

Paracelso

**Laboratorio di studi sociali sulla salute,
la cura e il benessere sociale**

Università di Ferrara

Ricerca nazionale

Identità e prospettive del fisioterapista

Parte IV

***Il fisioterapista nel campo riabilitativo:
rappresentazioni interprofessionali
e percezione dei pazienti
in due studi di caso***

Direzione e cura

Marco Ingrosso

Ricercatori collaboratori della ricerca:

Enrico Marchetti, Emanuela Spaggiari

Copyright Laboratorio Paracelso Unife, 2014

Indice

Il fisioterapista nel suo ambiente: introduzione alla Parte IV	5
<i>L'ecologia organizzativa</i>	
<i>Le analisi di caso: appunti metodologici</i>	

PARTE I

Studio di caso del Presidio “Canova” dell'AUSL di Firenze

SEZIONE A – RISULTATI OSSERVATIVI

1. Il Presidio ASL “Canova” di Firenze	12
2. L'Unità Operativa di Riabilitazione Funzionale	13
3. Gli spazi e i percorsi del Presidio	16
<i>La saletta</i>	
<i>Il corridoio altro-da-sé: da spazio di transito a reception e sala d'attesa</i>	
<i>Il magazzino dei sussidi</i>	
<i>Gli spazi dedicati alla riabilitazione</i>	
<i>a) Le palestre per gli adulti</i>	
<i>b) La stanza dedicata ai piccoli</i>	
4. La casa come luogo di cura: il fisioterapista al domicilio dei pazienti	23
5. Gli altri luoghi d'azione del fisioterapista	25
6. La quotidianità del fisioterapista presso il Presidio “Canova”	26
<i>La relazione con il paziente e i familiari durante l'azione di cura</i>	
<i>La relazione tra i fisioterapisti del Canova: un gruppo con una forte coesione interna</i>	
<i>La relazione con gli specialisti e gli altri operatori della struttura</i>	

SEZIONE B – VALUTAZIONI RIFLESSIVE DEI PARTECIPANTI

7. Il contesto socioeconomico	33
8. Verso una maggiore centralizzazione organizzativa	34
<i>Alcune conseguenze della centralizzazione</i>	
9. L'aumento del carico burocratico	35
10. Strategie informali di gestione dell'attività quotidiana	36
11. I valori su cui si fonda l'operato quotidiano dei professionisti del presidio	38
12. I processi comunicativi tra il presidio e gli altri reparti	40
13. Il fisioterapista al lavoro	41
<i>Le attività del fisioterapista nel presidio Canova</i>	
<i>Tipologie d'intervento attuate</i>	
<i>L'accompagnamento formativo nei confronti dei pazienti e dei loro familiari</i>	
14. Un fisioterapista “particolare”: il responsabile dell'unità operativa	43

15. Fisioterapisti in relazione	44
<i>Le relazioni tra fisioterapista e paziente</i>	
<i>Le relazioni tra i fisioterapisti e le altre figure operanti nel presidio</i>	
16. “Ma fate i massaggi?” Ovvero l'identità difficile del fisioterapista	46
<i>L'autopercezione in rapporto ai rimandi dei medici</i>	
<i>Medici di medicina generale, fisiatri ed altri specialisti</i>	

PARTE II

Studio di caso dei servizi riabilitativi del Policlinico Sant'Orsola-Malpighi di Bologna

SEZIONE A – RISULTATI OSSERVATIVI

17. Il Policlinico Sant'Orsola-Malpighi	52
18. L'organizzazione delle professioni sanitarie dedicate alla riabilitazione	53
19. L'Unità Operativa di Medicina Fisica e Riabilitativa	54
20. L'ambiente di lavoro del fisioterapista e i luoghi della riabilitazione	56
<i>Le palestre</i>	
<i>Il “campo-base” dei fisioterapisti: la saletta, la postazione informatica per l'attività gestionale e l'avamposto di coordinamento</i>	
21. I fisioterapisti dell'U.O. Medicina Fisica e Riabilitativa all'opera	60
<i>La gestione quotidiana dei pazienti</i>	
<i>Le attività gestionali, di rendicontazione e di coordinamento</i>	
<i>La relazione del fisioterapista con gli altri professionisti</i>	
22. I Dipartimenti dell'Area S. Orsola: l'organizzazione dei servizi e dei professionisti della riabilitazione nelle altre UU.OO.	67
23. Il fisioterapista nel percorso neonatale-pediatrico	68
24. L'organizzazione del lavoro nel Dipartimento cardio-toracico-vascolare: tra autonomia individuale e adattamento alle esigenze della struttura	71

SEZIONE B – VALUTAZIONI RIFLESSIVE DEI PARTECIPANTI

25. Il contesto socioeconomico	73
26. Verso una maggiore centralizzazione organizzativa	74
27. Il processo di aziendalizzazione	75
<i>La razionalizzazione della spesa</i>	
<i>Gli obiettivi aziendali legati alla produzione di risultati quantificabili</i>	
<i>La standardizzazione delle procedure</i>	
<i>“Scriviamo delle relazioni da manuale, ma il paziente chi lo cura?”:</i>	
<i>l'eccessivo carico burocratico</i>	
<i>“Qui si è tutto accelerato”: la riduzione dei tempi di ricovero dei pazienti</i>	
<i>Le conseguenze per i pazienti</i>	
28. Le conseguenze di un'unificazione forzata	83
29. I valori dei fisioterapisti vs i valori aziendali percepiti	86
30. Il fisioterapista al lavoro	88
<i>L'accompagnamento formativo nei confronti dei pazienti e dei loro familiari</i>	

31. Fisioterapisti in relazione	90
<i>“Loro ti danno l'anima”</i> : la relazione tra fisioterapista e paziente	
<i>Il rapporto con i medici</i>	
<i>“Lo alzi tu? no lo alzi tu”</i> : il rapporto con gli infermieri	
32. “Cosa fai in una rianimazione tu?” Ovvero l'identità difficile del fisioterapista	99
Coesione e competizione nei diversi ambienti organizzativi: una sintesi dei risultati	101
<i>Identità e riconoscimento nelle differenti ecologie di caring</i>	
<i>Somiglianze e analogie fra i Casi-studio</i>	
<i>Mutamenti organizzativi e rafforzamento del riconoscimento</i>	113

Ringraziamenti

Questo lavoro non sarebbe stato possibile senza la fattiva collaborazione e la partecipazione delle tante persone che hanno contribuito alla sua riuscita.

Siamo innanzi tutto debitori a Luca Marzola (già Segretario Nazionale AIFI) e Daniele Cariani (Presidente AIFI Veneto), il cui apporto alla discussione circa la scelta dei case studies è stato tanto fondamentale quanto il fatto di averci messo in contatto diretto con alcuni referenti privilegiati presso le aziende sanitarie in cui avremmo operato. A tale riguardo ringraziamo sentitamente Andrea Sanquerin e Simone Baldi (rispettivamente Direttore dei Servizi Tecnico Sanitari e Direttore Area professionale della riabilitazione presso l'Azienda Sanitaria di Firenze) e Vincenzo Manigrasso (Dirigente delle Professioni Sanitarie della Riabilitazione presso l'Azienda Ospedaliero-Universitaria S.Orsola-Malpighi di Bologna). Il loro paziente lavoro di mediazione tra équipe di ricerca e vertici aziendali ha innanzi tutto facilitato in modo sostanziale l'iter per l'ottenimento delle dovute autorizzazioni, indispensabili ai ricercatori per l'accesso al campo. In secondo luogo, dobbiamo a loro la raccolta di informazioni di prima mano sul funzionamento dei servizi di riabilitazione, sulla loro organizzazione, sulla loro evoluzione e sulla loro storia.

Non possiamo infine fare a meno di ringraziare di cuore le tante persone che, grazie alla loro disponibilità e a una partecipazione attiva e sinceramente coinvolta, hanno reso possibile portare a termine la ricerca nel migliore dei modi. Stiamo parlando di decine di persone che ricordiamo una ad una, sebbene questioni di ordine etico e professionale ci impongano di non citarne il nome: professionisti della riabilitazione, medici, personale infermieristico, pazienti e familiari, assistenti sociali ed educatori. A loro diciamo sentitamente: *grazie!*

Il fisioterapista nel suo ambiente: introduzione alla ricerca

L'ecologia organizzativa¹

Questo Rapporto costituisce la Parte IV della ricerca nazionale “Identità e prospettive del fisioterapista” voluta dall’AIFI ed ha come titolo “*Il fisioterapista nel campo riabilitativo: rappresentazioni interprofessionali e percezione dei pazienti in due studi di caso*”.

Diversamente dalla prospettiva generalista assunta nelle prime tre parti della ricerca, in questa quarta fase si è deciso di sviluppare una *dimensione contestuale ed ecologica*, ossia analizzare specifiche situazioni fortemente caratterizzanti per l’identità del fisioterapista, nelle quali studiare le dinamiche relazionali e organizzative entro cui prende forma la quotidianità del fare fisioterapico.

Il campo riabilitativo rappresenta senz’altro, anche sulla base delle risultanze delle fasi precedenti della ricerca, il riferimento centrale della professione da cui dipende il suo riconoscimento pubblico e la sua riconoscibilità rispetto alle altre professioni sanitarie e non solo. Di qui la scelta di analizzare diverse tipologie di servizi riabilitativi. In particolare, di puntare l’attenzione su due diversificati livelli del sistema riabilitativo: quello territoriale e quello ospedaliero-specialistico. Livelli diversi ma complementari entro cui la professione trova una collocazione privilegiata e caratterizzante, ma entro cui, al contempo, si trova a concorrere, insieme con altre professioni, ad un comune obiettivo.

Dopo diverse valutazioni (di cui si dirà nel paragrafo successivo), e con l’assistenza di un comitato di consulenti (dirigenti di strutture riabilitative e dirigenti AIFI), si è arrivati ad individuare due situazioni di particolare interesse collocate in due capoluoghi di regione (Firenze e Bologna): la prima riguardante la riabilitazione di primo livello, la seconda di tipo specialistico complesso.

Come allude il titolo della Parte IV, attraverso questa scelta si è voluto chiudere il cerchio dell’analisi della condizione di lavoro del fisioterapista osservando, in situazioni circoscritte, lo sguardo reciproco fra i componenti del sistema riabilitativo visti nel quadro di specifiche strutture organizzative entro cui tale dinamiche si svolgono. A loro volta, i diversi attori sono portatori di diffuse culture professionali, in cui aspetti condivisi dentro le professioni si combinano con coloriture locali, mentre le organizzazioni risentono dei più generali orientamenti che hanno marcato i servizi sanitari (in particolare pubblici) in questi ultimi anni.

Pur in contesti specifici e localizzati emergono quindi tendenze più ampie che marcano, pur in modo non uniforme, tutti gli ambienti simili a quelli indagati. Sorprende positivamente, a tal proposito, come si ritrovino nella dimensione micro problematiche e tendenze relative all’identità professionale e al riconoscimento che si sono evidenziate anche nella survey nazionale (Parte III), in particolare riguardanti la costante tensione e negoziazione a cui sono sottoposte queste dimensioni. L’analisi che emerge dalla dimensione micro permette di fare comprendere come le problematiche identitarie siano dovute ad un gioco incrociato di rimandi e rispecchiamenti fra le diverse professioni che hanno come posta principale il rapporto e il ruolo che si gioca

¹ Il paragrafo è stato redatto da Marco Ingrosso

nei riguardi del paziente. In particolare la competizione simmetrica che si svolge nelle diverse situazioni con i medici specialisti, da una parte, e con gli infermieri, dall'altra, genera una sorta di circolo vizioso che ostacola una sinergia collaborativa virtuosa. Ciascun gruppo rivendica riconoscimento ma non lo dà (a parere degli altri); ciascuno marca i propri spazi, ma non è disponibile a parziali e reciproche sovrapposizioni che darebbero dinamismo agli interventi e amplierebbero il capitale fiduciario e i riconoscimenti reciproci.

