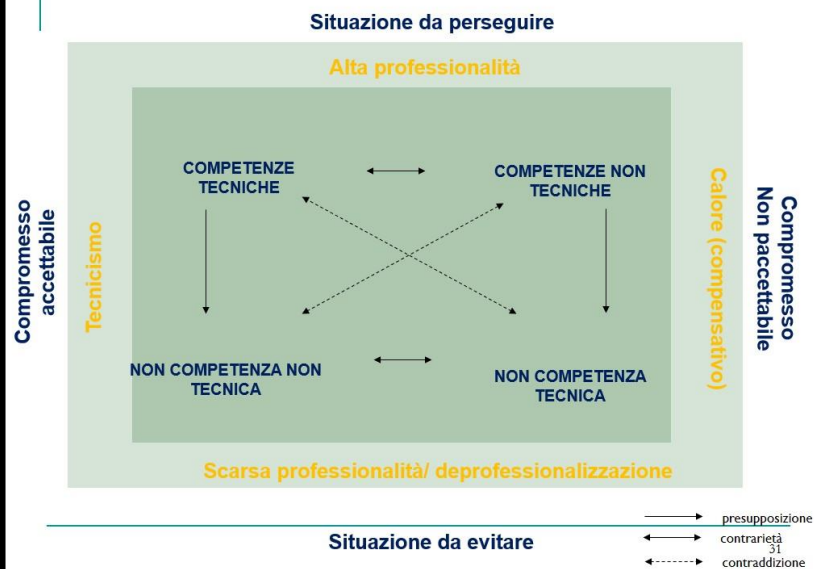


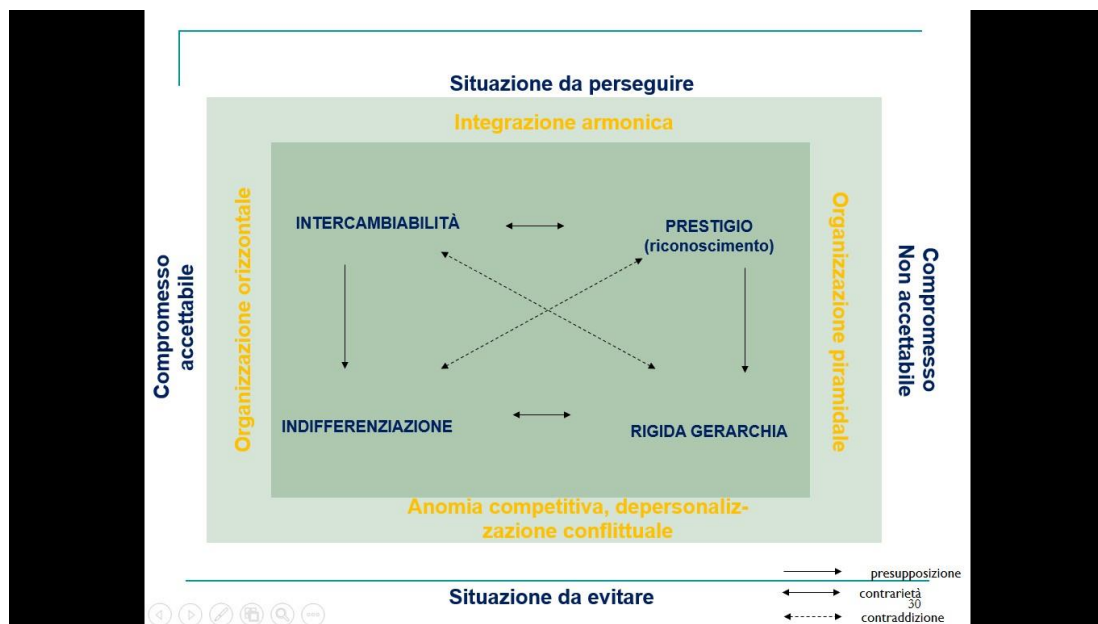
