

# Identità e appartenenza nell'ospedale in trasformazione

*Leo Nahon, Primario Psichiatria, Azienda Ospedaliera Niguarda, Milano*

*L'uomo moderno viene al mondo in una clinica e muore in una clinica: per conseguenza deve anche abitare in una clinica!*

*Questo era l'assioma di un architetto di grido...  
(Robert Musil. 'L'uomo senza qualità')*

La tradizione dell'ospedale europeo dalla sua fondazione ad oggi reca fortemente impressi dentro di sé tre elementi fondamentali.

1. Un'impronta religiosa e caritativa
2. Un'impronta collegata alla nascita e sviluppo della scienza medica
3. Una affermazione della responsabilità dello Stato per la salute dei propri cittadini e per un controllo diretto di alcune fasi critiche della loro vita.

Dalla Beneficenza al Budget system, da Albergo dei Poveri a Organizzazione scientifica complessa (Trabucchi), da Ente Morale a Azienda con obbligo di pareggio di bilancio o eventualmente di attivi; le caratteristiche fondamentali dell'Ospedale stanno cambiando radicalmente nell'era della Managed Care.

L'aspetto caritativo viene perduto e sostituito da una logica (apparentemente) contrattualistica, l'aspetto di controllo sfuma tranne che in alcuni casi conclamati (Aids e altre malattie infettive, psichiatria) e la salute diventa un diritto-dovere e un nuovo elemento che emerge, chiamandolo con il proprio nome, il rapporto tra medicina e lucratività (redditività).

Assistiamo oggi a una situazione in cui è richiesto il passaggio dell'ospedale a soggetto economico con esigenze proprie di bilancio. Esattamente come per una certa fase della medicina il medico doveva sostentarsi del suo lavoro come un qualunque altro libero professionista o esercente di arti e mestieri, ora si chiede all'ospedale di non essere più elargitore (costoso) di aiuti e soccorsi e ospitalità, ma di conteggiare le proprie prestazioni e metterle all'incasso presso l'ente pagatore, che può essere pubblico (come accade in grande maggioranza in Italia) o privato (come in maggioranza è negli Stati Uniti).

Del resto la medicina ha sempre avuto a che fare anche con la lucratività nel suo esercizio individuale, e quindi così come un singolo doveva (e spesso deve) pagare la parcella al proprio medico, così una comunità può tassarsi per il proprio ospedale e sobbarcarsene i costi se in cambio ne ha garantito un livello migliore di salute per i propri cittadini.

Questo diritto di cittadinanza nella salute attraverso strumenti propri e collettivi ed equi è ciò che fonda la possibilità per l'utente di identificarsi nello "stabilimento sanitario" e di sostenere almeno in parte quella che periodicamente si ripresenta come l'utopia igienista o l'utopia di salute totale: possedere un sistema di saperi, di cure e di luoghi di cure che ripuliscono dalla malattia la parte colpita della popolazione.

In questa ottica di uno Stato che risana l'ospedale dovrebbe passare da Luogo della malattia a Spazio della salute (per la vita quotidiana). In altre parole l'ospedale nell'immaginario collettivo minimo è il luogo in cui il cittadino entra malato per riuscirne sano, è l'edificio in cui si concentra la malattia, ma anche l'attacco alla medesima.

È cioè il luogo in cui si realizza l'Incontro tra Corpo proprio del cittadino nella sua fragilità estrema nella sua nuda possibile mortalità e lo Stato etico, cioè quello che si prende cura del valore del cittadino nello spazio circoscritto del letto destinatogli. Qui si realizza l'Incontro tra il nucleo più indifeso e spesso insieme rabbioso del cittadino malato e il nucleo più palpitante e tenero della tecnica medico sanitaria all'opera.

È questo accoppiamento squisitamente intersoggettivo che fonda l'originalità del lavoro di accudimento dell'uomo sull'uomo che va salvaguardato nella sua fragilità di stato continuamente nascente e continuamente deperibile anche dentro la macchina ospedaliera più sofisticata.

Non dobbiamo dimenticare infatti questa straordinaria configurazione che anima le professioni d'aiuto. Anche se si muovono a ridosso della tecnologia più corrusca, i personaggi che operano nella sanità hanno tutti una caratterizzazione assolutamente tipica che fa di loro dei cavalieri erranti mossi da una netta quanto oscura motivazione profonda. Netta perché non è possibile lavorare in sanità se non per scelta; anche chi ci capita per caso o per puro bisogno economico se continua a starci è perché qualche cosa si è svegliato e si è saldato dentro alla sua intima vocazione di lavoro.

Questa gemma vocazionale specifica che ha una radice sostanzialmente materna e filantropica ha a che fare con un tentativo di salvare e valorizzare una spinta altruistica che non è, si badi, solo morale, ma è in qualche modo iscritta nel patrimonio genetico della specie: il comportamento curativo, accuditivo, filantropico è una variante dell'istinto materno e costituisce il patrimonio di base più prezioso all'interno delle risorse umane in sanità. Sapersi agganciare a questi nuclei profondi di volontà di vicinanza e accudimento dell'altro è la base per vivificare la prestazione lavorativa di tutti coloro che operano in ospedale e in sanità. Ed è la base per sostenere l'utente che nell'ospedale si trova ad aver bisogno

prima di tutto proprio di quelle capacità accuditive e di sostegno che possono meglio fargli recepire tutti gli altri aspetti delle cure.