La coesione interna al gruppo dei fisioterapisti (non sempre ottenuta) costituisce un fattore protettivo per il singolo professionista, in particolare di fronte alle pressioni che le direttive organizzative centralistiche e burocratizzate esercitano sul suo lavoro. Non sempre tuttavia ciò è sufficiente, specie in ambienti in cui i fisioterapisti sono minoranza.

La coesione è inoltre importante di fronte alle dimensioni emotive che l'intervento riabilitativo evoca e sviluppa. Infatti mentre il rapporto col paziente si conferma centrale nella visione e nella pratica del fisioterapista (così come era chiaramente emerso nell'indagine campionaria nazionale) al contempo esso costituisce anche un onere che non sempre si sa o si può gestire. La condivisione costituisce il principale strumento di gestione ed elaborazione di tali tensioni, e quindi quando venga a mancare, per diverse ragioni, anche questo aspetto così caratterizzante del lavoro terapeutico, ne soffre.

L'indagine si sofferma poi sul tema dei valori condivisi: la centralità del paziente viene spesso contrapposta alle direttive centralistiche e procedurali aziendali che vorrebbero esaltare l'efficienza, ma producono disturbi e arretramenti in termini di efficacia e di relazionalità.

I due casi indagati presentano somiglianze, in particolare dovute alla riorganizzazione aziendale che ha inciso in ambedue le situazioni, ma presentano anche significative differenze. I servizi territoriali fiorentini vedono una rilevante presenza e coesione del gruppo dei fisioterapisti e una struttura organizzativa più paritaria che esalta l'autonomia professionale che si combina sinergicamente con un'accentuata cooperazione interprofessionale, la quale costituisce anche un valore di riferimento (poco presente invece nell'altro caso studio). Al contrario, la struttura gerarchica ospedaliera e le forti direttive procedurali centralizzate portano ad una rilevante competizione fra le professioni, aggravate da divisioni interne agli stessi gruppi professionali, in particolare quello dei fisioterapisti. L'analisi rileva altresì che, nello stesso ospedale, si assiste a situazioni differenziate nei vari reparti che dipendono da specifici climi organizzativi e dalla numerosità dei fisioterapisti che giocano un ruolo più o meno riconosciuto.

Si passa quindi da situazioni in cui l'identità professionale è sicura e riconosciuta ad altre in cui viene difesa segnando confini e marcando priorità simboliche, a scapito però spesso della relazione e cooperazione interprofessionale. In situazioni più marginali poi l'identità sembra diventare più incerta e il riconoscimento spesso negato creando tensioni che si assommano a quelle provenienti dalle direzioni aziendali. Inoltre lo stesso rapporto coi pazienti, fonte primaria di gratificazione e riconoscimento, ne soffre, dato che diventa più frammentato e, nel caso di alti coinvolgimenti emotivi, diventa difficile da gestire attraverso la condivisione con altri. Sorge quindi la tentazione del disincanto e si accresce lo stress, che talvolta minaccia di tradursi in burn-out.

In definitiva si può sostenere che solo attraverso adeguati cambiamenti culturali e organizzativi, contestualmente situati, si potrebbe arrivare a creare ambienti di lavoro maggiormente sicuri, fiduciari e cooperativi a vantaggio dei vari professionisti, ma

anche dei pazienti. È inoltre evidente come la riorganizzazione aziendalistica, in particolare realizzata attraverso forti accentramenti procedurali e organizzativi, abbia aperto diversi problemi di qualità dell'intervento, di soddisfazione tanto dei pazienti quanto degli operatori, di efficacia degli interventi, spesso sostituita dall'adempimento della formalità procedurale. È pur vero che essa ha potuto incidere diversamente laddove gli ambienti erano più coesi e dotati di una forte cultura condivisa (come nel caso di Firenze). Resta tuttavia l'impressione che sia necessario un marcato cambiamento metodologico e organizzativo per recuperare i rilevanti aspetti qualitativi perduti o a rischio nel settore riabilitativo.

Le analisi di caso: appunti metodologici²

Nell'ambito della realizzazione della prima indagine di ampiezza nazionale sulla professione del fisioterapista, e dopo l'attuazione di una survey dedicata a tale scopo, si è voluta spostare l'attenzione in questa Parte IV su specifici casi di studio, costituiti da servizi e organizzazioni riabilitative locali, che saranno oggetto di trattazione in queste pagine. Tale scelta non ha avuto evidentemente lo scopo di incrementare il carattere di rappresentatività dei risultati già raggiunti, ma ha inteso invece porsi come studio in profondità di alcuni ambienti caratterizzanti e significativi per la professione, nei quali tuttavia si sviluppano dinamiche relazionali ed ecologiche fra i vari attori impegnati sul campo, che, a vario titolo, contribuiscono a definire il significato della riabilitazione e la realizzano nel concreto.

La professione di fisioterapista non è un'entità astratta, così come non lo è ciò che chiamiamo “la riabilitazione”, ma si tratta semmai di un insieme di soggetti che *si definiscono e ridefiniscono* giorno dopo giorno, sul campo, a contatto con una molteplicità di altri attori sociali che si muovono in un determinato contesto contraddistinto dalla fruizione di spazi di un certo tipo, dall'uso di dispositivi e attrezzature particolari, dal rispetto di tempistiche specifiche. Per non parlare poi degli aspetti meno tangibili e meno visibili che contrassegnano l'agire quotidiano del professionista e contribuiscono alla definizione del significato stesso della riabilitazione. Stiamo parlando delle esperienze personali, certo, ma anche del portato storico e culturale del contesto più ampio in cui il fisioterapista ogni giorno si trova ad operare, quello stesso ambiente che ha giocato un ruolo di primo piano nella scelta di intraprendere la professione e continua a rappresentare la lente privilegiata attraverso cui guardare sé stessi, i pazienti, gli altri professionisti con cui si ha a che fare.

Riconoscere il carattere situato del lavoro del fisioterapista, e quindi l'importanza assunta dal contesto nel processo di produzione e riproduzione dell'immagine del fisioterapista e del significato della riabilitazione, significa tuttavia orientare lo sguardo ad aspetti che per essere colti richiedono il ricorso a metodologie e a strumenti di ricerca differenti rispetto a quelli utilizzati nella fase precedente dell'indagine. Il carattere localizzato del lavoro del fisioterapista, sia che questi si muova nella palestra di una borgata metropolitana o tra le unità operative di una grande struttura ospedaliera o in uno spogliatoio adiacente a un campo di calcio (solo per accennare alcuni banalissimi esempi), induce ad avvicinarsi al mondo della riabilitazione e dei suoi attori rilevandone il carattere altamente complesso. In questo senso l'individuazione di “casi” da indagare, vale a dire di luoghi specifici della riabilitazione incentrati sull'attività del fisioterapista,

² Il paragrafo è stato redatto da Enrico Marchetti.

consente di concentrare l'attenzione su situazioni delimitate, considerate alla stregua di veri e propri *mondi sociali* in cui tutti gli attori sono costantemente impegnati in attività disparate, che coinvolgono persone, ruoli, mansioni, artefatti materiali, rappresentazioni, visioni del mondo.

Seguendo questo filo conduttore, la quarta fase della ricerca ha posto prima di tutto la questione dell'identificazione dei *case studies* su cui focalizzare la ricerca. Questa selezione, avvenuta con il fondamentale apporto di un qualificato gruppo di consulenti, individuati con la collaborazione dei vertici dell'AIFI, ha rappresentato un momento particolarmente importante. Per l'individuazione di casi studio particolarmente significativi sono state preliminarmente tenute in considerazione diverse variabili tra cui: la collocazione geografica, il carattere pubblico piuttosto che privato del servizio, il tipo di attività riabilitativa, la tipologia dei pazienti, la numerosità dei professionisti coinvolti nei servizi di riabilitazione.

Alla fine si è scelto di procedere all'individuazione dei case studies con l'obiettivo di gettare uno sguardo sui servizi di riabilitazione afferenti a strutture sanitarie pubbliche, ritenendo questo ambito particolarmente significativo sia per l'elevata complessità dei trattamenti riabilitativi offerti, sia per la consistenza del bacino di professionisti che vi operano, sia per il particolare peso specifico assunto dalle istituzioni sanitarie nella definizione, anche formale e per l'appunto "istituzionale", del ruolo e degli indirizzi dei professionisti della riabilitazione.

In seconda battuta si è scelto poi di operare un'ulteriore differenziazione, cercando di puntare l'attenzione, da una parte, sui servizi contrassegnati da un'accentuata vocazione territoriale, dall'altra, sui servizi erogati da una struttura ospedaliera specialistica altamente complessa. Al termine di questo processo di selezione la scelta è caduta, nel primo caso, su un presidio dell'Azienda Sanitaria di Firenze, il Presidio "Canova" del quartiere "Isolotto", mentre nel secondo caso l'attenzione si è concentrata sul Policlinico Sant'Orsola-Malpighi di Bologna.

L'ingresso in ciascuna delle due strutture, lungi dall'essere stato immediato, ha richiesto circa cinque mesi (da dicembre 2011 a maggio 2012) di preparazione e l'impagabile sostegno dei rispettivi dirigenti responsabili dell'ambito riabilitativo, il cui costante supporto "di retrovia" ha semplificato il processo burocratico di avvallo all'indagine da parte dei vertici delle Aziende Sanitarie, onde garantire ai ricercatori un libero e funzionale accesso alle strutture per lo svolgimento delle attività di ricerca sul campo.

Il lavoro di preparazione all'accesso al campo è stato, a sua volta, accompagnato da un lavoro preparatorio propedeutico all'ingresso nelle strutture.

Innanzitutto si è provveduto alla realizzazione di un'adeguata analisi di sfondo, tesa a delineare un quadro conoscitivo sulle realtà con cui si sarebbe entrati in contatto di lì a poco. Ciò è avvenuto attraverso la raccolta di materiale documentario in grado di fornire informazioni di contesto (in particolare quelle relative all'organizzazione aziendale e all'organizzazione dei servizi di riabilitazione). Questo risultato è stato raggiunto sia attraverso un'approfondita ricognizione sui siti web istituzionali, sia grazie alle notizie e alle testimonianze portate dai referenti aziendali.

In secondo luogo, attraverso un attento lavoro progettuale, si sono individuati, da una parte, gli spazi e tempi su cui concentrare l'analisi e, contestualmente, si sono stabiliti gli strumenti metodologici più opportuni per la raccolta dei dati rilevanti. Si è optato per una osservazione partecipante o etnografica della durata di alcune settimane e concentrata nei tempi più significativi di funzionamento delle strutture. All'interno di tale osservazione d'ambiente, si optava per un particolare contatto con alcuni

fisioterapisti di riferimento, attraverso la metodologia dello “shadowing”. Tali metodi venivano integrati da una serie di interviste a testimoni privilegiati (registrate sul campo), alcuni scelti per la loro funzione, altri reperiti durante le osservazioni. Foto e materiale documentario dovevano completare la parte osservativa.

Un secondo strumento forte doveva essere costituito da una serie di focus nei quali dare voce, in modo differenziato: a) ai pazienti e familiari; b) agli infermieri, medici e altro personale; e infine c) ai fisioterapisti, differenziati per strutture di riferimento.

Subito dopo si è provveduto a predisporre tutto il materiale di supporto alla ricerca vera e propria: schede di osservazione, tracce d'intervista, strumenti di registrazione, e così via.