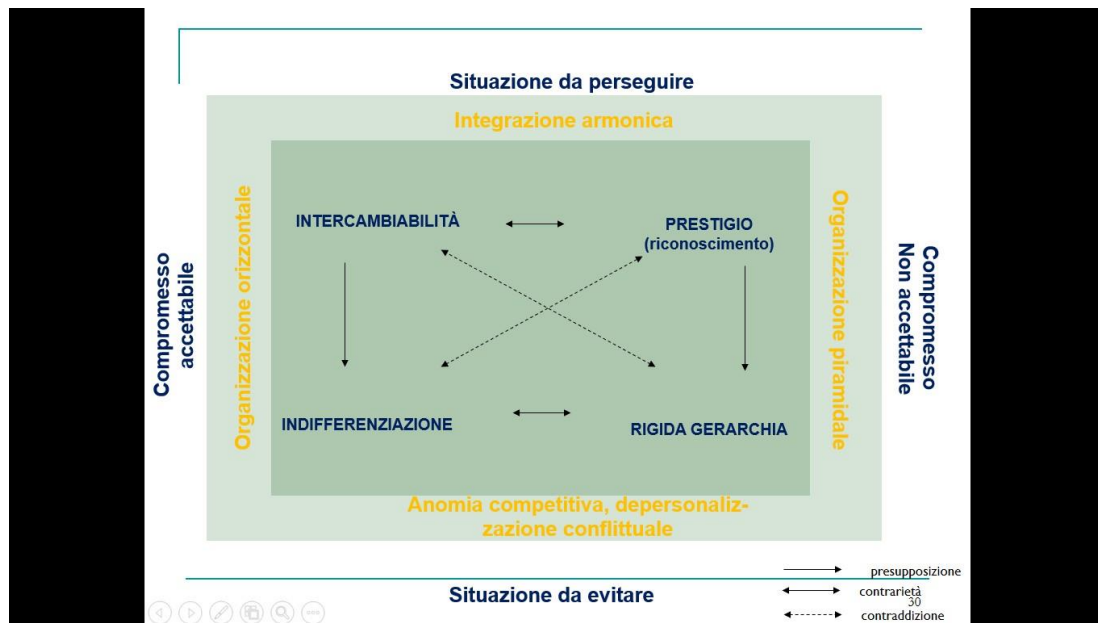
27