Nell'organizzazione anche "aziendale" dell'ospedale esistono in maniera informale delle cariche di volontariato, a volte solo delle incrostazioni residue o sorgenti, entro le professioni, che provengono dall'antica mentalità ospitaliera e che rappresentano una sostanziale "mission" ben prima che si affermasse la nomenclatura aziendalistica.

Questo elemento vocazionale, di chiamata, è una delle peculiarità maggiori della professione sanitaria e s'intreccia con la vocazione del luogo in cui essa s'invera, suo contenitore e spargitore. L'Ospedale del Medioevo nasce come casa della carità e del controllo ed è retto da personale che tra i religiosi scelgono di dedicarsi alla cura fisica dei più deboli. La struttura giustifica e sorregge automaticamente la motivazione individuale.

Nel laicato tecnologico e a volte tecnocratico della medicina attuale questo sostegno e giustificazione non sono più scontate; ne discende la necessità sempre più cogente di mettere al centro dell'organizzazione ospedaliera la valorizzazione della scelta originaria del compito accuditivo. È questa scelta originaria dell'operatore che arriva come nutrimento rasserenante al malato, e che ritorna all'operatore come fondamento della propria soddisfazione; è questa che in sanità può configurarsi (forse similmente solo alla creazione artistica) come vera e propria felicità professionale. Al di là di ogni retorica missionaristica e ribadita l'importanza assoluta di una giusta retribuzione in denaro per lo sforzo lavorativo, questo appagamento profondo proveniente per l'operatore dall'utente e per l'utente dall'operatore, si presenta come una sorta di accoppiamento sociale alto che può realizzare i desideri e le aspettative delle due parti.

In quella dimensione empatica che più di ogni altra garantisce la donazione di senso, nessun altro incontro professionale può oggi probabilmente elargire una sensazione più profonda di ebbrietà e riconoscimento di sé di quello che si realizza tra il malato ospedalizzato e i suoi curanti. A qualunque titolo questi partecipino al compito è necessario predisporre un gradiente gratificativo che tocchi tutti coloro che contribuiscono al ciclo della cura nell'ospedale: dal chirurgo che incide la parte malata all'impiegata che archivia la pratica.

L'incontro tra malato e curanti oscilla entro i poli estremi del terrore e della regressione del primo e della sfida e onnipotenza dei secondi. Il malato isolato dalla e nella sua malattia attende con primitiva, umanissima, semplicità, che l'organizzazione dell'ospedale lo salvi e lo riscatti, restituendolo al mondo della vita avendo possibilmente risolto (o annullato?) non solo gli effetti ma l'esperienza intera della malattia e del dolore. L'esercito del personale ospedaliero si dà (o almeno si dovrebbe dare) come compito nucleare esattamente quello di rispondere a quelle aspettative del malato utilizzando il massimo delle conoscenze scientifico-pratiche esistenti e appoggiando l'uso di queste conoscenze a un contesto motivazionale assortito dalle più diverse componenti. Queste comprendono il principio di reciprocità "egoistica" ('al posto del malato potrei esserci io') e si estendono fino all'altruismo sociale, o addirittura alla megalomania salvazionistica.

Il curioso progetto di Le Corbusier per il non realizzato ospedale "per acuti" di Venezia prevedeva tra l'altro che il malato stesse singolarmente entro la sua "cellula", e in questa dentro il suo letto, e dal suo letto vedesse il cielo traguardando da finestre che erano poste esclusivamente sopra la propria testa. Attorno a lui avrebbe dispiegato la propria forza il corpo dei sanitari. Una volta guarito l'ex-paziente sarebbe uscito scivolando direttamente dentro la maglia della città agganciata senza soluzione di continuo al cancello dell'ospedale. Sfiolata la morte e guardatane in clinostatismo perenne il volto più etereo e luminoso il guarito, ritornato verticale per merito di una macchina medico-chirurgica formidabile, poteva riprendere la sua vita e suoi flussi e raccordarsi di nuovo alla città. La funzione totalmente restitutiva dell'ospedale-elaboratore rischiava di sfociare in una elisione della malattia come processo non solo "ospedaliero" ma creatore di senso, anche se agganciato a un'intuizione spaziale straordinaria ovvero quella della immissione totale del manufatto ospedaliero nella trama urbana originaria e dell'utente nella trama a cellule dell'ospedale.

L'Ospedale organizzato da Henry Ford a Detroit a partire dal 1914 d'altro canto mostra come la logica organizzativa che dal medesimo prese il nome potesse scegliere la salute per applicarsi dando luogo a una deformazione del tutto particolare:

"Lo stesso ordinamento che ad una fabbrica permette di prestare il massimo servizio, permetterà altrettanto a un ospedale, e ciò a prezzi così modesti da trovarsi alla portata di chiunque. L'unica differenza tra ospedale e fabbrica è quella che dall'ospedale io non voglio trarre alcun reddito" (H.Ford La mia vita e la mia opera). L'iniziativa di Ford, benchè in forma mutata, è giunta fino a noi, ed esiste oggi a Detroit un Center for Health Systems Studies appartenente al Henry Ford health System (si veda ad es Nerenz DR, in International Jour. for Quality in Health Care, 9 (1) 3-4,1997 Feb.).