Una volta ottenute le necessarie autorizzazioni e concordati i tempi di accesso con i referenti delle rispettive strutture, la ricerca è entrata nella sua fase più viva con l'ingresso sul campo e lo svolgimento delle attività di indagine, condotte nel periodo da giugno a novembre del 2012³. Tali azioni sono state articolate in:

1. attività di osservazione partecipante;
2. attività di *shadowing*, condotta “seguendo come un'ombra” un fisioterapista nello svolgimento del suo lavoro quotidiano;
3. interviste individuali semistrutturate, rivolte sia ai fisioterapisti che ad altri attori (dirigenti, specialisti, infermieri, pazienti, familiari di pazienti);
4. focus group realizzati su gruppi di fisioterapisti, altri professionisti (infermieri, specialisti), familiari e pazienti.

Per quanto riguarda le interviste realizzate, nella seguente tab. A viene riportata la lista sintetica dei soggetti intervistati suddivisi per caso di afferenza (Azienda Sanitaria di Firenze o Policlinico Sant'Orsola – Malpighi di Bologna) e per ruolo.

Tab. A - Riepilogo delle interviste individuali

	Ruolo
Presidio “Canova” - Azienda Sanitaria di Firenze	- 5 fisioterapisti (tra cui un coordinatore) - 2 logopedisti - 1 specialista - 1 dirigente (direttore U.O.) - 2 pazienti (in un caso con familiare)
Policlinico Sant'Orsola Malpighi di Bologna	- 4 fisioterapisti (tra cui un coordinatore) - 1 logopedista - 1 coordinatore infermieri - 1 case manager - 1 infermiere - 1 specialista - 1 paziente - 1 familiare

Le interviste realizzate sono state in seguito trascritte integralmente per essere poi analizzate anche con il supporto di appositi software CAQDAS (Atlas.Ti) e hanno

³ L'attività sul campo vera e propria, in cui sono state condotte sia l'osservazione che le interviste individuali, ha interessato il mese di giugno per il caso di Firenze e quello di luglio per il caso di Bologna. I focus group sono stati organizzati e realizzati nel periodo autunnale, da settembre a novembre.

fornito il materiale cognitivo necessario per la predisposizione delle tracce d'intervista da utilizzare nei focus. Per questa ragione le interviste di gruppo sono state realizzate a qualche mese di distanza. Anche in questo caso si è cercato di sviluppare incontri in grado di mettere attorno a un tavolo soggetti caratterizzati da criteri di omogeneità ma capaci di esprimere, considerati nei rispettivi insiemi, punti di vista da mettere a confronto (tab. B).

Tab. B - Riepilogo dei focus group realizzati

Presidio "Canova" - Azienda Sanitaria di Firenze

- 1 focus con fisioterapisti
- 1 focus con pazienti e familiari
- 1 focus con altri attori (educatori, specialisti, assistenti sociali, ecc.)

Policlinico Sant'Orsola Malpighi di Bologna

- 1 focus con fisioterapisti di area Malpighi
- 1 focus con fisioterapisti di area Sant'Orsola
- 1 focus con pazienti e familiari
- 1 focus con altri attori (specialisti, infermieri)

Nel complesso si può dire che il programma di ricerca si è svolto integralmente, pur con qualche adattamento a situazioni impreviste (ferie, assenze, mutamenti organizzativi, blocchi tecnici, ecc.) che tuttavia, come nei classici protocolli etnografici, entrano a far parte dell'analisi come rivelatori di un tessuto sottostante che si mette in moto.

In termini di resoconto il presente Rapporto si divide in due parti, ciascuna dedicata a uno dei due casi studio scelti per l'analisi. A sua volta, ogni caso viene descritto utilizzando i risultati della parte osservativa (comprendente lo shadowing e le interviste sul campo), raccolti nella Sezione A, e l'insieme delle valutazioni culturali e contestuali emergenti dalle interviste collettive, il cui resoconto ragionato è presentato nella Sezione B.

Le note conclusive, contenenti anche delle mappe logiche ragionate, danno conto dei principali risultati comparativi dell'analisi.

PARTE I

Studio di caso del Presidio “Canova” dell'AUSL di Firenze

SEZIONE A – RISULTATI OSSERVATIVI⁴

1. Il Presidio ASL “Canova” di Firenze

L'Azienda Sanitaria Locale di Firenze eroga i propri servizi nel capoluogo toscano attraverso un'organizzazione che copre tutti e cinque i quartieri in cui si articola l'amministrazione della città. In tal senso il Presidio “Canova”, che abbiamo preso in esame come *case study*, rappresenta il principale punto di riferimento socio-sanitario del Quartiere 4 di Firenze, quello collocato a sud-ovest e definito anche quartiere *Isolotto-Legnaia*. È importante peraltro sottolineare come questo reciproco richiamo tra piano amministrativo e sistema sanitario locale abbia assunto dal luglio 2004 un carattere formale, oltre che sostanziale, attraverso la realizzazione di un apposito consorzio pubblico tra Comune e ASL di Firenze, denominato *Società della Salute*. Tale consorzio nasce con l'obiettivo dichiarato di «migliorare la salute e il benessere della popolazione, con particolare attenzione alle fasce più deboli, attraverso la programmazione di attività integrate tra il sistema sanitario e gli altri settori del governo sul territorio» rinvenendo la necessità di tale organismo nella «introduzione di un nuovo concetto che segna la differenza tra "sanità" e "salute" [...]» laddove la salute viene «intesa come benessere fisico, psichico e sociale, non si può ottenere che con una visione complessiva dei servizi rivolti al cittadino poiché si realizza anche attraverso canali non prettamente sanitari, ma anzi – e forse in maniera preponderante – dipende da fattori legati al contesto socio economico, ambientale e culturale in cui le persone vivono»⁵.

Questa premessa consente di comprendere la contemporanea presenza, all'interno dei principali presidi sanitari fiorentini, di una molteplicità di servizi che abbracciano l'ambito sociale e amministrativo. In tal senso il “Canova” non fa eccezione e al suo interno sono rinvenibili i seguenti servizi e attività:

- CUP
- Anagrafe
- Accettazione domande invalidità civile
- Ambulatori specialistici:
 - Geriatria
 - Fisiatria
 - Prelievi ambulatoriali e domiciliari
- Vaccinazioni adulti
- Servizio infermieristico domiciliare e ambulatoriale
- Consultorio ostetrico ginecologico
- Corso preparazione nascita
- Consultorio pediatrico
- Consultorio materno infantile ROM
- Logopedia adulti e infanzia
- Riabilitazione ambulatoriale e domiciliare
- Ambulatorio salute mentale infanzia e adolescenza⁶

⁴ Le osservazioni sul campo e l'analisi dei risultati osservativi (Sezione A) sono di Enrico Marchetti.

⁵ http://www.sds.firenze.it/sds_firenze/chi_siamo/index.html

⁶ Fonte: http://www.sds.firenze.it/export/sites/default/materiali/Mappatura_strutture_socio_sanitarie/presidi1.pdf

Da un punto di vista logistico e architettonico, il Presidio è situato in un'area urbana recentemente riqualificata e in una zona ad alta densità abitativa. La struttura (Fig.1) si presenta come un edificio a più piani risalente agli anni '90, la cui forma richiama alla mente l'idea di una fortezza a sezione quadrata, con piani rialzati in corrispondenza dei quattro angoli perimetrali. Il richiamo alle costruzioni medievali è avvalorato dalla presenza di una sorta di chiostro interno, sempre di sezione quadrata, visibile non appena entrati nell'edificio.

Fig. 1 – Presidio “Canova” – Firenze



2. L'Unità Operativa di Riabilitazione Funzionale

Da un punto di vista organizzativo, i servizi di riabilitazione offerti dall'Unità Operativa della Struttura “Canova” sono il risultato dell'azione di un gruppo eterogeneo di professionalità che trovano nei fisioterapisti la categoria numericamente più consistente, con otto professionisti della riabilitazione, a cui si affiancano tre logopedisti e tre educatori. L'Unità, che risponde funzionalmente al Direttore U.O. Funzionale Zona Firenze, può inoltre contare sul contatto con medici specialisti presenti nella struttura, tra cui un neuropsichiatra infantile, un geriatra e, una volta alla settimana, un fisiatra.

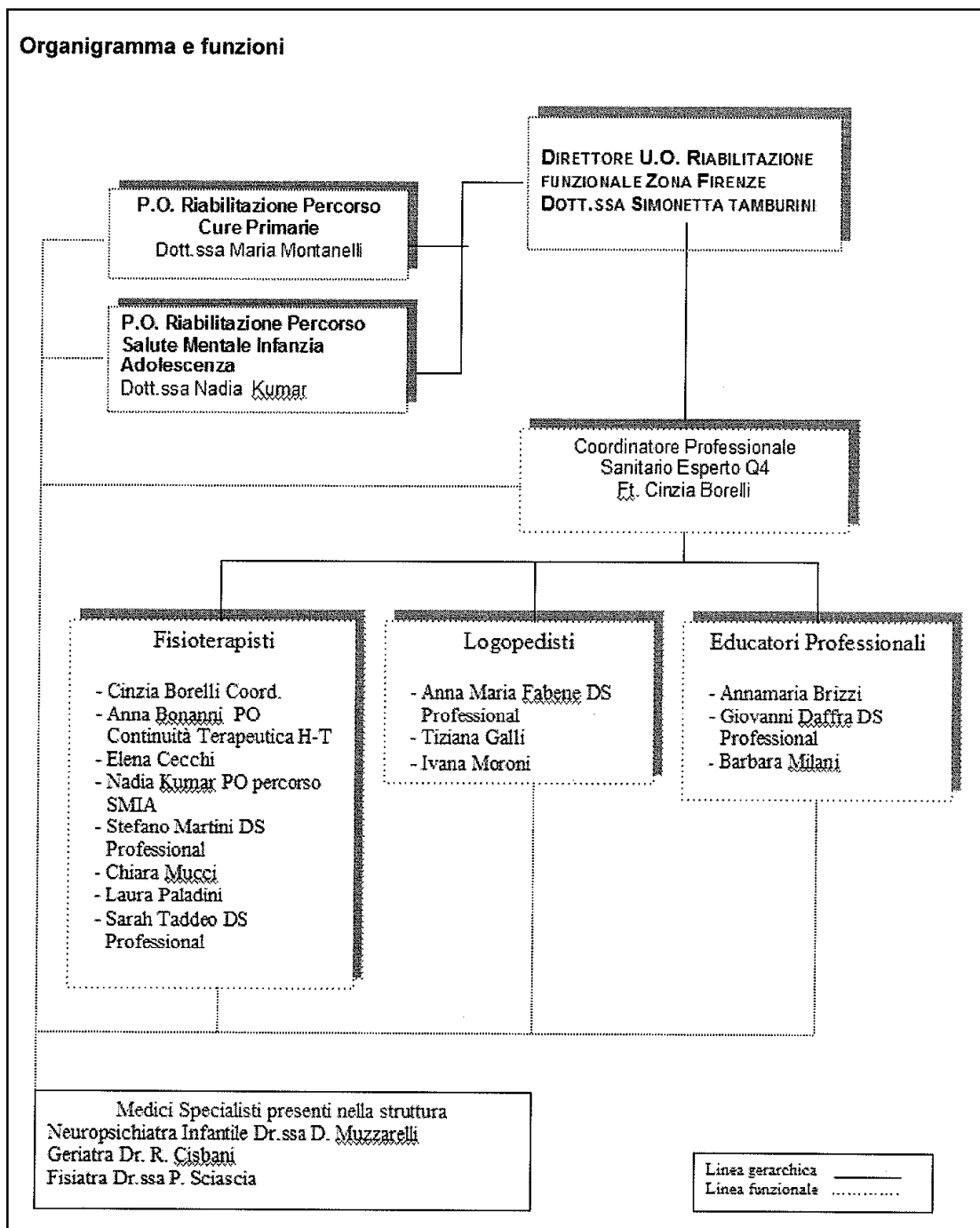
L'attività di riabilitazione si distribuisce tra il presidio e il domicilio degli assistiti, laddove si tratti di pazienti contraddistinti da particolari situazioni che ne rendono difficoltoso lo spostamento. La gran parte dell'attività si svolge comunque presso il “Canova”, potendo contare su due palestre attrezzate rivolte alla platea di pazienti adulti, a cui si aggiunge un locale per attività rivolte ai bambini. Sebbene tutti i fisioterapisti svolgano il proprio lavoro a contatto diretto con i pazienti, nell'organizzazione del servizio alcuni professionisti svolgono anche altre funzioni

specifiche tra cui spiccano:

- quella di coordinamento;
- quella di gestione della continuità terapeutica Ospedale-Territorio (che implica un lavoro di relazione e interconnessione con le strutture ospedaliere);
- quella di gestione dei percorsi S.M.I.A. (Salute Mentale Infanzia Adolescenza)
- quella di responsabile del tutoraggio rivolto agli studenti, ecc.