IL QUADRATO LOGICO DI GREIMAS



28

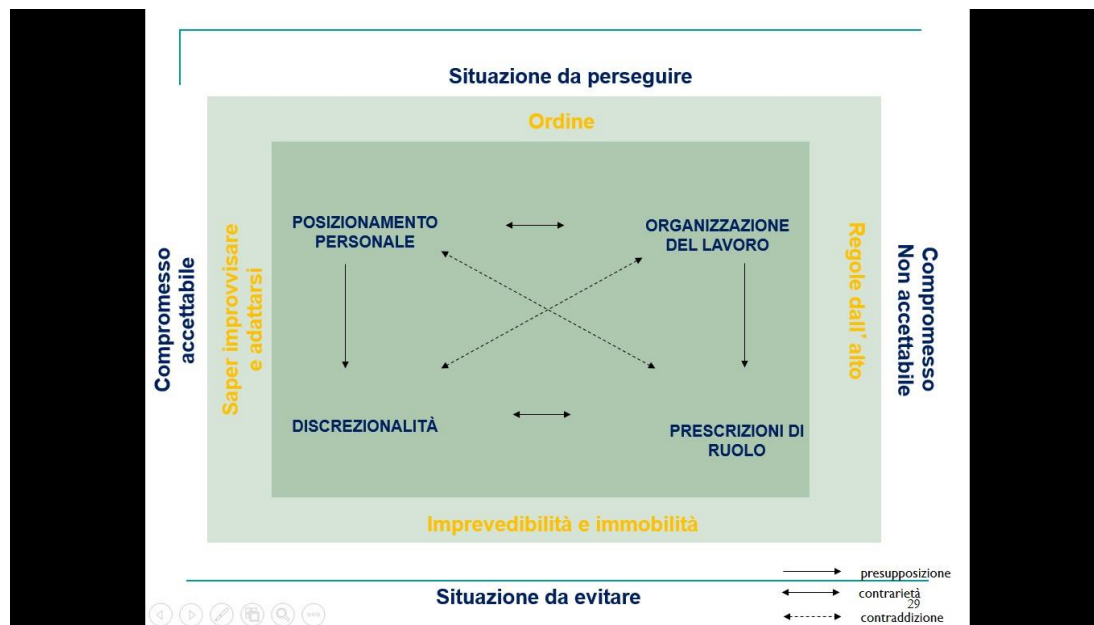




Competenze non tecniche

- Alcuni studi recenti (Yule et al. 2006) si sono focalizzati sull'analisi delle non technical skills in ambito chirurgico.
- Gli autori definiscono le non-technical skills come **competenze cognitive e interpersonali** fondamentali che sono complementari alle competenze tecniche dei chirurghi.
- Alcuni aspetti non tecnici della performance possono migliorare la performance tecnica dei chirurghi e quando mancanti possono contribuire al peggioramento della performance (Hull et al 2012)

36



IL RUOLO DELLA PSICOLOGIA DELLA SALUTE: PROSPETTIVE PER IL FUTURO

Vogliamo vogliamo avanzare alcune conclusioni provvisorie sul ruolo dello psicologo nei contesti ospedalieri e di cura. Si tratta di riflessioni aperte, destinate ad aprire un dibattito e non certamente a chiudere una questione. Il percorso di riflessione sulle caratteristiche e sui processi che connotano l'organizzazione ospedaliera sembra condurre a un'ipotesi che vede la Psicologia della salute ritagliare per sé un ruolo di connessione dei soggetti che a diverso titolo il sistema ospedale chiama in gioco.

Quindi da un lato la psicologia della salute può contribuire (entro il quadro della attuale cultura organizzativa sanitaria) muovendosi attraverso cambiamenti delle politiche, adeguamenti dei servizi offerti, progetti di qualità, umanizzazione. Il ruolo della Psicologia in questo ambito potrebbe quindi rappresentare lo strumento per chiarire valori e obiettivi dell'organizzazione e aumentare l'impegno e il senso di responsabilità del personale. Ciò può avvenire attraverso una migliore comunicazione e collaborazione tra il personale e tra le unità operative e con l'introduzione, nei "percorsi diagnostico-terapeutici" (linee guida e protocolli), di elementi che tengano conto delle diverse dimensioni della malattia e della qualità della vita della persona malata. (Lazzari, 1998).

Dall'altro lato, tuttavia, l'obiettivo è quello di facilitare la creazione di modalità di collaborazione tra personale medico e paramedico, pazienti, operatori dei servizi esterni, personale amministrativo, per costruire una nuova prospettiva che valorizzi le specificità di cui ciascuno è portatore e che permetta all'istituzione di guardare con maggiore attenzione i propri processi di funzionamento. Attraverso i suoi strumenti (la ricerca intervento partecipata, l'esplorazione e la valorizzazione delle risorse, la promozione delle culture locali e della comunità), la Psicologia della salute può sollecitare, partecipando attivamente a questo sguardo e restituendolo ai protagonisti, una lettura diversa del contesto ospedaliero e nuove prospettive per la sua organizzazione. In questo senso non si deve temere di porre all'ordine del giorno linee di orizzonte critico e riflessivo, esplorando le possibilità concrete di:

- introdurre elementi consistenti di sense making organizzativo;
- attivare e facilitare pratiche auto-riflessive, di consulenza reciproca e di revisione epicritica, volte a sostenere il riesame dei setting professionali;
- attivare momenti di ascolto e di consulenza (sia personale sia di gruppo) e di attenzione centrata sul vissuto degli operatori e sul loro investimento affettivo ed emotivo;
- revisione delle pratiche di customer satisfaction e delle intermediazioni aziendalistiche nella relazione tra operatore e paziente, e attivazione di processi di accountability

centrati sulla storia dei casi, sull'analisi narrativa e fenomenologia, sulla reciprocità e sull'incontro delle diverse posizioni nel processo di cura.