In una celebre Memoria sugli Ospedali, Tenon, nel 1788, affermava tra l'altro "Che cosa sono gli altri ospedali per tutti gli altri malati all'infuori dei folli? Mezzi puramente ausiliari, adatti a favorire il regime e ad aiutare la virtù dei medicinali. Ma gli ospedali per folli sono un'altra cosa: essi stessi hanno la funzione di strumenti di guarigione".

L'Ospedale Psichiatrico è tra l'altro il paradigma storico della inscindibilità di cura e custodia. Esso ha mostrato come il luogo si sostituisse alla cura offuscando la possibilità stessa e la ricchezza dell'incontro terapeutico. Il superamento dei suoi vincoli fisici ha fatalmente portato alla sua messa in questione come luogo legittimo, portando nell'esperienza italiana a un processo pratico di superamento e di tendenziale dissoluzione di questa tipologia ospedaliera che molto dà da pensare sul destino dell'ospedale in generale. L'O.P. infatti era stato concepito come struttura "specialistica" indispensabile e organico allo sviluppo della scienza psichiatrica.

Mutati alcuni dei presupposti della psichiatria e rovesciata la sua prospettiva che si fondava anche sull'esclusione l'O.P. è diventato desueto e *non più progettabile*.

Dobbiamo pensare che possa accadere qualche cosa del genere anche per il nostro "Ospedale del futuro?".

### **Identità e appartenenza**

Se è vero che "l'organizzazione professionale tipica degli ospedali e dell'università è l'unica organizzazione al mondo dove i professionisti che ne sono dipendenti operano e percepiscono se stessi come completamente autonomi" (Micossi P. e Baraldi G. in: I Sistemi Informativi Sanitari a cura di Cristiani P. e al. Patron ed.), è vero anche che il problema basale di ogni organizzazione, ovvero come raccordare le motivazioni individuali agli scopi del gruppo, si pone per l'ospedale in forma particolarmente problematica dato il radicale mutamento degli scopi che traversa l'ospedale stesso come istituzione e data la particolare qualità immateriale della motivazione del singolo lavoratore della sanità.

Il vissuto soggettivo degli utenti ammalati s'intreccia con quello degli operatori e il governo del personale ha degli effetti diretti sull'utenza; e il grande problema oggi è come promuovere identità e appartenenza degli operatori che contribuisca in parallelo a rinforzare identità e appartenenza degli utenti.

Non essendo più sufficiente l'identificazione con la scienza medica, e non più realistica quella con l'opera di carità, non più che tanto effettuabile quella del controllo sociale (grazie anche a un forte movimento di difesa dei diritti), si pone il problema di come gli elementi soggettivi compresa la non compliance di utenti e operatori possano diventare utensili istituzionali e contribuire alla creatività del sistema.

La chiarezza dello scopo dell'organizzazione (la salute dell'utente e della comunità in generale) deve poter non solo sopravvivere, ma se del caso saper utilizzare la presenza di conflitto tra differenti membri e differenti visioni, inclusa quella di un paziente-utente-cliente che diventi antagonista o comunque critico.

Qui ancora tutto il lavoro della psichiatria può essere d'ispirazione. Abituata (e costretta) a valorizzare l'aggressività o l'estraneità di un'utenza non compliant per definizione, a trasformare in strumento terapeutico ciò che alla terapia si oppone, a fare della flessibilità lo strumento principale per la comprensione dell'utente, essa può suggerire all'ospedale come adattarsi all'originalità dell'utente senza rinunciare a se stesso.

Del resto la storia dell'ospedale psichiatrico e delle critiche cui è stato sottoposto è abbastanza emblematica di un tragitto che vide l'O.P. come un modello di "Ospedale del futuro" e che lo portò in un ciclo storico relativamente breve a diventare un Ospedale superato e inaccettabile anche nelle sue trasformazioni. L'Ospedale del futuro della psichiatria è il non ospedale, la solubilizzazione nel territorio di gran parte dell'assistenza che si svolgeva entro le mura.

La "fidelizzazione" dell'utente deve poter discendere da una identità istituzionale che passa dai fili tenaci che legano l'operatore al suo ospedale e lo rimandano al suo utente con una "speranza-promessa" che si fonda sulla consapevolezza che tutto il rigore scientifico e organizzativo verrà impiegato dal sistema ospedaliero per produrre nel modo migliore qualche cosa, la Salute o un suo piccolo momento, che riguarda da vicino l'utente quanto i suoi produttori, e che contribuisce in misura qualitativamente significativa alla riproduzione sociale di entrambi.