Le principali tra tali funzioni figurano nello stesso organigramma funzionale (Fig.2).

Fig. 2 – Organigramma e funzioni U.O. Riabilitazione Funzionale Presidio “Canova” - Firenze



Come si evince distintamente dall'organigramma, i fisioterapisti in ruolo sono otto⁷, con una netta caratterizzazione di genere (sette sono donne). Per quanto riguarda la distribuzione anagrafica, sei professionisti hanno più di quarant'anni e di questi ben quattro lavorano insieme da oltre venti anni all'interno del Servizio.

⁷ Durante il periodo trascorso nel presidio una fisioterapista era assente per maternità.

3. Gli spazi e i percorsi del Presidio

La saletta

Da un punto di vista logistico, il personale dell'U.O. è distribuito lungo un'intera ala del primo piano del presidio (Fig. 3). Quest'area rappresenta la base operativa di tutto il personale afferente alla U.O. Riabilitazione Funzionale. Fanno eccezione gli specialisti: il neuropsichiatra infantile, il geriatra e il fisiatra sono dotati di un ambulatorio per le visite dislocato in un'altra parte dell'edificio, anche se le prime due figure, cioè il geriatra e il neuropsichiatra, spesso passano dall'U.O. per condividere informazioni su qualche paziente ovvero per un saluto ai colleghi. È inoltre importante precisare come l'attività svolta sul territorio faccia sì che raramente gli operatori – fisioterapisti, logopedisti ed educatori – siano tutti *contemporaneamente* presenti nella struttura.



Fig. 3 - Area occupata dalla U.O. Riabilitazione Funzionale Presidio "Canova" - Firenze

I professionisti della riabilitazione condividono uno spazio (contrassegnato con la lettera "A" nella Fig. 3) che rivela immediatamente il proprio fondamentale ruolo "strategico". Sebbene l'appellativo assegnato a questo luogo dagli operatori, la *saletta*, sembri voler indicare un semplice punto di ritrovo, questo ambiente rappresenta in realtà uno snodo cruciale di tutta l'U.O. (e dei fisioterapisti in particolare, che la chiamano anche "la stanza nostra", che non ha smesso di manifestare la sua centralità durante tutto il periodo di osservazione. Si tratta di una stanza di modeste dimensioni, un tempo designata a una funzione ambulatoriale, assolutamente inadeguata a contenere più di quattro o cinque persone contemporaneamente (Fig. 4).



Fig. 4 – la saletta degli operatori della U.O. Riabilitazione Funzionale

Ogni mattina la saletta rappresenta la prima meta degli addetti dell'Unità. Dal suo interno si può accedere a una toilette (B) e a un vano che si presta a un utilizzo vario: come spogliatoio (C), come ripostiglio, come archivio, come rimessa in cui lasciare effetti personali e paccottiglia varia.

Il passaggio dalla saletta rappresenta il momento di preparazione all'inizio della giornata di lavoro, e questo non solo per la vestizione ma anche e soprattutto per la realizzazione di una prima relazione con i colleghi e per un confronto-condivisione sul lavoro della giornata. La saletta assume in questo modo il ruolo di snodo logistico centrale per l'operatività dell'Unità stessa: appena entrati, gli operatori si lasciano andare a saluti, convenevoli e a qualche pettegolezzo affabulatorio a cui fanno rapidamente seguito i temi del lavoro. L'attività inizia tra le 8:00 e le 8:30, ma non sempre gli operatori arrivano tutti nel medesimo arco temporale: alcuni sono impegnati fuori sede, chi al domicilio di un paziente, chi in un incontro con altri operatori o attori all'esterno della struttura, per esempio per riunioni di team con referenti di altre strutture socio-sanitarie o educative. La saletta non è in realtà frequentata solo dai fisioterapisti ma anche dagli altri operatori (logopedisti ed educatori in primis), anche perché essa rappresenta il luogo in cui sono collocati i supporti utilizzati per la comunicazione e la condivisione delle informazioni sulle attività: la bacheca con l'indicazione delle ferie, dei permessi, delle presenze o delle assenze previste; la lavagna utilizzata a mò di agenda e in cui sono segnati gli impegni dei diversi operatori; la bacheca con le comunicazioni e le circolari dell'azienda; altri messaggi e annotazioni "di servizio".

Oltre a tutto questo, è inoltre importante segnalare come la medesima saletta si contraddistingua per la presenza, oltre che di un telefono e di un fax, anche di un set di dispositivi informatici (PC con connessione a internet e stampante) prevalentemente utilizzati per le attività amministrative e burocratiche, in primo luogo quelle di rendicontazione inerenti alle presenze, alle ferie, eccetera. Questa attività di rendicontazione è svolta in modo prevalente dalla figura del coordinatore, a cui è riconosciuto il ruolo di referente per la gestione e la rendicontazione di tutta l'unità operativa e di tutto il personale che vi opera, ivi inclusi i logopedisti e gli educatori. È in effetti consuetudine osservare come proprio il coordinatore dedichi spesso la prima ora della mattina ad armeggiare con il software gestionale aziendale, impegnato in un'attività di data entry che comporta la trascrizione nel gestionale dei dati contenuti sui fogli presenza cartacei redatti dagli operatori. In questa fase viene effettuata la verifica di orari e presenze, spesso manifestando chiaramente la fatica di "far tornare i conti". I motivi di questa difficoltà sembrano derivare, da un lato, dall'inefficienza del sistema informativo, che manifesta problemi di malfunzionamento congeniti e ripetuti⁸; dall'altro, invece, emerge come i fogli presenze cartacei, compilati dai singoli operatori e i cui dati richiedono di essere trascritti proprio dal coordinatore, contengono talvolta inesattezze o omissioni nella compilazione. In questi casi tutt'altro che rari, il coordinatore condivide il problema con il professionista, spesso facendosi affiancare nella compilazione delle maschere d'inserimento dei dati a schermo.

Nella saletta trova la sua collocazione anche un piccolo frigorifero in cui i

⁸ Il tema del malfunzionamento del sistema informativo è un leitmotiv costante che emerge con forza quando si osserva l'interazione del coordinatore, e talvolta anche degli altri professionisti, con il sistema gestionale aziendale. Sbuffi, lamentele continue che si accompagnano durante l'uso dell'interfaccia, prima, durante e dopo l'imputazione dei dati, alla richiesta di riepiloghi, ecc. D'altro canto le critiche al funzionamento del sistema informatico rappresentano al contempo uno dei temi ricorrenti degli scambi verbali tra gli operatori, con toni variabili che vanno da una generica invocazione alla pazienza (da parte del coordinatore) fino all'aperta denigrazione e a una controllata ostilità.

fisioterapisti collocano talvolta il proprio pasto preparato a casa. C'è peraltro da dire che l'usanza di consumare il pasto in saletta, pur se non rara, è controbilanciata dall'altrettanto frequente consuetudine di recarsi in un piccolo bar all'esterno della struttura, dove è possibile consumare un pasto caldo a buon prezzo.

È peraltro degno di nota che il venerdì solitamente tutti i fisioterapisti, e talvolta anche altri operatori, si diano appuntamento proprio nella saletta, dalle 13:00 alle 14:00, con lo scopo realizzare una riunione operativa in cui discutere di questioni inerenti il lavoro, condividere informazioni su casi e via dicendo. Nei casi osservati, per esempio, i temi all'ordine del giorno hanno riguardato ora lo stato di salute e la situazione familiare di un giovanissimo paziente, ora il tema dei rapporti con altri enti (gli ospedali Careggi e il Meyer), ora il tema dei problemi di gestione dei flussi di informazione e della chiusura delle cartelle attraverso il software aziendale, ora il tema della valutazione del servizio da parte di operatori e utenti. In genere, alla fine di queste riunioni vi è spazio per la gestione di occasioni d'incontro da organizzare all'esterno: celebrazioni di colleghi o eventi particolari, organizzazione di cene, ecc.

In sintesi la saletta (A) rappresenta a tutti gli effetti un luogo eletto collettivamente a svolgere molteplici funzioni:

- luogo di **gestione amministrativo-burocratica** (la rendicontazione dei tempi di lavoro, delle ferie, dei permessi, ecc.);
- luogo di **servizio** (spogliatoio, refettorio, archivio, biblioteca, ma anche luogo privilegiato per l'uso di computer, stampante, fax o telefono per lo svolgimento di attività di servizio da parte degli operatori);
- luogo deputato al **coordinamento operativo del gruppo** grazie:
 - al *dispiego di dispositivi di comunicazione*: la bacheca e la lavagna con i turni, gli impegni, le ferie, le circolari aziendali, messaggi che ricordano cose da fare o regole da seguire, ecc.;
 - all'*interazione faccia a faccia tra gli operatori* per discutere di casi specifici riguardanti i pazienti o la relazione con altri attori (istituzionali e non), per organizzare la distribuzione del lavoro, per dirimere dispute. Queste interazioni si sviluppando in forma variabile, ora diadica, ora di piccolo gruppo, fino alla riunione settimanale di team;
- luogo di **coltivazione della relazione**: i professionisti condividono notizie personali, si lasciano andare a pettegolezzi, discutono di interessi e hobbies, si scambiano regali, festeggiano ricorrenze.

Il corridoio altro-da-sé: da spazio di transito a reception e sala d'attesa

Da un punto di vista logistico, l'U.O. si struttura per stanze consecutive collocate sul medesimo lato di un corridoio largo un paio di metri (D). La presenza di elementi di arredo piuttosto modesti, unitamente a una tinteggiatura datata su intonaci e pareti in cui non mancano copiose crepe e segni di assestamento, conferiscono una vaga idea di trascuratezza sostanzialmente dissonante con le caratteristiche architettoniche dell'edificio⁹. Lungo il tragitto che separa la saletta dalle palestre, due porte trasversali tagliano la zona di transito consentendo la creazione di una piccola stanza in cui trovano

⁹ Diversamente da quanto fatto per la saletta, per le restanti parti dell'U.O. non è stato possibile produrre materiale fotografico a supporto della descrizione in quanto è stato manifestato un esplicito diniego alla realizzazione di riprese in tal senso.

posto una modesta scrivania con sedia e un telefono. Si tratta di una zona destinata alle attività di front office con il pubblico, principalmente per il lavoro di prenotazione e di reception, occupazione che viene svolta a turno dai fisioterapisti, in orari e giorni prefissati di cui è data informazione con cartelli e foglietti fotocopiati in proprio (Fig. 5). Di fatto questa occupazione, benché sia gestita in totale accordo e condivisione dai fisioterapisti, rappresenta un momento non privo di qualche problema. I professionisti che si alternano alla postazione, specialmente i veterani, non mancano di esternare il loro disappunto per il fatto di doversi occupare di un lavoro che fino a qualche anno fa era svolto da una persona appositamente deputata anche alla gestione delle prenotazioni e delle relazioni con il pubblico. Ma la motivazione del disappunto non deriva dal lavoro in sé quanto dalla percezione, che si tratti di *un altro compito* amministrativo-burocratico caricato sulle spalle del fisioterapista, che va a sommarsi al lavoro sul paziente e che intacca l'identità professionale del fisioterapista stesso. Per evitare di incidere sull'attività terapeutica rivolta ai pazienti, inoltre, l'orario di front-office viene collocato in parti della giornata meno impegnative, tipicamente all'ora di pranzo, togliendo però al professionista “di turno” la possibilità di avere un momento di stacco e riposo.