Un punto importante è muovere verso una rimodulazione e una riconcettualizzazione dal concetto di cura entro un *setting* di tipo duale ad un concetto di *muldimensional care*, in cui gli operatori agiscano in termini di rete sia con altri agenti formali sia con agenti informali di supporto sociale e in cui i pazienti stessi, le relazioni familiari e sociali a cui fanno riferimento, le associazioni di auto-mutuo aiuto, i gruppi di pazienti autoorganizzati, costituiscano nodi e risorse di *caring*.

In questo senso può acquistare un valore significativo l'introduzione di pratiche di rete nel quadro degli itinerari di diagnosi e cura (come i processi di **dimissione appropriata** e di **case management**), ma, soprattutto, l'attivazione di pratiche critiche di riconoscimento e scambio delle rappresentazioni reciproche.

La sfida è certamente impegnativa, ma in consonanza con la sensazione che la Psicologia della salute potrà onorare veramente il proprio compito solo se sarà disponibile non solo a modulare la propria presenza nelle relazioni di potere esistenti, ma anche se darà un contributo credibile ad attivare significativi processi di cambiamento alla radice di quelle stesse relazioni. Per far questo la Psicologia della salute avrà certamente bisogno di affinare le sue stesse capacità critiche e riflessive, adeguando ad esse il proprio patrimonio teorico e operativo.

Il contributo della psicologia

Secondo Mamone (1993) la richiesta di psicologia che proviene dalle strutture ospedaliere potrebbe lasciare intendere che si è aperto uno spazio e si è individuato un percorso indispensabile per il cambiamento, e che quindi è giunto il momento di riflettere sui meccanismi istituzionali che così profondamente condizionano la struttura organizzativa.

La richiesta di intervento psicologico nelle organizzazioni ospedaliere si è sinora caratterizzata prevalentemente come domanda proveniente dai medici e diretta al malato. Inizialmente, il ruolo offerto allo psicologo sembra essere stato principalmente quello di integrare la conoscenza medica con il suo approccio al corpo del paziente, lì dove i limiti del sapere medico non permettevano di intervenire. Quando poi il paziente ha avuto la possibilità di rivolgersi direttamente allo psicologo, ha avanzato due tipologie di richieste: la più frequente è stata una richiesta di informazioni e spiegazioni sulla propria malattia, sui risultati delle indagini diagnostiche, sugli atteggiamenti dei medici o sulla prognosi, mentre altre volte la richiesta si è configurata come un'occasione per manifestare recriminazioni e critiche nei confronti del personale sanitario e dell'intera struttura assistenziale. Un'ulteriore ma meno frequente richiesta ha riguardato problemi personali e familiari che non avevano attinenza con il ricovero o la malattia.

Quando il paziente entra in relazione diretta con lo psicologo, è quindi per cercare un canale di informazione e comunicazione, di cui è normalmente privato. Lo psicologo diviene un ponte tra il medico, il paziente e la struttura ospedaliera. La possibilità per lo psicologo di entrare nelle strutture sanitarie sembra quindi passare attraverso l'inserimento della sua professionalità a fianco di quella medica, magari al fine di cooperare alla realizzazione di una ricomposizione del soggetto dopo le scissioni che il sapere medico ha attuato (simbolicamente e concretamente) per poter assolvere ai suoi compiti.