È importante analizzare da vicino i fili che legano, o disgiungono, utenti e operatori rispetto al destino di salute, cioè rispetto alla finalità specifica dell'istituzione. Un insieme di meccanismi di avvicinamento e osservazione emotivamente partecipe si alterna a una serie di atteggiamenti distaccati e deneganti che scindono fra di loro i due protagonisti dello scenario ospedaliero.

Da un lato l'operatore spia il proprio malato per scorgere che effetto hanno su di lui\lei le operazioni effettuate dal sistema di cui egli stesso è parte: gli operatori agiscono secondo i protocolli più o meno esplicitati della buona pratica clinica, ma si accorgono di non sapere essi stessi con certezza se questi avranno effetto davvero. Ogni parte dell'Ospedale scruta quell'altra più o meno scettica per scoprire se, credendo a quella, può credere anche a se stessa. Il buon funzionamento di una parte dell'ospedale rilevato dalla parte contigua innesca un meccanismo virtuoso di self confidence e di incitamento al meglio. Per contro la verifica di pecche o defaults in sezioni sorelle (collegate) implica un automatico calo dell'autostima istituzionale e lo scatenamento di meccanismi di sfiducia, diffidenza, pessimismo.

L'idea di ospedale futuro sembra dunque oscillare tra una specie di inesistenza programmata e la ricerca di un mutamento salvifico che attori sconosciuti dovrebbero promuovere.

Del resto l'origine dell'Ospedale è intrecciata con l'origine dell'assistenza: non c'è solo una preoccupazione matura dello Stato per il danno che il corpo del cittadino può subire, ma anche un'interessata attenzione del Potere al danno che un individuo non inserito nel recinto sociale e del lavoro può, provocare: il malato può essere disruptive. Il circuito dell'assistenza ha dunque una funzione doppiamente protettiva: sull'individuo colpito dal bisogno e sul corpo sociale che rischia di essere danneggiato dal default di una parte dei suoi membri. La moderna dottrina dell'assistenza proviene dal seguito della Rivoluzione Francese dell'89: l'uguaglianza degli uomini viene associata alla necessità di portar loro soccorso. "La società diviene debitrice del diritto all'assistenza riconosciuto alla persona. Al fondamento religioso di tale diritto si è sostituito un fondamento sociale, e cioè il dovere dell'assistenza da parte della collettività nei confronti di cittadini bisognosi, in opposizione all'arbitrarietà amministrativa della società creditrice dei secoli precedenti" (Herzlich -Pierret). Dalla carità si passa alla solidarietà come diritto -dovere normato anche legislativamente. Già Montesquieu insiste nel precisare che "qualche elemosina che si fa a un uomo lacerato nelle strade non soddisfa affatto gli obblighi dello Stato che deve a tutti i cittadini una possibilità sicura di sussistenza, il nutrimento, una veste decente, e un genere di vita che non sia contrario alla salute" (ibidem, p.203). Questi assunti illuministici, peraltro sacrosanti, sono tragittati fino a noi nei secoli, arricchendosi e comunque complicandosi e diventando bandiera di emancipazione

delle classi in oppresse fino poi a trasformarsi nelle sue estremizzazioni una fumosa ideologia parassitaria che predicava la volontà di voler 'vivere gratis'. L'effetto di queste istanze supergarantistiche ("per l'assistenza e la salute tutto a tutti") è stato in realtà quello di rafforzare posizioni reattive di tipo thatcheriano, che predicano l'accesso all'assistenza graduato in base alla propria capacità contributiva.

Il rapporto tra organizzazione dell'assistenza nei suoi presidi e organizzazione del lavoro è cruciale. Se la malattia come primo impatto sociale interrompe il lavoro, sia esso direttamente produttivo oppure domestico di sussistenza, l'ospedalizzazione interrompe il lavoro e insieme l'intero ciclo di vita.

Affiora dunque uno dei problemi: l'ospedale dovrebbe essere "in rete" con tutto il ciclo di vita; la sua stessa struttura organizzativa, interumana, comunicazionale spaziale, dovrebbe consentire a chi vi fa parte, e a chi ci entra per esservi trattato, di riprodurre con il massimo di continuità possibile abitudini e ritmi della propria vita quotidiana o comunque di staccarsene il meno possibile. In questo senso il progetto veneziano di Le Corbusier, che intrecciava saldamente il manufatto ospedaliero col reticolo cittadino e il paziente col reticolo cellulare dell'edificio, cercava di conservare questa continuità spaziale.

Le battaglie contro l'Ospedale Psichiatrico come luogo della estrema separatezza si fondavano proprio su questo tipo di considerazioni. L'interruzione è trauma specie quando si somma alla malattia, la distanza diventa silenzio comunicativo, l'essere oggetto d'attenzione medica può essere fonte di passività. Alla fragilità momentanea che porta il paziente dentro le mura del presidio rischia di aggiungersi la fragilità suscitata dall'interruzione dei legami naturali. La filosofia dell'ospedalizzazione a domicilio si è fin dall'origine appoggiata su assunti di continuità oltre che su considerazioni economiche, e il timore che l'ospedale come complesso istituzionale totalizzante mortificasse la soggettività dell'utente (rendendo tra l'altro meno efficaci le cure stesse) ha spinto in passato e spinge tuttora alla ricerca di alternative. Alternative è diventato un capitolo fisso non più solo dei congressi o delle riviste di psichiatria, ma anche di quelle di ostetricia, pediatria, oncologia, geriatria etc. L'invenzione di un setting alternativo all'ospedale serve anche per prevenire la fragilità indotta dall'ospedale stesso.