PRENOTAZIONE	
LUNEDÌ	ORE 8,00 - 9,00
MARTEDÌ	ORE 13,00 - 14,00
GIOVEDÌ	ORE 13,00 - 14,00
REABILITAZIONE	
LUNEDÌ	ORE 13,00 - 14,00
TEL. 073 1-285475 6935415	

Fig. 5 – Memo di riepilogo per gli utenti, con gli orari del servizio di front office

L'osservazione di ciò che avviene in questa fase permette di cogliere dal vivo alcuni aspetti che, pur con enfasi e modi diversi, emergono anche dalle interviste.

Innanzitutto la gestione dell'attività di front-office avviene sia telefonicamente che vis-à-vis. Quest'ultimo caso è contraddistinto dalla sostanziale assenza di lunghe code di individui. Le persone che si presentano sono il più delle volte i familiari dei pazienti piuttosto che i pazienti stessi (specie nel caso in cui si parli di pazienti anziani o bambini) e in genere manifestano un fondamentale bisogno di informazioni che vengono puntualmente e pazientemente dispensate dai fisioterapisti, talvolta in modo ripetuto (tecnica del disco rotto).

Uno dei problemi che emergono con una certa frequenza, sottolineati da messaggi di manifesto disappunto che emergono non appena il cittadino se n'è andato, è rappresentato dall'errata compilazione della prescrizione da parte del medico (errore nella codifica della prestazione o eccessiva genericità della descrizione sono i due fattori più ricorrenti).

Il front-office telefonico, rispetto a quello faccia a faccia, presenta invece talvolta maggiori problemi di chiarezza e la pazienza dell'addetto appare messa a più dura prova quando l'interlocutore è anziano o manifesta problemi di comprensione: diventa più difficoltoso chiarire l'oggetto della richiesta o spiegare i passi da compiere per ottenere accesso al servizio, rendendo evidente il ricorso ad un maggiore autocontrollo durante la conversazione.

Il magazzino dei sussidi

L'Unità Operativa fornisce anche ausili tecnici e attrezzature ad alcuni pazienti che ne manifestino una temporanea necessità (carrozze e altri dispositivi). Tali attrezzature vengono sostanzialmente date in prestito per un certo periodo al paziente o alla famiglia, che nel frattempo – se si prevede che il periodo di bisogno si prolungherà – può istruire le pratiche per farne richiesta ai Servizi. La gestione di questi dispositivi non è priva di criticità. Per prima cosa vi è l'aspetto della loro collocazione: data la carenza di spazio, gli ausili sono collocati stabilmente in un bagno e in un antibagno (H) accessibile dal corridoio e trasformato in magazzino. Le dimensioni della stanza sono tali da rendere non sempre agevole “estrarre” l'attrezzatura desiderata, aspetto quest'ultimo che genera talvolta dei temporanei malumori tra il personale. In secondo luogo capita spesso, per esempio, che di fronte alla necessità di fornire a un paziente un certo dispositivo, e nello stesso tempo dover garantire il trattamento del paziente successivo entro i tempi previsti, un fisioterapista si rechi in magazzino e fornisca sul momento l'attrezzatura cercata per poi descriverne l'utilizzo al caregiver, relegando a un secondo momento la segnalazione della consegna di quella stessa attrezzatura su un apposito registro. In questo modo può pertanto capitare che un sussidio venga ceduto temporaneamente a qualcuno senza che ne venga lasciata traccia, fino al momento in cui il paziente o il familiare non decida di restituirlo. Questo aspetto genera talvolta una serie di discussioni, anche nelle riunioni di team settimanali, che riguarda l'opportunità di effettuare una puntuale gestione del magazzino, attività che viene tuttavia recepita come amministrativa e percepita come esulante dalle mansioni del fisioterapista stesso. Da qui la sostanziale difficoltà di dare alla questione una soluzione definitiva in quanto vi è molta ritrosia ad occuparsene da parte dei professionisti.

Gli spazi dedicati alla riabilitazione

a) Le palestre per gli adulti

Gran parte della terapia riabilitativa, quando non viene erogata al domicilio del paziente, viene svolta all'interno delle palestre (fig.2, spazi E ed F), che sono raggiungibili direttamente dal corridoio. Tali ambienti, dotati delle medesime caratteristiche estetiche della saletta e del corridoio, sono spaziosi e luminosi. Vi sono, variamente distribuite, numerose attrezzature: letti, spalliere, pedane e piani d'appoggio mobili, cyclette, sbarre e via dicendo. Un intero lato della palestra è occupato da armadi e scaffali, contenenti altri attrezzi, a cui sono appesi fogli, locandine e cartelli che riportano indicazioni e informazioni di frequente consultazione¹⁰. Salta agli occhi l'assenza di un impianto di climatizzazione centralizzato, evidentemente non previsto in fase di realizzazione della struttura e a cui si cerca di sopperire con dei climatizzatori portatili.

Le porte delle palestre sono pressoché stabilmente aperte, in particolare quella della palestra più grande (E). Solo in casi particolari, cioè quando le caratteristiche della persona in cura o la natura dell'attività da svolgere lo richieda, il paziente viene fatto

¹⁰ Nel caso osservato si segnalano fogli e cartelli, in alcuni casi redatti a mano, in altri redatto col computer, contenenti: indicazioni su come pagare il ticket; informazioni riguardanti la restituzione di ausili e attrezzature eventualmente fornite ai pazienti, con tanto di segnalazione delle persone da contattare, con tanto di numero telefonico; una busta appesa a mo' di contenitore, destinata a raccogliere i fogli-firma del mese. Si segnala infine la presenza di altri fogli appesi agli armadi e riportanti l'elenco dei sussidi e delle attrezzature ivi contenute,

accomodare nella palestra più piccola (F) e la porta viene chiusa¹¹. Una volta giunti in prossimità delle palestre, accade frequentemente che i pazienti o i familiari si affaccino sulla soglia di ingresso e salutino il fisioterapista, che ricambia sempre con calore e li invita, a seconda dei casi, a entrare per iniziare gli esercizi o ad accomodarsi fuori in attesa che un precedente paziente abbia terminato l'attività. La sala d'attesa è rappresentata dal corridoio, lungo il quale sono disposte una decina di sedie di vario materiale e fattura, alcune di plastica e altre di legno.

Il grado di affollamento della palestra è estremamente variabile. La mattina rappresenta tipicamente il momento della giornata in cui le attività sono più concentrate e il lavoro è più concitato, mentre nel pomeriggio si palesa una maggiore tranquillità e vi sono meno pazienti. Durante la mattinata, a seconda dei momenti, nella palestra più grande operano anche tre o quattro operatori, ciascuno su un paziente e in alcuni casi siamo arrivati a contare la presenza di 11 persone, tra fisioterapisti, pazienti, parenti e tirocinanti.

Ogni fisioterapista segue un solo paziente per volta. Si tratta di un'attività estremamente complessa, il cui esplicarsi prevede un ricorso sistematico a modalità di relazione incentrate su un costante ascolto del paziente e, più in generale, sul dispiegamento di una forte competenza relazionale. Non viene mai utilizzato, per esempio, un unico registro comunicativo precostituito ma ne viene selezionato e coltivato uno specifico per ciascun paziente e per i relativi familiari. Questo fa sì che con alcuni pazienti e familiari ci si dia del "tu" (la maggioranza dei casi), mentre con qualcun altro no; con alcuni si scherza maggiormente, ma sempre con modalità differenti adeguate all'età del paziente stesso; con ciascuno si utilizza un certo registro linguistico, che spazia dall'italiano al vernacolare; ogni paziente viene gestito con una comunicazione non verbale differente (in particolare per quello che riguarda la postura, la prossemica, le varianti tattili).

b) La stanza dedicata ai piccoli e il lavoro del fisioterapista con i bambini

Una parte importante del lavoro degli operatori dell'U.O., e quindi anche dei fisioterapisti, è rappresentata dalle attività rivolte ai bambini. A tale riguardo occorre premettere che tali attività sui pazienti più piccoli sono svolte prevalentemente da alcuni fisioterapisti mentre altri hanno manifestato una sorta di preferenza per pazienti adulti e anziani. L'attività rivolta ai bambini viene svolta all'interno di una stanza (G) appositamente predisposta: a parte la presenza di un tavolo e di una sedia di legno, dislocate su un lato, la parte restante dello spazio si connota per il gran numero di giocattoli e suppellettili (seggiolini, tavolini, puff, ecc.) espressamente rivolti ai piccini e collocati su scaffali, in cesti, distribuiti nel locale. Si tratta di uno spazio che appare contrassegnato da un'accentuata presenza di colore e di luce, debitamente insonorizzato e "distanziato" dalla palestra per gli adulti e dalla zona del corridoio dedicata a svolgere la funzione di sala d'attesa¹². Le sue dimensioni, che sembrano piuttosto ridotte in virtù

¹¹ Ci si riferisce, per esempio, alle situazioni in cui un paziente debba svolgere un'attività che ne preveda la svestizione. In altri casi, data l'età o il tipo di esercizi svolti dal paziente, la decisione di chiudere la porta appare evidentemente motivata dalla preoccupazione di proteggere la privacy durante attività che comportano l'assunzione di pose che si potrebbero altrimenti definire pubblicamente "sconvenienti".

¹² Per queste ragioni i fisioterapisti sono soliti descrivere in più occasioni come la stanza per i bambini rappresenti una "zona protetta", al riparo dagli sguardi o dalla confusione.

della sovrabbondanza di balocchi, sono in realtà apparse adeguate ad accogliere il bambino e il familiare, garantendo quel grado di distanza capace di trasmettere calore e intimità al bambino e ai genitori o familiari. Nel contempo, la collocazione della stanza rispetto al corridoio e alle palestre degli adulti ne fanno un luogo “protetto”, in cui non si percepiscono rumori o voci di persone diverse da quelle presenti nella stanza stessa. Questo aspetto conferisce al bambino e ai parenti una tranquillità ben percepibile durante l'osservazione. Tutte queste caratteristiche accompagnano e supportano perfettamente il fisioterapista nello svolgimento della sua attività che, in questo caso, appare da subito fortemente incentrata sul coinvolgimento dei parenti (in genere i genitori o, in un caso osservato, i nonni). I pazienti, che hanno tipicamente un'età compresa tra pochi mesi e qualche anno, vengono fatti entrare coi genitori, che a volte li portano in braccio, a volte con la carrozzina, altre li fanno entrare a piedi. Il clima che si respira è estremamente disteso e sereno, si potrebbe dire familiare: il fisioterapista accoglie il bimbo con sorrisi e frasi dolci, intonazioni della voce ospitali, carezze. Ogni azione ha al centro il bambino, che viene stimolato con giochi o azioni di tipo diverso per valutarne la reazione e l'attenzione¹³. Nel fare questo, il fisioterapista si pone frontalmente rispetto al bambino, sedendosi su una piccola sedia oppure direttamente per terra e accompagnando ogni azione con la comunicazione verbale rivolgendosi al bimbo domande, sottoponendogli storielle, esprimendo ad alta voce le proprie riflessioni. Senza distogliere l'attenzione dal piccolo, e soprattutto nelle fasi iniziali della seduta, il professionista – pur senza distogliere l'attenzione dal fanciullo – dialoga i familiari presenti chiedendo informazioni di vario genere riguardo al figlio, sull'esito di una visita medica, sulla gestione della quotidianità (come va a casa, come va all'asilo, come sono andate le festività, si parla di vacanze e di come risolvere eventuali problemi organizzativi). D'altro canto i familiari vengono stimolati a raccontare il loro vissuto quotidiano *in relazione* al bambino: cosa fanno con lui durante la giornata, dove sono andati durante il fine settimana e via dicendo. La sintonia e il legame con il fisioterapista giungono a manifestarsi in modo chiaro: si scherza, si disquisisce allegramente su qualche aneddoto divertente che riguarda il vissuto del bambino, si condividono le fotografie della festa di compleanno.