Negli ultimi vent'anni, in ritardo rispetto alle esperienze statunitensi e inglesi, si è assistito in Italia ad una graduale seppur non capillare né lineare espansione del ruolo professionale dello psicologo all'interno dell'ospedale. Queste esperienze di inserimento si diversificano sia per i modelli culturali di riferimento che hanno guidato la ricerca e l'intervento, sia per le caratteristiche della domanda istituzionale. All'iniziale ruolo affidato allo psicologo in ospedale - quello di consulente/specialista in grado di chiarire il quadro diagnostico o di collaborare alla soluzione terapeutica di specifici problemi si è progressivamente sovrapposta una domanda di conoscenza "altra" capace di analizzare i problemi relativi a (Mamone, 1993, pag. 25):

- determinate categorie nosografiche, cronologiche o sociali dei pazienti;
- formazione psicologica dei medici, dei paramedici e degli amministratori;
- reinserimento sociale dei dimessi;
- interventi volti a studiare l'ospedale nel suo complesso o i singoli reparti, così da renderli adeguati alle esigenze dei ricoverati e non più fonte di disadattamento e di disagio;
- tentativo di aprire l'ospedale al territorio per recepirne i bisogni e per programmare la sua azione in funzione di tali bisogni, nonché per contribuire agli interventi di prevenzione.

E' questo il terreno su cui si è mossa la psicologia applicata all'organizzazione ospedaliera. Le esperienze che sono state realizzate hanno riguardato diversi territori professionali e hanno risposto alla domanda di psicodiagnostica, di riabilitazione, di *counseling*, di psicoterapia, di ricerca sul campo e di formazione dei medici e del personale sanitario.

Tale espansione è probabilmente legata a due ordini di fattori, il primo scientifico ed il secondo socio-politico. Infatti, il diffondersi delle teorie sistemiche in ambito scientifico ha prodotto un importante cambiamento culturale indirizzando la scienza medica verso una visione più globale dell'uomo, della salute e della malattia. Accanto a questo, le spinte sociali emerse negli anni '70 in Italia hanno raccolto il crescente disagio espresso dalla popolazione nei riguardi di una assistenza sanitaria inadeguata alle esigenze dell'utenza e hanno contribuito a creare organismi di tutela dei diritti del malato che hanno cooperato per intaccare la rigida separatezza ed impermeabilità dell'ospedale rispetto alla società. "La crisi del medicalismo è stata accelerata dall'accresciuta coscienza politica dei giovani medici, dall'emergenza di nuove forme di organizzazione collettiva del personale

infermieristico e della sua aggregazione intorno ad una domanda di una professionalità di tipo nuovo, dalla più matura capacità di partecipazione e controllo delle forze sociali e degli utenti” (Belleli e Iacono, 1979, pag. 161)

Solo quando si sono diffuse istanze di controllo sociale da parte della collettività, la separazione tra ospedale e contesto sociale ha cominciato ad essere scalfita e a perdere di legittimità.

L’ospedale ha accolto queste spinte innovative di cambiamento culturale come una generica necessità di introdurre nell’assistenza istanze che potessero contribuire ad “umanizzarla”. La presenza della psicologia nell’ospedale avrebbe dovuto contribuire a questa generica esigenza di *umanizzazione*, termine che voleva sintetizzare e semplificare un complesso passaggio culturale che, nato dalla crisi del modello biomedico, sosteneva la necessità di affermare un modello bio-psico-sociale.

Il contributo della psicologia nell’ambito della salute e della malattia può avvenire solo se “essa afferma un concetto di scienza e di ricerca nella direzione di una realtà costantemente da inseguire, non ancora nota e chiara e non invece una realtà già posseduta e acquisita. In caso contrario si rafforza nella medicina quella illusione che un inquadramento esplicativo dei problemi, per il solo fatto di essere presente (anche al di là di una verifica empirica dei suoi presupposti costitutivi) significhi automaticamente una maggiore capacità di intervento e di risoluzione dei problemi stessi” (Cesa Bianchi e Sala, 1989, pag. 145).

