

[Colasanti L, Guerra G., Monechi G. (2004): *Emozioni e pensiero organizzativo, Salute e territorio, 144, 133-135.*]

## EMOZIONI E PENSIERO ORGANIZZATIVO: UN INTERVENTO DI FORMAZIONE PSICOSOCIOLOGICA IN UN DAY-HOSPITAL ONCOLOGICO

Luciana COLASANTI\*, Giovanni GUERRA\*\*, Giancarla MONECHI\*

\* Azienda Sanitaria 10 - Firenze

\*\* Dipartimento di Scienze Neurologiche e Psichiatriche- Università di Firenze

### 1. PREMESSA

In precedenti lavori (Guerra *et al.*, 2000, Guerra e Zeloni, 2001, 2003) abbiamo posto l'attenzione sul tema del rapporto formazione/organizzazione e sul ruolo delle emozioni nella formazione e nella vita organizzativa all'interno dei contesti sanitari, sollevando anche delle questioni relative alla tecnica di gestione del gruppo di formazione.

Ritorniamo su questi temi presentando un caso che ci permette di discutere il ruolo delle emozioni in rapporto al pensiero organizzativo.

Parlare di emozioni implica inevitabilmente l'evocazione di alcune rappresentazioni ad esse relative che vale la pena di affrontare in via preliminare.

Una prima rappresentazione concerne la tradizionale contrapposizione tra emozione e razionalità. Proprio in quanto contrapposta alla razionalità, l'emozione si qualifica come irrazionale e come tale è da tenere a freno se non è possibile eliminarla. Tanto più in un contesto organizzativo che per definizione si propone come il regno della razionalità, della logica della efficienza e della efficacia.

Una seconda rappresentazione sulle emozioni riconosce che, nell'universo sanitario, le emozioni sono una componente inevitabilmente presente ma una componente "psicologica" nel senso di personale, soggettiva, degna di rispetto ma tutto sommato estranea alla vita organizzativa.

Quello che vogliamo mostrare è che l'emozione non è un evento irrazionale ma segue una logica che non solo si può comprendere ma che è anche fondamentale per la vita organizzativa.

L'occasione per queste riflessioni è fornita dall'intervento svolto presso un day-hospital oncologico di un ospedale della provincia toscana.

### 2. L'INTERVENTO

La richiesta di un intervento è promossa dalle infermiere del day hospital oncologico che richiedono ad una dottoressa dell'ospedale -che è anche psicologa clinica- un aiuto per affrontare il disagio psicologico vissuto nel lavoro e caratterizzato da una forte angoscia di morte, disagio messo in relazione soprattutto con la specifica tipologia del lavoro e con il suo aumentato carico.

Rispondendo a questa domanda, si è organizzata una serie di dieci incontri della durata di un'ora e mezzo ogni 15 giorni. L'intervento è stata concordato con la direzione sanitaria e la responsabile dell'ufficio infermieristico. La definizione dello spazio di intervento ha richiesto la risoluzione di peculiari problemi organizzativi, per consentire la regolare riunione del gruppo senza dover interrompere l'attività del reparto. Gli incontri si sono svolti in una stanza del day hospital di solito usata come ambulatorio. Il tema dato agli incontri è semplicemente il racconto dell'esperienza di lavoro: pensieri, emozioni, affetti, ricordi, problemi, progetti ecc.

La presentazione dei propri stati d'animo e delle proprie difficoltà è avvenuta nei primi incontri con grande spontaneità. Dominante all'inizio è il tema della morte che diventa molto coinvolgente in quanto tocca personalmente molte infermiere: la morte per leucemia del giovane

nipote di una di esse, che era stato seguito inizialmente nel Day Hospital; l'attuale situazione di una delle infermiere che ha avuto recentemente la notizia che il fratello, sottoposto ad un intervento di emilaringectomia per un tumore alle corde vocali, ha metastasi polmonari del tumore stesso ... e così via, si associano ancora altri casi di amici attualmente in trattamento antitumorale. Ci si sente circondati da vicino dalla morte.

Per di più, i ritmi di lavoro sono così intensi che non c'è tempo di riflettere, né di parlare con i pazienti. In questo modo il lavoro sembra perdere di significato e si carica di angoscia per la paura di non riuscire a fare tutto e a fare bene, con il terrore di sbagliare. Così, piuttosto precocemente, il gruppo sposta la sua attenzione sull'angoscia e sull'ansia causate dalle difficoltà dei rapporti interpersonali e dell'organizzazione del lavoro. Per esempio, l'infermiera ultima arrivata si lamenta soprattutto per la difficoltà data dall'assenza di procedure scritte; si sente insicura nelle comunicazioni con i pazienti, spesso non sa dare l'informazione richiesta perché non c'è un quaderno di consegne o uno strumento simile che possa diffondere a tutte le infermiere le notizie sugli esami da fare o da riconsegnare o degli appuntamenti da prendere ai pazienti. Dice che solo la caposala e la sua vice sono a conoscenza di tutti i flussi informativi. A questo riguardo si sottolinea che la relazione familiare con il medico è prerogativa solo di alcune (la caposala e la sua vice), mentre ne restano escluse le altre, soprattutto le nuove arrivate. Si fa notare come chi è escluso dalla relazione preferenziale con il medico sia portato a fantasticare sui contenuti della relazione stessa.