### **Al di là della qualità**

Ma c'è un altro aspetto della questione: quella stessa continuità che viene predicata a fondamento di un'accettabile qualità delle cure ospedaliere, si presenta invece come rischio quando si pensi alla continuità come elemento omologante tra l'organizzazione del lavoro produttivo e quello ospedaliero. Il lavoro in ospedale, avendo a che fare con la vita delle persone, dovrebbe verosimilmente essere diverso nella sua impostazione dal lavoro "ordinario" in altri ambiti: le regole lavorative che valgono "in corsia" dovrebbero essere diverse da quelle che valgono in fabbrica o negli uffici comunali. Lo spirito stesso della giornata lavorativa dovrebbe essere organizzato in modo da poter accedere oltre che alle fondamentali gratificazioni economiche anche a dei momenti di soddisfazione tutti interni al compito lavorativo.

Alla base di un'organizzazione che ha come suo scopo finale (la "mission") il ripristino e il mantenimento della salute dell'uomo, il senso di appartenenza e la condivisione di obiettivi di gruppo dovrebbero costituire un momento altrettanto importante di quello economico e, cosa assai più complessa e quasi paradossale, dovrebbero poter prescindere dalle gratificazioni provenienti direttamente dall'utente, giacché spesso in sanità l'utente, specie se ospedalizzato, è egli stesso portatore, e quindi fonte, di frustrazione anche se il lavoro è ben fatto.

In questo senso bisognerà prestare estrema attenzione a come la filosofia della qualità intesa come soddisfazione soggettiva dell'utente verrà applicata e perseguita. C'è il rischio infatti che anziché aumentare gli sforzi per avvicinare il paziente al lavoro dell'équipe e farne un soggetto sempre più consapevole e corresponsabile della malattia ovvero delle contraddizioni che essa comporta ci si avvii a una specie di selezione automatica dei pazienti e delle patologie che danno soddisfazione all'équipe. Il significato più autentico dell'informazione al paziente infatti non è la consegna di alcuni termini operazionali su cui chiedere il suo consenso (anche e soprattutto a scopo di propria tutela medico-legale), ma la ricerca di un rapporto in cui il paziente

possa scoprire e costruire con l'aiuto degli operatori un'aspetto nuovo, anche se dilemmatico, della propria identità nel momento più rischioso e sconosciuto della sua vita: quello della malattia. E questa può essere in una delle tante accezioni possibili ciò, che s'intende per partecipazione.

Il passaggio terminologico paziente-utente-cliente, cui corrisponde una nuova filosofia e una nuova organizzazione dell'offerta va tuttora sorvegliato nel rischio di ambiguità che esso può, comportare: se da un lato può rappresentare una marcia di avvicinamento a una posizione di sempre maggiore contrattualità riconoscendo al paziente il diritto di domandare e non più solo quello di patire e pazientare, dall'altro può, diventare uno strumento drammaticamente selettivo. Il riconoscimento dello statuto di cliente al malato corrisponde infatti all'apertura di un nuovo rapporto contrattuale in qualche misura "più libero": se non sarà soddisfatto, il malato-cliente potrà rivolgersi ad altro ospedale e l'azienda perderà un "cliente" passato alla concorrenza. Tuttavia ciò, comporta anche l'opposto; in questo regime "di mercato" anche l'ospedale è teoricamente libero di non fornire il proprio servizio a quel cliente o a un determinato gruppo di clienti e di orientare la propria offerta verso i clienti (e le patologie) più responsivi e ahimè più redditizi.

Inoltre va detto chiaramente che almeno nell'attuale situazione, l'idea che il malato detenga attraverso la propria capacità di scelta un vero potere contrattuale rispetto all'istituzione ospedaliera, è una pia illusione. Il malato ha comunque sempre più bisogno dell'ospedale (di qualsiasi ospedale) di quanto l'ospedale non abbia bisogno del malato (di qualsiasi malato); al contrario esistono gruppi di utenti (né pazienti né clienti nel senso letterale del termine, ma

persone costrette all'utilizzo) che premono sugli ospedali senza che questi ne abbiano alcun vero vantaggio in termini aziendali: sono i portatori di disturbi psichiatrici, di AIDS, di malattie oncologiche, i portatori di malattie croniche e recidivanti, gli anziani con polipatologie che devono vivere in qualche modo aggrappati all'ospedale. Per rispondere dignitosamente a queste enormi fasce di richiesta i professionisti devono resettare sia i loro modelli organizzativi amministrativi, sia quelli sanitari, sia quelli valoriali.

### **Identità e vocazione originaria**

Gli elementi fondanti dell'identità degli operatori e del loro senso di appartenenza all'istituzione dovrebbero, dunque, poggiare in misura composita su un codice basato su parametri di efficienza tecnica da un lato e su una spinta etica unificante dall'altro. In realtà nell'organizzazione ospedaliera raramente le cose possono svilupparsi in questo modo.