Esiste quindi una domanda sociale, ma non una domanda originata all’interno dell’organizzazione ospedaliera e volta ad analizzare i ruoli del medico, dell’infermiere e del paziente. Allo psicologo non resta quindi che utilizzare, per il suo intervento, spazi in cui offrire ai soggetti coinvolti nel processo di cura modelli relazionale alternativi, attraverso la costruzione di occasioni di riflessione e di pensiero, volti a ridurre la percezione di alienazione entro il contesto ospedaliero e attuare nel contempo una vera e propria azione interpretativa nel contesto medesimo.

Si tratta di superare l’attribuzione stereotipica dei ruoli che separano medico e paziente lungo una linea di dipendenza e di emozioni contrastanti, ambivalenti, prevalentemente inesprese da entrambi i lati del processo di cura. Lo psicologo non avrà quindi come interlocutori soggetti passivi, ma cercherà di rendere accessibili alle relazioni e alla rappresentazione reciproca le emozioni e il vissuto dei soggetti, confrontandosi con il compito di aiutarli ad elaborare, dalle diverse posizioni che caratterizzano il processo di cura, quella confusione tra mondo interno ed esterno che la condizione di malattia e gli stessi ruoli istituzionali che agiscono nell’organizzazione sanitaria possono esasperare.

La sfida per la Psicologia in ambito ospedaliero può essere allora quella di un cambiamento di paradigma culturale, o quantomeno di un suo ampliamento, che in un certo senso costituisce anche una sfida al modo in cui la psicologia si muove nel quadro delle organizzazioni sanitarie, conducendola a superare l’ottica individualista e a valorizzare invece la dimensione sociale.

Per una riterritorializzazione della psicologia nei servizi sanitari e sociali

Negli ultimi decenni del XX secolo, le strategie di ricerca e le pratiche d'intervento sulla salute si sono progressivamente emancipate dalle prospettive esclusivamente centrate sulla persona e sul "modello malattia", per affrontare nuovi e più complessi territori in cui fattori socioeconomici, demografici, culturali e ambientali condizionano le politiche sanitarie e influenzano le scelte di salute sia a livello personale che collettivo. È in questa direzione che, dal 1974, L'Organizzazione Mondiale della Sanità, introducendo il concetto di *Health promotion*, ha incoraggiato sistematicamente la ricerca di nuove e diverse strategie per il miglioramento della salute, dall'educazione dei singoli alla realizzazione di cambiamenti a livello della comunità e dell'ambiente.

Questo riposizionamento chiama direttamente in causa le scienze della salute, mettendone in discussione l'autoreferenzialità delle cornici teoriche, epistemologiche e operazionali con cui tradizionalmente si insediavano nei propri territori, costringendole a rivisitare gli orizzonti spazio-temporali e le modalità d'azione con cui erano progettati e realizzati gli interventi. Uno slittamento e una "riterritorializzazione" dal trattamento delle malattie alla promozione del benessere e della consapevolezza, dalla centralità del sintomo e della menomazione alla complessità multicausale dei fattori e delle risorse di salute, dalla focalizzazione sull'individuo isolato alla complessità delle relazioni interpersonali, sociali e di comunità, dal posizionamento passivo del "paziente", al riconoscimento di un'agentività umana imprescindibile che costruisce significati e narrazioni, promuovendo cambiamento sia a livello individuale che collettivo.