Oltre al fisioterapista, al paziente e ai genitori, talvolta partecipa alle sedute anche qualche tirocinante afferente al corso di laurea triennale in “Terapia della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva”. In queste situazioni, gli studenti hanno un ruolo pressoché esclusivamente osservativo e si collocano dietro la fisioterapista o intorno alla cerchia determinata dalla triade fisioterapista-bambino-genitore, non senza qualche difficoltà dovuta alle dimensioni ridotte della stanza.

4. La casa come luogo di cura: il fisioterapista al domicilio dei pazienti

Oltre che in palestra, una parte importante del lavoro del fisioterapista si svolge presso il domicilio del paziente. Ogni giorno alcuni professionisti si “staccano” dalla palestra per recarsi a casa di alcuni pazienti. Si tratta per lo più di persone anziane le cui problematiche sanitarie e deambulatorie non rendono possibile lo spostamento del diretto interessato. Tra i fisioterapisti, specie tra quelli con più anni di anzianità, questo

¹³ Non va dimenticato che i pazienti in questo caso sono prevalentemente bambini portatori di problematiche complesse che attengono al più generale sviluppo psicomotorio e per questa ragione rappresentano casi seguiti da un'equipe di cui il fisioterapista è parte attiva e integrante, insieme al neuropsichiatra infantile e al logopedista oltre ad altri eventuali attori.

servizio “a domicilio” viene presentato come “il nostro fiore all'occhiello”, assumendo i contorni di un elemento di forte identificazione con un modello socio-sanitario orientato al territorio e rispetto al quale viene continuamente manifestata la propria vocazione.

In genere l'attività domiciliare si svolge nel quartiere di riferimento dell'Unità Operativa. Talvolta l'abitazione del paziente è facilmente raggiungibile a piedi, mentre in altri casi, ovvero qualora le condizioni meteorologiche siano proibitive, gli spostamenti avvengono con un mezzo di trasporto. La questione dei mezzi di trasporto rappresenta un tema fortemente dibattuto ogni qualvolta vi sia la necessità di spostarsi. Tra sbuffi, battute sarcastiche e manifestazioni di disagio variamente connotate, vengono costantemente portate a galla problematiche connesse all'utilizzo dei mezzi di trasporto utilizzabili. Premesso che gli operatori del Canova, di *tutto* il presidio, possono contare su un parco veicoli ospitato nel seminterrato dell'edificio e destinato agli spostamenti di lavoro, di fronte alla necessità di raggiungere il domicilio di un paziente il fisioterapista raccoglie prima di tutto informazioni sulla disponibilità delle vetture di servizio, ne parla con i colleghi o si rivolge agli operatori del presidio che fanno un più massiccio ricorso ai mezzi. Generalmente si è potuto osservare quanto la disponibilità dei veicoli aziendali sia minore nelle prime ore della mattina, in quanto maggiormente utilizzati da infermieri e addetti dei servizi sociali. Riguardo al tema dei mezzi di trasporto, uno dei disagi principali manifestati riguarda la presenza di alcune auto elettriche di cui *tutti* cercano di evitare l'utilizzo richiamandone l'inefficienza, l'inaffidabilità¹⁴ e, da ultimo, la scomodità, aspetti che sembrano innescare in tutto il plesso una sorta di “gara” per accaparrarsi i restanti veicoli dotati di motore a combustione¹⁵. Sempre che le condizioni di necessità non spingano il fisioterapista a ricorrere al proprio mezzo, l'unica alternativa al ricorso a un veicolo di servizio è rappresentato dall'uso dei mezzi pubblici, ma anche in questi casi il professionista non lesina critiche al sistema di rendicontazione dell'Azienda, che renderebbe tanto artificiosa la richiesta dei rimborsi da spingere molto spesso gli addetti a pagarsi i trasporti di tasca propria (per esempio i biglietti dell'autobus) senza darne comunicazione all'organizzazione.

Nei casi osservati, così come dai resoconti dei professionisti, emerge chiaramente come l'attività del fisioterapista presso il domicilio dei pazienti assuma dei connotati abbastanza caratteristici rispetto a quanto avviene in palestra. Innanzi tutto, gli scopi del percorso domiciliare, pur mantenendo un contenuto terapeutico indirizzato al paziente, appaiono maggiormente improntati a fornire un sollievo e un'educazione ai caregiver. Questo aspetto appare evidente non appena si varchi la soglia d'ingresso del domicilio: il paziente è in misura preponderante una persona anziana¹⁶ che vive con i parenti più stretti (il coniuge e/o i figli), spesso coadiuvati da una badante che, a sua volta, è sovente di origini non italiane. Il fisioterapista viene accolto sempre con grande partecipazione emotiva, i rapporti si manifestano buoni e cordiali, spesso molto informali e conviviali: ci si dà del tu, si saluta col “ciao”, ci si chiama per nome, ci si scambia impressioni su qualche nuova suppellettile d'arredamento o su una pietanza in

¹⁴ Durante gli spostamenti sul territorio con gli operatori, vengono citati aspetti quali la scarsa autonomia dei veicoli elettrici in dotazione, oppure vengono citati casi di operatori che si sono ritrovati con il veicolo in panne.

¹⁵ Tipicamente si tratta di autovetture di tipo utilitario, bianche e dotate dei caratteristici adesivi che ne testimoniano l'appartenenza all'Azienda. Per raggiungere l'abitazione di un paziente, nello specifico, è stata utilizzata una Fiat Panda.

¹⁶ Nel primo caso osservato si è trattato di un paziente appena dimesso dall'ospedale e affetto da una grave forma di cefalea, seguito da una badante e, quando non sono al lavoro, dai familiari.

fase di cottura e di cui si percepisce distintamente l'aroma per casa. Ovviamente ci si scambia continuamente informazioni sullo stato di salute del paziente, tuttavia in questo caso il fisioterapista non lesina di manifestare un convinto interesse per lo stato di benessere dei caregiver, ponendo domande su eventuali problemi di gestione del caro e sulla quotidianità.

L'attività terapeutica in senso stretto si esplica ora in alcuni esercizi effettuati al letto, ora attraverso un supporto e una supervisione al paziente nella corretta esecuzione di movimenti semplici (alzarsi dal letto, sedersi, muoversi in casa) anche con il ricorso ad attrezzature specifiche. Durante questa attività, e in modo molto maggiore rispetto a quanto si può osservare nel lavoro in palestra, emerge con estrema evidenza la centralità della funzione informativa ed educativa del fisioterapista verso i familiari e le badanti. Questi attori vengono continuamente supportati con consigli e suggerimenti tesi sia a garantire una migliore qualità di vita al paziente, sia ad alleviare la fatica e il carico di lavoro dei familiari, sia a ridurre i rischi (per il caro e per il caregiver) di conseguenze gravi dovute all'esecuzione di movimenti inadeguati o all'utilizzo improprio dei sussidi. In tal modo proprio nel contesto domestico si manifesta, ancora una volta con un'evidenza maggiore di quanto non avvenga in palestra, come il ruolo del fisioterapista incorpori le funzioni complesse di un vero e proprio mediatore tra punto di erogazione di servizi (l'Azienda sanitaria e il presidio Canova) e punto di bisogno (che nell'assistenza familiare si identifica meglio con la famiglia piuttosto che con il paziente in senso stretto). Si tratta peraltro di un'opera di mediazione che non si ferma solamente ad aspetti "tecnici" della riabilitazione ma che si estende fino a comprendere un'informazione e un supporto relativi ad aspetti burocratici connessi alla soluzione dei problemi. Nel momento in cui il fisioterapista ravvisi l'opportunità di utilizzare una protesi modificata, un materasso antidecubito, una sedia a rotelle dotata di certe caratteristiche o una comoda – solo per citare alcuni casi osservati – ebbene in questi casi il professionista non si limita a suggerire il ricorso a questi dispositivi ma fornisce ogni genere di informazione utile a esperire l'iter burocratico necessario per ottenerli, consigliando in modo chiaro ed efficace i passi da compiere.

5. Gli altri luoghi d'azione del fisioterapista

L'organigramma presentato in Fig.1 rende evidente, pur senza essere affatto esaustivo, quanto il ruolo del fisioterapista presso il Canova esuli da quello di un mero erogatore di terapie della riabilitazione. Questo aspetto si evince chiaramente anche dall'osservazione sul campo laddove l'assenza di un fisioterapista dalla palestra non implica automaticamente che quel medesimo professionista sia impegnato in una prestazione a domicilio. A vario titolo, e secondo modalità differenti, i fisioterapisti sono impegnati in attività tese a garantire un raccordo o una continuità di relazione con diversi attori istituzionali tra cui spiccano le strutture ospedaliere, altri presidi socio-sanitari, scuole, università¹⁷. Una parte di queste attività è riassumibile in riunioni o incontri appositamente predisposti presso altre strutture e tesi a garantire una continuità nell'assistenza al paziente. In tale quadro si colloca il fatto che un fisioterapista sia

¹⁷ Nonostante la richiesta di poter seguire i fisioterapisti anche in queste attività, richiesta avvallata dai fisioterapisti stessi, a causa di problemi pratici ovvero a causa dell'esplicito diniego di un permesso formale da parte delle istituzioni terze, non è stato possibile effettuare un'osservazione al di fuori del contesto di erogazione dei servizi della U.O.

ufficialmente incaricato di partecipare, con cadenza periodica, agli incontri con altri referenti di strutture ospedaliere e dei servizi territoriali per discutere di pazienti per i quali, in previsione della dimissione, si prevede un percorso di riabilitazione. Analogamente, un altro professionista è incaricato di portare il contributo dell'U.O. nell'ambito dei percorsi "Salute mentale infanzia e adolescenza" (SMIA). Accanto a funzioni di questo genere, che sono istituzionalmente riconosciute al punto da essere inserite in organigramma, vi sono altre situazioni in cui la funzione di mediazione e supporto offerta dal fisioterapista ad altri attori appare meno facilmente individuabile nell'organigramma, pur se ampiamente nota e informalmente riconosciuta. È il caso del paziente in età scolare e portatore di handicap: il fisioterapista, con l'accordo di tutta l'U.O., si (pre)occupava integralmente del paziente, interagendo non solo con lui, con i familiari e con altri operatori socio-sanitari ma anche con la scuola, partecipando a riunioni con corpo docente, dirigenti scolastici, altri genitori¹⁸.

6. La quotidianità del fisioterapista presso il Presidio "Canova"

La relazione con il paziente e i familiari durante l'azione di cura

Seguendo gli operatori nella loro attività quotidiana, uno dei primi aspetti che saltano agli occhi è la costante presenza di uno strumento da cui il fisioterapista non si stacca mai: la propria agenda. Come una protesi ormai perfettamente integrata o, più prosaicamente, come un "teddy bear" da cui dipendono le sorti del proprio lavoro, l'agenda personale del fisioterapista rappresenta il contenitore di informazioni fondamentali e lo strumento di organizzazione imprescindibile per lo svolgimento delle quotidiane attività lavorative. Su questo archivio mobile il professionista annota:

- informazioni sul paziente, annotate sulla base della propria esperienza diretta di lavoro su un certo caso oppure prendendo nota da osservazioni portate da altri colleghi;
- ore e date di appuntamenti
- numeri di telefono di familiari
- riferimenti di altri attori (specialisti, strutture, ecc.)