Il day hospital, inoltre, sta attraversando un periodo di aggiustamenti organizzativi, nell'ambito della ridefinizione dell'attività oncologica dell'Azienda Sanitaria: il medico oncologo opera da solo, senza essere coadiuvato da alcun collega; gli utenti del day hospital al momento sono soprattutto pazienti oncologici, mentre fino a pochi mesi prima si trattava essenzialmente di persone che accedevano al poliambulatorio per vari motivi diagnostico – terapeutici. Tra la strumentazione a disposizione non è ancora presente un personal computer e la gestione del reparto può definirsi “familiare” anche per la frequente conoscenza e spesso amicizia tra le infermiere e gli utenti. Nonostante ciò il numero di accessi è realmente elevato (circa 10.000 accessi/anno per chemioterapia o diagnostica oncologica).

Un ulteriore elemento di sofferenza e di inquietudine è dato dal fatto che la struttura ospedaliera dove è collocato il day hospital è stata recentemente minacciata di chiusura, nell'ambito della redistribuzione delle risorse ospedaliere sul territorio dell'Azienda Sanitaria, e ciò ha contribuito a far vivere agli operatori un'atmosfera carica di precarietà.

Questi diversi temi, che pur nella diversità di contenuto appaiono legati dall'angoscia e dalla tensione, emergono in successione ma si accompagnano via via ad un pensiero che possiamo definire organizzativo nel senso che va alla ricerca di aggiustamenti ritenuti necessari per operare con l'adeguata tranquillità.

Il gruppo arriva così a formulare una serie di richieste di miglioramenti organizzativi, riassumibili in questo modo: *adeguamento del personale*: per esempio, stabilire che un altro medico affianchi l'attuale; un amministrativo che faccia da filtro all'ingresso del reparto e possa dare autonomamente le indicazioni più semplici, ecc.; *adeguamento dei flussi informativi interni*: informatizzazione del day hospital; *adeguamento dei contatti tra il medico del day hospital e i medici curanti e i medici del Distretto (Attività Sanitarie di Comunità)* per un'assistenza integrata dei pazienti terminali; *adeguamento dei locali di lavoro* con l'acquisizione di altre stanze.

L'intervento si conclude proprio con queste proposte di riorganizzazione del lavoro che in tempi successivi è stata formalizzata per scritto. Nei mesi successivi all'intervento, tali proposte sono state accettate e realizzate, confermandone così il carattere realistico e concreto.

### 3. DISCUSSIONE

La prima cosa che si può notare è il progressivo allargarsi dell'orizzonte dei temi: dal peso del contatto con il paziente oncologico “troppo vicino” si passa alle difficoltà vissute nella vita di lavoro nel day hospital e compare sullo sfondo la minaccia di chiusura o quanto meno di drastica riduzione dell'ospedale.

Si tratta di questioni diverse per ciò che riguarda sia la causa sia la possibilità di intervento. Tuttavia non è difficile tracciare una linea di collegamento tra i temi se prendiamo come punto di riferimento proprio le emozioni prevalenti di tensione e di angoscia: si tratta, in effetti, di diverse “figure del mortifero”. La malattia oncologica, la morte dei pazienti, i conflitti interpersonali e gerarchici, la difficoltà ad organizzare il lavoro in modo soddisfacente, la carenza di spazi e risorse adeguate, la minaccia di chiusura parlano, diversamente ma ugualmente, di qualcosa di mortifero e della fatica di far fronte all’angoscia che ne deriva.

Proprio questo, peraltro, è caratteristico della emozione: la capacità di mettere insieme elementi disparati ma accomunati per un qualche tratto che li rende appartenenti alla stessa classe di fenomeni.

Da questo punto di vista, compare un aspetto particolarmente “intelligente” dell’emozione, nel senso della capacità di far apparire una realtà non visibile alla logica razionale usualmente impiegata per affrontare i problemi. Quest’ultima, infatti, pone delle distinzioni: cosa c’entra, per esempio, l’angoscia per la morte di un paziente con la mancanza di computer? Problemi diversi, si direbbe, che richiedono soluzioni diverse. Ma se accogliamo l’emozione come una comunicazione valida e “sensata” vediamo comparire una unica realtà sottomessa alle stesse leggi della impotenza, della frustrazione, della disgregazione.