Innanzitutto la "mission" non è sempre così dichiarata e presente a tutti i livelli dell'organizzazione e soprattutto rischia di essere dimenticata e impolverata dalla routine.

L'altezza del compito e il suo essere sempre più implicito rende improbabile e lontano un suo adempimento quotidiano: non è sempre possibile sostenere un obiettivo così impegnativo se non se ne parla mai e se tutto è sempre solo sostituito dalle procedure che ne dovrebbero assicurare il raggiungimento. Nella routine ospedaliera non c'è abbastanza spazio per la riflessione su ciò, che si fa e soprattutto sul perché lo si fa.

Il contatto con l'utente che in teoria costituisce la parte più nobile e vivificante delle professioni di aiuto è in realtà anche la parte più faticosa e usurante del lavoro. L'incontro tra l'utente ammalato carico di aspettative e di richieste a volte inesaudibili e l'operatore, a qualunque livello egli sia della scala gerarchica e professionale della piramide ospedaliera, apre una situazione che costitutivamente nell'istante in cui fiorisce si presenta come una situazione di crisi. È la crisi della presenza che, comunque protetta o camuffata dalla macchina istituzionale, ricorda drammaticamente al curante che l'Altro che gli sta a pochi centimetri di distanza raffigura insieme lo scopo e il dovere del suo lavoro, l'oggetto sempre sfuggente del suo sapere, ma anche il possibile destino del suo stesso corpo.

Il fatto che solo per caso i due attori dell'incontro terapeutico si trovino in quella posizione e non in quella opposta, rovesciata, in cui è il medico o l'infermiere a essere colpito dalla malattia che in quel momento fa sdraiare quel paziente, deve essere negato per consentire una distanza adeguata dall'angoscia della malattia. D'altro canto è proprio su questa negazione, (opportuna e salutare per alcuni versi) che si fonda la possibilità d'intervento ma anche la perdita di quel principio di reciprocità che è invece necessario per garantire un'attitudine professionale eticamente appropriata.

L'assoluta particolarità delle professioni d'aiuto e in specie di quelle sanitarie sta infatti in questa sorta di legame tra prestatore d'opera e utente: esiste una radice vocazionale profonda che muove chi decide di dedicare la propria vita di lavoro agli altri, alle loro condizioni di vita, al loro benessere, al loro stesso corpo. Quanto più diretto è il contatto con la fisicità dell'utente tanto più complicata è probabilmente questa radice vocazionale. In generale possiamo dire che le professioni d'aiuto si fondano su un'elaborazione complessa dell'istinto materno: la spinta all'accudimento della prole si mescola al desiderio di conoscenza e a una tensione verso un sistema sociale più giusto, il tutto spesso fortemente idealizzato. Secondo alcuni modelli etologici la spinta altruistica sarebbe in realtà un derivato di una spinta "egoistica" volta alla conservazione della specie e alla ricerca di condizioni di vita sempre più favorevoli. È abbastanza straordinario notare come questa nozione di altruismo stia in realtà riaffacciandosi in veste laica non solo nel mondo del volontariato ma anche nel mondo delle professioni. In un recente lavoro compiuto presso l'Institute of Nursing Science di Oslo, 767 infermiere e infermieri intervistati tra l'altro su quali fossero i valori alla base del proprio lavoro hanno indicato sia valori orientati su di sé che sugli altri. I valori sono stati suddivisi in Work Values e Moral Values: tra i primi gli stimoli intellettuali e personali; tra i valori morali, unanimemente richiamati l'altruismo e la dignità umana.

In effetti una delle ricostruzioni psicogenetiche della vocazione all'aiuto del prossimo ha rintracciato nell'esperienza di una figura materna emotivamente incompetente, anche se esteriormente valida nelle incombenze pragmatiche, il fondamento della necessità di strutturare una spinta protettiva che supporti proprio la persona che dovrebbe prendersi cura del piccolo e non lo fa. Questa specie di inversione del rapporto genitoriale spiega non solo il rafforzamento della spinta a prendersi cura dell'altro ma anche la tendenza a sovraccaricarsi di responsabilità nei compiti d'aiuto.

È un bisogno profondo, radicato nella propria storia personale quello che spinge l'operatore sanitario a fare, e a continuare, il proprio lavoro: e di questo bisogno egli ha spesso poca consapevolezza e meno ancora gliene dà l'ospedale o l'organizzazione in cui lavora.

Inoltre la durezza del lavoro e il carattere esigente dell'utente da un lato, e la sofferenza soggettiva nello stato di bisogno sanitario e la distanza dell'operatore dall'altro, rendono divaricati percorsi dei due gruppi di popolazione che a diverso titolo abitano l'istituzione ospedaliera, e spesso portano a una situazione di estraneità e di conflitto. In realtà ciascuno tenta dapprima di tollerare le carenze del sistema che dovrebbe appoggiarlo. In questa modalità di affrontare la crisi utenti e operatori si ritrovano con atteggiamenti straordinariamente simili: gli operatori tentano di supplire alle carenze istituzionali con propri atteggiamenti di volontarismo e iperresponsabilizzazione cercando di coprire le carenze del sistema con una presa in carico individuale degli aspetti carenti (così come erano abituati anticamente a fare col genitore "debole") finché per un naturalissimo fenomeno di overload non si creano dei meccanismi reattivi di scarico che portano a protesta e deresponsabilizzazione.