Prima di iniziare l'attività, così come al termine di ogni trattamento, e già al passaggio preventivo in saletta, il fisioterapista consulta l'agenda, magari ne condivide alcune informazioni con i colleghi o con altri operatori presenti, annota alcune informazioni.

L'attività inizia quindi con il primo paziente, un signore sulla sessantina che è già in attesa lungo il corridoio-sala d'attesa. Il fisioterapista lo saluta con grande familiarità e lo invita a entrare in palestra, dove vi è un altro collega che sta seguendo un'altra persona. Il rapporto di grande familiarità emerge dalla costante alternanza di frasi che riguardano gli esercizi e lo stato di salute del paziente, da una parte, e di frasi che riguardano aspetti della vita privata e di relazione. Tra un esercizio e l'altro, il

¹⁸ Sebbene non sia stato possibile partecipare ad uno di questi incontri presso una scuola, a causa dell'esplicito rifiuto da parte della dirigenza scolastica, è stato possibile osservare lo stato d'animo del fisioterapista e registrarne le sensazioni, ricavandone la percezione che tali incontri siano molto sentiti e, nello stesso tempo, fonti di forti emozioni dovute alle difficoltà di relazione con alcuni docenti e all'impressione di avere a che fare con un quadro di riferimento scolastico ed educativo improntato alle prestazioni e alla quantificazione dei risultati piuttosto che all'accoglienza e all'integrazione.

fisioterapista chiede al paziente dove andrà in ferie, parlano dei luoghi da visitare e delle caratteristiche delle rispettive mete. Con molta premura il professionista chiede al paziente di richiamarlo non appena tornato dalle ferie per dargli informazioni sul proprio stato di salute.

La comunicazione è sempre estremamente chiara e comprensibile, diretta: tutti gli attori (paziente, fisioterapista, familiare) si chiamano per nome, anche laddove il paziente continua a dare del “lei” al professionista.

Il fisioterapista seguito, così come il collega, manifestano un ascolto attivo costante: seguono il paziente standogli di fronte o di fianco, per valutarne la correttezza del lavoro svolto; gli parlano continuamente sull'applicazione della terapia; descrivono dettagliatamente ma con semplicità sia l'esercizio che il senso dell'attività svolta; chiede costantemente una risposta sul grado di benessere raggiunto con l'esercizio stesso; domanda se sono stati percepiti miglioramenti a seguito di una certa terapia; suggerisce l'utilizzo di specifiche pomate o sussidi.

Pur senza mai staccare l'attenzione dal paziente, il fisioterapista non manca di colloquiare anche con il collega, sempre in modo affabile: talvolta la discussione affrontata con il paziente viene estesa facendo entrare nel discorso l'altro fisioterapista e l'altro paziente; talvolta si accennano temi di lavoro.

Il professionista fa un ampio ricorso a gesti illustratori, in particolare per esplicitare la corretta modalità di esecuzione degli esercizi, e non disdegna un sapiente uso della comunicazione tattile per valutare la tensione muscolare o per indicare, sul corpo del paziente, i punti di applicazione degli esercizi. Benché capiti raramente, talvolta durante la seduta può squillare il telefono presente in palestra: in genere si tratta di qualche paziente che chiede informazioni, ma il fisioterapista – in questi casi – tende a essere sbrigativo in quanto si tratta di telefonate che esulano dal momento di front-office e c'è il paziente da seguire.

Dopo circa 45 minuti, il paziente termina la sua seduta ma prima di andarsene estrae dal portafoglio una foto del proprio cane per mostrarla al fisioterapista. Ne nasce una disquisizione pacata e allegra che coinvolge tutti gli astanti.

Prima che il paziente esca dalla palestra, salutato calorosamente, entra una coppia anziana: il paziente successivo accompagnato dalla moglie. Salutano il fisioterapista dandogli del tu e chiamandolo per nome, e questi ricambia allo stesso modo e manifesta immediatamente il proprio interesse per lo stato di salute dell'uomo. Il paziente manifesta un continuo problema di gonfiore ai piedi a cui il fisioterapista risponde diagnosticando una possibile artrosi o un problema cardiocircolatorio e raccogliendo ulteriori informazioni sullo stile di vita seguito negli ultimi giorni. Nel mentre, il professionista si reca verso un lato della palestra e preleva un attrezzo, dopo di che – senza smettere di interloquire con il diretto interessato – inizia a far svolgere alcuni esercizi. Quando il paziente manifesta, come nel caso osservato, demotivazione o depressione, il fisioterapista assume un tono e un comportamento consolatori, sdrammatizzando e scherzando oppure cercando di orientare il discorso verso temi più leggeri. In queste situazioni il professionista manifesta una particolare abilità nel coinvolgere i familiari presenti, nel renderli parte attiva nel processo di elaborazione del problema portato dal diretto interessato. La relazione dialettica smette di coinvolgere solamente fisioterapista e paziente per attrarre anche altri attori presenti nella palestra: il familiare, altri fisioterapisti presenti e finanche, in certi casi, anche altri pazienti. È peraltro interessante osservare come talvolta questo processo generi la nascita e il consolidarsi di relazioni anche tra i pazienti stessi, che grazie all'attività in palestra si conoscono, si danno del tu, conversano.

Tra un paziente e l'altro, il fisioterapista si reca al tavolo presente in palestra, apre un registro e vi segna alcune informazioni sull'attività svolta. Contestualmente prende la propria agenda e fa qualche verifica, talvolta prendendo qualche annotazione. Molto spesso queste operazioni sono accompagnate da una condivisione a voce alta con i colleghi eventualmente presenti in palestra in quel momento, oppure da una temporanea e brevissima assenza per recarsi nella saletta, bere un sorso d'acqua, prendere un caffè alla macchinetta.

Nel corso della tarda mattinata, il fisioterapista deve recarsi presso il domicilio di un paziente. Poiché l'abitazione da raggiungere è poco distante, circa un chilometro dal Presidio, si decide di affrontare il tragitto a piedi. Per l'occasione, il fisioterapista è accompagnato da un tirocinante. Tutti e due sono riconoscibili per il fatto di indossare l'abbigliamento di servizio utilizzato anche all'interno della struttura.

Il tragitto a piedi rappresenta per il fisioterapista, uno dei veterani del gruppo, l'occasione per descrivere il caso che si accinge ad affrontare, per descrivere le caratteristiche della famiglia, ma anche per raccontare le peculiarità dei luoghi e delle vie che vengono percorse a piedi¹⁹.

All'arrivo presso l'abitazione del paziente, una palazzina storica ben tenuta in località Scandicci, veniamo accolti dalla figlia del paziente, una signora spigliata sui quarant'anni. Si capisce subito che vi è un rapporto molto buono e informale: la complicità degli sguardi, i sorrisi, le formule di saluto scandite da reciproci "ciao". L'ingresso nell'abitazione porta subito nella zona giorno, che ospita la cucina dove la figlia era evidentemente intenta a preparare il pranzo. Veniamo invitati anche a restare per il pranzo, ma il professionista declina affabilmente la proposta adducendo motivi di lavoro. Il paziente, un signore sugli 80-90 anni, ancora non si vede: apprendiamo che si trova in un'altra stanza intento a leggere. Il fisioterapista ne approfitta per chiedere alla figlia alcune informazioni sullo stato di salute del padre, sull'andamento del suo stato, nonché per fornire informazioni dettagliate su come richiedere un sussidio per l'acquisto di un paio di scarpe ortopediche. Successivamente il fisioterapista viene accompagnato dal paziente, un signore piuttosto loquace e in gamba nonostante l'età: i due si salutano e il professionista inizia a parlargli con piglio divertito e allegro. Poi l'anziano viene aiutato ad alzarsi dalla poltrona su cui stava seduto e insieme, sempre aiutato dal fisioterapista, si dirigono verso la camera da letto. Qui l'anziano viene aiutato a coricarsi e il fisioterapista inizia a impostare una serie di esercizi che si protraggono per una mezzora. Nel corso di questo lasso di tempo emergono molteplici aspetti relazionali che già erano emersi con forza in palestra: costante attenzione e ascolto al paziente, potenziati in questo caso da un piglio decisamente più proattivo da parte del professionista, intento a mantenere alta la concentrazione e l'attenzione di un soggetto che, proprio per l'età e alcuni problemi di udito, richiede una maggiore "pazienza" (ripetere le cose, parlare a voce più alta, ecc.). Data l'estrema vicinanza di cucina e camera da letto, lasciando la porta aperta il fisioterapista sfrutta la contemporanea presenza della figlia, impegnata ai fornelli, per renderla in qualche modo partecipe del lavoro svolto. Capita così che dalla cucina sia facilmente intuibile il tipo di esercizio in fase di svolgimento, oppure che udendo una battuta del fisioterapista il familiare si metta a sorridere immaginando la scenetta che si sta consumando a pochi metri di distanza, oppure ancora che la figlia parli a distanza intervenendo in un dialogo tra professionista e paziente.

¹⁹ Il racconto è costellato di "Qui una volta c'era..", "La invece..", "Oggi il presidio copre anche questa zona che un tempo invece.."

Al termine dell'intervento, il fisioterapista fa nuovamente alzare in piedi l'anziano e lo accompagna fino a farlo sedere su una sedia in cucina. Segue un piccolo resoconto alla figlia circa l'attività svolta, un riepilogo dei passi da seguire per ottenere alcuni sussidi e infine l'invito a contattarla in caso di problemi. Il commiato, altrettanto caloroso quanto lo era stata l'apertura, sancisce la fine dell'azione a domicilio.

La relazione tra i fisioterapisti del Canova: un gruppo con una forte coesione interna

I fisioterapisti del Canova costituiscono un gruppo che appare fortemente coeso. Si tratta di un aspetto che emerge chiaramente dall'osservazione delle relazioni quotidiane, dalle modalità utilizzate per affrontare le questioni di lavoro (con la condivisione del carico di lavoro, le discussioni e gli attriti, ecc.) e non ultimo dall'esistenza di una serie di attività "comunitarie" condivise anche all'esterno del luogo di lavoro (organizzazione di feste, cene, celebrazioni e via dicendo, con il coinvolgimento di tutti gli operatori dell'Unità Operativa, spesso anche gli educatori, i logopedisti, alcuni specialisti).

Una spiegazione plausibile di questo fenomeno ci sembra possa risiedere in una serie di aspetti che nel loro insieme rappresentano un denominatore comune di gran parte degli addetti con cui abbiamo avuto a che fare nel Presidio.

Il primo aspetto che colpisce è la costante tendenza a presentare se stessi, oltre che il proprio lavoro e i servizi di riabilitazione offerti dall'U.O., ricorrendo a una narrazione estremamente densa, in cui l'esperienza e l'identità personale si interseca inestricabilmente alla storia del territorio fiorentino e alle vicende che hanno contrassegnato la complessa evoluzione del sistema socio-sanitario locale. Si tratta di un fenomeno che, per quanto rilevabile in modo trasversale da tutti i fisioterapisti, si manifesta in modo molto più marcato tra gli addetti veterani piuttosto che tra quelli più giovani. Le vicende personali che hanno condotto alla scelta della professione, a seguire un preciso percorso di studi e a intraprendere le prime esperienze lavorative, vengono legate indissolubilmente a vicende storiche del territorio, a strutture sanitarie e assistenziali spesso scomparse da diversi anni, a servizi un tempo visti come utili e oggi percepiti negativamente in quanto accusati di essere subordinati a logiche aziendaliste. *Quella* storia, richiamata spesso con l'orgoglio di chi se n'è sentito partecipe oltre che testimone, è una storia segnata da figure illustri delle vicende sociali e politiche fiorentine, resa attraverso resoconti che indulgiano sulle trasformazioni del territorio, della sua popolazione, dei suoi bisogni e delle sue richieste. Quelle stesse richieste e bisogni trovavano un tempo ampia eco nel tessuto dei servizi socio-sanitari grazie alla mediazione e all'ispirazione fondamentale di personalità dal seguito tanto ampio da riecheggiare con toni mitologici in più di una occasione durante le conversazioni con gli operatori.