Nel mettere insieme elementi disparati, l’emozione indubbiamente è anche confusiva: prende una cosa, una situazione, un problema come identici ad altri. C’è dunque, nell’emozione, una parte “intelligente” e una parte confusiva.

Il lavoro sull’emozione non consiste però nell’emendare la parte confusiva conservando la parte intelligente in quanto si tratta di due componenti inscindibili: è proprio grazie alla “confusione”, infatti, che si getta uno sguardo nuovo, inaspettato, creativo sulla realtà. Si tratta, invece, di consentire all’emozione di esprimersi, di essere detta, di essere legittimata come fonte di pensiero. La costruzione di uno spazio (un setting) in cui legittimamente si possono affrontare le emozioni ne garantisce anche il dispiegamento. La parola consente l’elaborazione di un significato e rende capaci di “rituffarsi” nell’emozione per trarne altri significati, in un processo adattativo, volto a modificare costruttivamente e realisticamente l’ambiente.

Il caso che abbiamo presentato ci sembra, in questo senso, particolarmente istruttivo. All’inizio il gruppo era centrato su malesseri e disagi emozionali apparentemente molto intimi, che sembravano paralizzarlo. Con il procedere degli incontri il gruppo è riuscito a tirar fuori una risorsa organizzativa che prima non era utilizzabile e che non è una difesa o una razionalizzazione ma proprio l’espressione del lavoro sull’emozione. Dalla emozione che condensa aspetti diversi della realtà, si è proceduti verso un’articolazione di temi, si è conservato il filo che collega ma lo si è anche dipanato producendo pensieri differenti.

La valutazione dell’intervento si misura proprio attraverso la capacità del gruppo di formulare progetti di riorganizzazione.

#### 4. CONCLUSIONI

Ci è sembrato che il primo problema posto dalle emozioni collegate alla morte sia il loro statuto di “clandestinità”, nel senso che non paiono avere una legittima cittadinanza nel mondo del lavoro. Questa clandestinità si ritrova sia nel modo di formulare la domanda (una vicenda *privata* e *intima* delle infermiere) sia nella persona alla quale è per prima diretta: una dottoressa cercata però per i suoi interessi psicologici “privati”. In questo senso l’aver favorito il coinvolgimento di tutta la struttura ospedaliera nei suoi luoghi ufficiali (dirigenza sanitaria, infermieristica, primari ecc), sia per definire e ufficializzare le modalità e le finalità dell’intervento, sia per promuovere un riflessione sui vissuti connessi ai cambiamenti organizzativi, ha avuto un effetto immediatamente “interpretativo”: ha legittimato la presenza di quelle emozioni nel campo lavorativo.

Uscite dalla clandestinità, le emozioni hanno potuto diventare un vero materiale di lavoro. Il “dispiegamento” delle emozioni ha permesso di far apparire progressivamente altri aspetti della realtà, quelli ad esempio legati alla vita del gruppo e all’organizzazione. Aspetti non casuali perché,

non dimentichiamolo, il gruppo di cui abbiamo parlato è appunto un gruppo di lavoro all'interno di una organizzazione.

Si può avere l'impressione che l'intervento, iniziato su tematiche "profonde", sia finito in tematiche se non superficiali certo "razionali" o persino razionalizzatrici. Questa però sarebbe una impressione fuorviante basata su una caricatura del lavoro psicologico che finisce per riconfermare la scissione tra emozione e pensiero. Viceversa qui possiamo avere una percezione, a nostro avviso, precisa e corretta del lavoro del cambiamento psicologico. Con Matte Blanco, diremmo che l'emozione è la matrice del pensiero e, naturalmente, anche del pensiero sull'organizzazione. Avendo dato valore all'emozione, si è potuto utilizzare anche quel *quantum* di confusività che ne è parte costitutiva non eliminandola ma utilizzandola per meglio comprendere la complessità della realtà. Proprio da qui si è potuto sviluppare un pensiero organizzativo decisamente realistico.

Assumendo le emozioni come elementi legittimi della realtà, si è potuto avere una percezione più completa e più razionale della realtà organizzativa. Detto altrimenti: lavorando sulle emozioni si è diventati più realistici.

## BIBLIOGRAFIA

Guerra G., Cangiano G., Cavatorta P., Corsini C., Di Giulio C., Mordini M., Paleani R., Rossi G., Ruggieri E. (2000): Obiettivi dell'attività formativa, *Salute e territorio*, 122, 214-217, settembre-ottobre 2000.

Guerra G., Zeloni G. (2001): Gruppo & formazione, *Psicoterapia e Istituzioni*, VIII, 2, 65-77 (2003).

Guerra G., Zeloni G. (2003): Il rapporto paziente-fisioterapista, *Salute e territorio*, XXIV, 136, 2-6.