Dal canto loro gli utenti che si sentono abbandonati o comunque non sufficientemente appoggiati dall'istituzione, tendono dapprima a colpevolizzarsi e a vivere i propri bisogni come ingiustificati ed eccessivi, finché a loro volta non cedono di fronte al peso di bisogni non riconosciuti e non presi in carico da chi di dovere, e non esprimono la loro

rabbia abbandonica attraverso atteggiamenti di non compliance o di protesta distruttiva che sfocia spesso in un peggioramento della sintomatologia.

L'appartenenza dell'operatore al proprio istituto e la sua stessa identità professionale rischia di essere messa in crisi da due parti: da un lato dall'utente che non risponde alle procedure tecniche perchè queste non gli sono sempre sufficienti come persona, dall'altro dall'ospedale che non riesce a essere di sostegno all'operatore perchè si presenta come un sistema di regole rigide e non partecipate. Accade cioè il guasto maggiore per l'istituzione e cioè che le regole che la sostengono non siano solidamente e solidalmente impersonate. Nessuno è personalmente più identificabile come il portatore di una regola o di un procedimento e tutto sta in piedi in virtù di un gioco di rimandi e di consuetudini astratte.

All'anomia dell'operatore corrisponde allora lo smarrimento totale dell'utente. Dell'ospedale resta visibile al massimo la parte tecnologica e delle procedure diagnostiche e terapeutiche ma scompare la funzione di contenimento protettivo e "morbido".

Non si ripeterà mai abbastanza invece, che più tecnologico è l'ospedale, più deve essere ricco di capacità di accoglienza, accompagnamento, sostegno. La "quinta" tecnologica, per quanto importante sia, non può, esaurire tutto lo scenario ospedaliero.

### **Tempo, luogo, istituzione**

Di fatto identità e appartenenza oltre che poggiare su una storia personale profonda si inverano nelle dimensioni concrete dell'istituzione ospedaliera: il suo spazio e il suo tempo.

Appartenere all'ospedale da utente comporta una trasformazione innanzitutto sensoriale. Il tempo soggettivo scorre diversamente: si va dall'estremo puntiforme dell'anestesia in cui, anche diverse ore vengono vissute dal paziente come tempo zero, alle interminabili attese prediagnostiche o postoperatorie in cui un tempo smisuratamente dilatato appare del tutto svuotato di finalità ma contemporaneamente gravido di dubbi non dirimibili. Ma in virtù dell'intrinseco funzionamento della macchina ospedaliera mentre l'utente dorme il sonno senza memoria dell'anestesia l'équipe attorno a lui tenta di velocizzare al massimo il proprio intervento. L'analisi di Goffmann (in, Encounters, Penguin, 1980) della sala operatoria come paradigma della gerarchia in cui il massimo del cinismo verso il paziente si coniuga col massimo della precisione dell'intervento a suo favore resta insuperata. Da un'altra parte, mentre il paziente aspetta sperduto dentro il suo pigiama l'insieme degli operatori, dice la retorica ospedaliera, lavorano per lui. Ma con estrema facilità il mansionario e l'insieme di fatiche e di ozii che lo costituiscono si scollegano dall'immagine del paziente come proprio simile bisognoso. Tutta la tempistica dell'ospedale è in qualche modo strettamente allacciata esclusivamente col suo funzionamento tecnico: dalla velocità chirurgica e radiologica al tempo fermo della sala autoptica, da tutti i time-counter della laboratoristica ai tempi di decorso delle malattie (una volta) costruite in settenari, la vita dell'ospedale si muove entro un ritmo minutato o annualizzato a seconda del processo che analizziamo. E tutto è suddivisibile o moltiplicabile per un tempo di lavoro che sommessamente ma implacabilmente ci rimanda alla dimensione contrattualistica del denaro, dei costi, dei bilanci. Solo il tempo del paziente sembra avere un valore diverso, meno quantificabile e raffrontabile con i comuni tempi sociali; o almeno così era, finchè la dimensione del DRG non ha fatto forzatamente sposare il tempo di lavorazione di ogni patologia al tempo di degenza (e di rilascio? e di espulsione?), del malato.

Quanto la nozione di tempo non sia astratta ma entri nel pacchetto di richieste del paziente-cliente lo si desume ad esempio da un recente mini-opuscolo del Tribunale per i diritti del Malato. Il primo dei quattordici diritti che vengono rivendicati è giustappunto il "Diritto al tempo: Ogni cittadino ha diritto a veder rispettato il suo tempo al pari di quello della burocrazia e degli operatori sanitari...".

In altra parte di questo studio è trattato l'importantissimo tema dei diritti, primo fra tutti il noto diritto di cittadinanza, che sempre più stanno diventando cruciali nel fondamento delle nuove nozioni di identità e appartenenza.