1) Un riposizionamento epistemologico:

l'epistemologia contemporanea si caratterizza in estrema sintesi nei seguenti modi:

- a. congedo da certe "pretese" di tipo positivistico e neo-positivistico: empiricità dell'ambito d'indagine, oggettività dei "fatti" indagati, logicità matematica del discorso e della ricerca scientifica. Questa mette in mora sia i discorsi "metafisici" (ciò della "consistenza ontologica degli "oggetti indagati, rimanendo all'ontico /datità/ e al linguistico; sia i discorsi di valore [avalutabilità epistemologica]: la verità sta nella verificabilità delle affermazioni.
- b. recupero del mondo della vita (contro l'astrattezza e lo psicologismo soggettivistico), del pre-categoriale, dell'apertura alle "cose a cui va data la parola" facendo epoché [sospensione del giudizio], cercando di cogliere e descrivere l'eidos, l'essenza significativa di ciò che appare alla coscienza [= fenomenologia].
- c. ricerca di nuove comprensioni nel dialogo sociale, cercando di cogliere il testo (scritto e analogico-esistenziale) nel suo contesto e nelle sue interconnessioni con i mondi vitali, rifacendosi e ricercando "la fusione, almeno parziale, degli

orizzonti di senso”, nel flusso delle tradizioni conoscitive, culturali e scientifiche, e sulla base delle condizioni “etiche tipiche di una società della comunicazione” (rispetto dell’alterità, giustizia ed equità delle opportunità, correttezza dialogica, libertà espressiva, ecc. [= ermeneutica gadameriana e di Habermas - Apel]).

- d. favore per la tendenza, tipica del razionalismo critico popperiano, di porre al centro, non tanto “il punto di vista” che viene assunto per indagare qualcosa che diventa “oggetto” di attenzione e di ricerca disciplinare, interdisciplinare o meta-disciplinare, quanto piuttosto “il problema” che fa sorgere l’interrogativo e stimola alla ricerca e innesca il processo conoscitivo nella sua multimodalità (esperienziale, empatica, intellettuale, razionale, prassica, tecnologica, operativa, ecc.). E per questo c’è chi parla ormai di “inter-problematicità”.
- e. Ricerca scientifica e pratica operativa si incontrano o meglio sono chiamate a incontrarsi, in particolare, sul terreno dell’essere e del farsi umano, dell’apprendere e del diversificato costruirsi come persona (fisicamente ed intellettualmente, emotivamente ed operativamente, “generalmente” e singolarmente); sul terreno dei problemi, delle attese, dei bisogni, delle risorse, delle tendenzialità, dei desideri e delle tensioni proattive o autodistruttive, narcisistiche o differenziali che coabitano nella vicenda e nella condizione umana individuale e collettiva
- f. In concreto, sul “continuum” umano, esistenziale, personale e comunitario dell’agio e del disagio, della salute e della malattia, della prevenzione e della promozione, della educazione, della cura e del recupero, si intravedono:
 - i. non forme disciplinari chiuse in se stesse, ma piuttosto un sistema multidisciplinare/interdisciplinare, che si specifica nelle ricerche e discipline rilevative-descrittive (ad es. di tipo storico, biologico, psicologico, sociologico, antropologico, linguistico...), delle ricerche e delle discipline teorico-interpretative (ad es. di tipo filosofico, epistemologico, teologico...) delle ricerche e delle discipline metodologiche progettuali (ad es. di tipo ingegneristico e modellistico), di ricerche e discipline di tipo operativo-tecnico (ad es. mediche, terapeutiche, tecnologiche, ecc... Ciascun ambito disciplinare deve comprendersi come costitutivamente aperto alle suggestioni delle altre modalità di indagine disciplinari (almeno a quelle più viciniori e globalmente all’intero arco sistemico) e per quanto è possibile attivamente in interazione con essi:
 - 1. sia nella costruzione del proprio sapere disciplinare;
 - 2. sia nel contributo collaborativo a ricerche e produzioni di saperi ultradisciplinari (o trasversali o di confine);
 - 3. sia nella partecipazione a progetti o azioni o interventi comuni sul campo (del tipo ricerca-azione).
 - ii. ruoli e figure professionali che saranno di tipo specialistico per il tipo di approccio disciplinare o per il campo-settore specifico o tipo di livello d’intervento, ma che in ogni caso avranno da avere competenze tali da poter interagire e collaborare con specialisti o professionisti o operatori di approccio,

campo o tipo di intervento differente (se non proprio da essere tali da avere un secondo o secondario livello di specializzazione, che permetta una proficua interazione collaborazione).