Vi è poi la questione dello spazio e quindi dell'ospedale come luogo. Che esista un importante rapporto tra "persona" e "locus" è noto da sempre all'architettura (se ne veda un'appassionante trattazione in Teatro, Corpo, Architettura, a cura di Giancarlo Consonni, Laterza 1998) e l'ospedale come luogo critico non si sottrae a questo intrigante rapporto.

Per il corpo del cittadino in ospedale spunta una questione simile a quella che D. Pennac intravede per l'allievo a scuola: "Si pone allora il problema dell'atteggiamento. Che cosa ne è di un corpo in un'aula scolastica, se non ha più l'alibi della penna a sfera e del foglio bianco? (D. Pennac Come un romanzo p.89)

In altre parole si pone con radicalità il quesito del rapporto tra il corpo del cittadino malato e il luogo in cui esso si trova e si deve trovare. Che cosa ne è di un corpo in una stanza di ospedale se non ha più l'alibi del pigiama e della fleboclisi? Giacchè tutti devono innanzitutto appartenere a quel luogo. Senza la malattia quelle persone in quel luogo perdono di senso o meglio quel luogo diventa un non luogo come nelle descrizioni dell'antropologo Marc Augé: le stazioni ferroviarie, gli aeroporti, l'antartide... L'aspetto della localizzazione e della delocalizzazione diventa dunque cruciale per l'identità stessa delle persone che ivi si muovono, nella ricerca di un linguaggio per decifrare "quell'esterno che ci disorienta".

Nell'ospedalizzazione, insomma, un'altra delle coordinate fondamentali dell'esperienza, il rapporto dentro-fuori cambia radicalmente nei suoi termini fisici e sociali. Tutto diventa diverso in base al luogo: un pasto non è più un pasto ma è il menù dell'ospedale, lo sporco e il pulito assumono la nuova luce e i nuovi odori dell'igiene ospedaliera, il commercio verbale abituale si trasfigura in una comunicazione esclusivamente finalizzata alla trasmissione di

informazioni (quasi sempre criptiche) sulla patologia, il calore umano e la vicinanza diventano una fortuita scoperta, un regalo inaspettato nel deserto della corsia.

Chi lavora nell'ospedale è esposto a un'oscillazione che muove dalla situazione di impatto pieno, diretto e spesso opprimente del paziente e dei suoi bisogni, urgenti o cronici, con la relativa, carnale pressione che ne deriva; alla tendenza a far scomparire financo dentro il proprio pensiero l'esistenza di un utente, con nome cognome e volto, come diretto destinatario del proprio intervento. E ciò, riguarda sia le professioni sanitarie che quelle amministrative: benché permanga una notevole differenza tra le due, l'ospedale del futuro dovrà vedere (e già si comincia) un'integrazione sempre maggiore tra questi due ambiti professionali tradizionalmente separati, superando una scissione del tutto anacronistica. Che i sanitari siano sempre più investiti di valenze amministrative è realtà già in atto; sempre più dovrà avvenire che gli amministrativi vengano inclusi nella mentalità della presa in carico della salute dell'altro come proprio specifico compito per gli aspetti di pertinenza. Per questa operazione di fusione culturale in cui un sapere ne irrori un altro e ne viene di ritorno irrorato l'ospedale del futuro può, candidarsi come laboratorio privilegiato.

Allo stesso modo, e l'esperienza della psichiatria e del superamento dell'Ospedale psichiatrico lo testimonia, il campo dei saperi specialistici verrà sempre più cimentato dall'afflusso di istanze extracliniche: non solo la richiesta selettiva del pubblico sulle prestazioni o sulle modalità di erogazione ma la tematica dei diritti diventerà parte abituale della routine ospedaliera. Ciò, avrà profonde influenze su tutta l'organizzazione: sulla programmazione e sulle priorità, sui rapporti gerarchici interni, sui confini tra interno e esterno, sulle stesse procedure di standardizzazione dei saperi e delle pratiche cliniche.

La massima anomia e la massima personalizzazione si alternano oggi nella funzione di cura dentro l'Ospedale e questo è reso possibile dall'esistenza di un sistema di regole, di spazi e di rapporti gerarchici che spesso sono così rigidi che sollevano l'individuo dalla ricerca di una posizione di equilibrio negoziale che invece appare sempre più l'essenza della nuova medicina. L'ospedale è oggi, per le professioni, contemporaneamente luogo di intercambiabilità e di unicità. Esso può, ancora, essere luogo di arbitrio, mentre si prepara a essere nel futuro sempre più luogo di negoziazione.

La negozialità si presenta come opzione antidogmatica rispetto al sapere medico basato sull'evidenza, nella necessità di scelta tra varie opzioni continuamente presente dentro questo sapere, nella capacità di riconoscimento e di accoglienza dei bisogni di salute della comunità.

Se l'ospedale saprà raccogliere queste sfide ed elaborarle al proprio interno e al proprio esterno costituendosi come contenitore flessibile di un processo di trasformazione esso potrà ricandidarsi come autentico spazio d'incontro non solo per le varie professioni che lo gestiscono ma, tra le professioni e la comunità dei cittadini alla ricerca della salute.