- iii. e forse sono da prefigurare anche ruoli e figure professionali (individuali o in “team”) cosiddette di sistema sia a livello di organizzazione della ricerca sia a livello di coordinamento, monitoraggio e di verifica degli interventi (o della qualità conoscitiva e funzional-operativa delle ricerche prodotte).

2) **Un riposizionamento metodologico** Uwe Flick (2004) ribadisce che la psicologia deve intervenire nei processi e nelle committenze sociali sapendo orientare le proprie scelte metodologiche verso il cambiamento. Senza rinunciare alle tradizionali strumentazioni quantitative, una metodologia di ricerca-intervento di tipo qualitativo sembra oggi più in sintonia con questa prospettiva in quanto:

- a. è in grado di **osservare e registrare processi di trasformazione sociale**, fornendone una descrizione più appropriata, dettagliata e sensibile ai contesti, in quanto consente di porsi dal punto di vista di chi è soggetto di tali trasformazioni e di esaminarne le conseguenze in termini fenomenologici ed esperienziali;
- b. può **assumere esplicitamente una prospettiva di trasformazione** dei propri oggetti di ricerca e può prevedere approcci in cui lo psicologo può essere coinvolto *direttamente* in processi di trasformazione sociale (ad esempio, nella ricerca azione o nella ricerca-intervento) più di quanto non sia possibile nella ricerca quantitativa o di laboratorio;
- c. comporta un **riposizionamento dei soggetti da destinatari della ricerca o dell'intervento a partecipanti, titolari, committenti**, portatori di un punto di vista, capaci di contribuire alla ricerca-intervento dando ad essa un significato e di agire in essa in modo consapevole.
- d. Propone una prospettiva che, senza rinunciare all'individuazione di fattori strutturali e di aperture alla generalizzazione, privilegia tuttavia una visione fenomenologica, attenta alle singolarità (studio di caso) e ai percorsi di riposizionamento e soggettivazione (analisi discorsiva).

3) **Un riposizionamento operativo:**

presuppone una capacità di dotarsi di una “teoria della tecnica plurale” fondata su alcuni presupposti:

- a. Analisi della domanda e dei processi di committenza;
- b. capacità di intervenire in modo variazionale sui set-setting, includendo la differenziazione dei posizionamenti tradizionali alla luce delle più complesse committenze sistemiche;
- c. posizionamento prevalentemente di tipo consulenziale (consulenza di processo);
- d. analisi e rispetto delle “titolarità” e della “psychological ownership”

- e. adozione di strumenti “maneggiabili” piuttosto che “manipolabili”, trasferibili e capaci di sostenere un dialogo sistemico sia con i soggetti (committenti-clienti-destinatari) sia con le altre culture professionali;
- f. disponibilità a frequentare “zone di confine” ultradisciplinari.

Dario Romano (2008) denuncia un ritardo della psicologia (e della psicologia della salute in particolare) nell'analisi della professionalizzazione sui seguenti temi:

- g. Differenze non di luoghi ma di modalità di presa in carico;
- h. Scarsa attenzione all'entropia ei sistemi per cui alcune prestazioni e servizi vengono affidate a organizzazioni meno formali o specialistiche (volontariato, cooperative sociali, ecc.);
- i. Ridimensionamento e sottostima degli organici (più di ½ degli psicologi occupati a titolo gratuito o sottopagato);
- j. Riposizionamento dello psicologo nei processi di diagnosi, trattamento, assistenza - non SM, non preventivi.
- k. Ridefinizione della relazione tra interventi tecnici e consulenziali
- l. Natura negoziata delle relazioni interpersonali
- m. Propensione a collocarsi in contesti multidisciplinari governati da altri senza sufficiente consapevolezza/competenza di negoziazione