Maria (ft): *[...] questo professor Milani²⁰ aveva già inventato la settorializzazione in quartieri degli ambulatori. Quindi il servizio territoriale è stato creato lì. [...] Io te ne ho parlato in riferimento alle scuole, cioè l'inserimento dei bambini con handicap a scuola è stato, così di brutto: prima inserire e poi vedere i problemi. Certo abbiamo cominciato ad essere molto presenti nelle scuole perché chiaramente ci dovevano essere supporti riguardo agli ausili, riguardo tutta una serie di cose che concernevano avere un bambino con problemi, però a quei tempi, siccome l'equipe era composta splendidamente anche da uno psicologo, cosa che poi non è più stato, cioè c'erano il consulente potevano essere*

²⁰ Il Prof. Milani citato è riconosciuto come il fratello di Don Lorenzo Milani.

l'ortopedico, il neurologo, non so, però c'era un gruppo che lavorava insieme e c'era una prima visita in assoluto per esempio di genitori e bambino che erano, comprendeva una psicologa che veniva e seguiva i genitori che ne hanno gran bisogno, tu sei babbo adesso, lo sai. Pensa se fosse successo qualcosa, cioè, capito? Avresti avuto bisogno. Prima hanno bisogno i genitori, poi via via ci si sposta sul bambino, che ha bisogno di supporto, anche fin che non va a scuola, anche dopo anche, non so eh, capito? questo non succede più ... cioè questo è stato proprio ... un inizio così glorioso che ho avuto, ho avuto solo una discesa poi per tutto il resto della vita per cui per me è stato abbastanza pesante per me scendere da quello lì un po' dov'ero nata.

Dalle conversazioni con e tra i professionisti emerge un forte radicamento nella cultura solidale e aperta al sociale che tanto peso ha avuto proprio nella Toscana e nella Firenze del dopoguerra e fino agli anni '80. Si tratta di quella cultura che ha trovato in figure come Don Milani, Padre Balducci, La Pira – per citare solamente le più note – gli interpreti di un solidarismo fortemente intriso di valori religiosi cristiani e nel contempo riconosciuti come “di sinistra”, orientati al territorio e ai bisogni della gente.

Altrove, il richiamo a figure illustri si sposta dal piano sociale e culturale per concentrarsi su personalità più pertinenti all'ambito della riabilitazione:

Federica (ft): Sì c'è stata tutta una scuola di pensiero ... che poi tutto è partito dalla scuola di Ferrara, c'era Basaglia, c'era Salvini, insomma io ho seguito Salvini. Salvini ha aperto un centro di... venendo via da Ferrara, lui era della scuola di Ferrara, ha aperto un centro di riabilitazione in Val d'Arno. Terranova Bracciolini. Poi era una lungodegenza riabilitativa. E lì fece questa esperienza, i fisioterapisti lavoravano dentro l'ospedale dove c'erano i reparti... il reparto di riabilitazione, iniziavano le prime esperienze anche di day hospital per cui il paziente tornava a casa, poi lo riportavamo lì, poi lo portavamo a casa la sera. E poi i primi interventi anche a livello domiciliare, per cui si andava a vedere anche un paziente a domicilio, etc. Quindi io sono un pochino nata con questa esperienza [...]

Questa cultura assume molteplici forme e declinazioni, declinazioni che sono accomunate da un richiamo alle necessità e ai bisogni dei pazienti odierni, spesso definiti “poveri cristi”, “poveracci” o “povere anime” alla costante ricerca di risposte e di servizi che il sistema assistenziale odierno, rispetto a quello di un tempo, non fornisce più o stenta a fornire. Ma si tratta anche di una cultura che trova una specifica coniugazione nel comune richiamo alla necessità di *curare attraverso l'ascolto e il dialogo* piuttosto che con l'esclusivo ricorso a tecniche riabilitative, farmaci o interventi chirurgici.

Nonostante la serie di profonde trasformazioni che hanno coinvolto il sistema socio-sanitario, gli operatori con una maggiore anzianità di servizio non esitano a richiamare la comune appartenenza a un *nucleo storico* di professionisti che si sono conosciuti e hanno iniziato a lavorare insieme tra la fine degli anni '70 e l'inizio degli anni '80, condividendo un approccio comune alle problematiche territoriali e sviluppando, anche grazie a questo, un forte senso d'identità che da allora non ha mai smesso di riversarsi nello svolgimento delle quotidiane attività lavorative e di influenzare gli operatori più giovani.

Un filo conduttore altrettanto forte, che lega in modo significativo gli operatori del cosiddetto “nucleo storico” (quelli con maggiore anzianità) è inoltre rappresentato dall'esperienza comune che ne ha caratterizzato il percorso di studio e, ancor più, l'ingresso nel mondo del lavoro. La frequenza alla scuola di fisioterapia - una scuola in

fase di espansione tra gli anni '70 e '80 - che forniva a molti operatori l'opportunità di un rapido inserimento nel mondo del lavoro attraverso la partecipazione ai concorsi pubblici che garantivano un celere assorbimento dei neodiplomati.

Cristina (ft): Sono fisioterapista dal 1980. [...] ho fatto degli studi di scuola media superiore al liceo classico, poi ho fatto tre anni di fisioterapia qui alla scuola di Firenze, dove appunto mi sono diplomata nel 1980 e il primo lavoro è stato in ospedale, in un ospedale pediatrico dove c'erano prevalentemente problemi neurologici. [...] Lì ho fatto il tirocinio, l'ultimo anno ho fatto la tesi e poi mi hanno assunta con un concorso che però, ai tempi, i numeri dei partecipanti erano pari ai numeri... cioè ai posti, quindi non è che io abbia fatto molta fatica per entrare perché eravamo quattro e c'erano quattro posti! Quindi è stato semplice.

Federica (ft): Sì per sommi capi... allora... innanzi tutto sono del '59, mi sono diplomata fisioterapista nell'ottanta, 1980... dunque nell'ottantuno ho lavorato per un breve periodo per una IPAB a Milano... io la scuola l'ho fatta a Milano... scuola per fisioterapisti presso la scuola San Carlo di Milano. Nell'ottantadue ho vinto l'incarico di ruolo presso un Ipab di Milano, lavoravo ad Abbiategrasso quindi nel settore anziani... nell'istituto geriatrico... pochi mesi... [...] poi mi sono trasferita in Toscana perché ho vinto un concorso, un incarico presso una... allora erano USL, nella zona di Cortona-Castel fiorentino, nella val di Chiana... quindi in Toscana. E ho lavorato sul territorio.

Accadeva inoltre spesso che i frequentanti del corso di fisioterapia, già conosciutisi durante gli studi, si ritrovassero poco dopo il diploma nel medesimo servizio territoriale. Altrettanto frequente era la possibilità che un neodiplomato fosse investito di un ruolo formativo verso i diplomandi di qualche anno più giovani, per esempio in veste di tutor di tirocinio. La definitiva assunzione attraverso concorso pubblico, pur se ravvicinata rispetto alla data di diploma, era, in ogni caso, sempre preceduta da esperienze in strutture pubbliche o convenzionate (ospedali, istituti, case di cura), esperienze spesso dovute all'intercessione diretta del corpo docente del corso di fisioterapia. Questo aspetto rappresenta un'ulteriore costante che accomuna l'esperienza della gran parte dei professionisti del “Canova”, a prescindere dalla loro anzianità di servizio.

Silvia (ft): E poi c'era l'aspetto del servizio, io [...] questa cosa del lavorare per gli altri è una cosa che mi attirava, anche forse inconsapevolmente allora, però, ecco... poi mi sono resa conto che, dell'essenza di questo lavoro... ho fatto l'università qui a Firenze, io [...] sono venuta a Firenze a fare l'università perché dicevano fosse migliore e quando ho finito ho cominciato a lavorare qui a Firenze, dopo...dunque nel '94, quindi dopo tre anni di lavoro in studi privati... cioè di poco conto, insomma un po' di manovalanza, ecco, un lavoro un pochino di basso profilo, ehm... nel quale però... anni nei quali però sono rimasta in contatto con l'università, con l'insegnante che mi aveva seguito per la tesi, sono sempre rimasta... diciamo che il continuare a studiare è stato il mio... un elemento fondamentale del mio percorso come fisioterapista, per cui in quegli anni, per esempio, presi un part-time per avere il tempo anche per continuare a fare un po' di ricerca, studiare, insomma con l'università. [...] Allora non c'era il precariato, insomma, quindi ero assunta regolarmente, dipendente... poi ho fatto una sostituzione abbastanza lunga, entrai nello stesso ospedale nel quale avevo fatto tirocinio, che era i Fraticini, è un ospedale storico di Firenze, di geriatria insomma, un ospedale che si occupa, che si occupava perché non c'è più. E insomma feci sostituzioni e poi ci fu il concorso e riuscii a entrare e da allora ho lavorato in geriatria in... prima in quest'ospedale, poi è stato assorbito da un'azienda... quello lì era [...] un istituto a carattere scientifico..

Sulla base degli elementi che abbiamo appena evidenziato, è possibile rilevare l'esistenza di un comune sostrato culturale ed esperienziale, di una comune prospettiva di fondo che potrebbe spiegare bene il grande affiatamento tra i fisioterapisti del Canova, la similitudine del loro approccio ai pazienti (in termini operativi e comportamentali), così come la grande capacità di risolvere eventuali criticità organizzative attraverso una condivisione e una redistribuzione del lavoro che non lascia trasparire particolari dinamiche conflittuali.

La relazione con gli specialisti e gli altri operatori della struttura

Coerentemente con quanto è possibile rilevare dall'organigramma funzionale (Fig. 2) i fisioterapisti si relazionano, all'interno dell'U.O., con una molteplicità di soggetti diversi:

- gli specialisti (un neuropsichiatra infantile, un geriatra e un fisiatra)
- gli altri operatori (logopedisti ed educatori)

Per quanto concerne gli specialisti, il neuropsichiatra infantile e il geriatra sono figure che, pur se dislocate in altri ambulatori della struttura, hanno fatto spesso la loro comparsa presso l'U.O., palesandosi sia in saletta che in palestra. Le modalità di relazione sono apparse fin dai primi momenti come improntate a una grande confidenza. Ne è testimonianza, per esempio, il fatto che per la necessità di discutere di un caso, ovvero per un semplice saluto ai fisioterapisti, sia il neuropsichiatra che il geriatra si affaccino alla porta della palestra o entrino nella saletta, salutino in modo diretto e semplice tutti i presenti, si relazionino con i fisioterapisti con modalità totalmente simmetriche, dandosi del tu, chiamandosi per nome, senza disdegnare – quando non si devono affrontare casi di lavoro – di lasciarsi andare a battute di spirito e colloqui affabili fin a sé stessi. Partecipando a questi momenti si ha l'impressione di osservare incontri tra persone legate da rapporti di amicizia oltre che di lavoro, pur nel riconoscimento reciproco dei rispettivi ruoli. Questa impressione è stata del resto confermata sia dalla grande considerazione che ne hanno i fisioterapisti stessi (considerazione che si manifesta a più riprese quando, parlando tra loro, condividono informazioni su alcuni casi) e sia, soprattutto, dal fatto che geriatra e neuropsichiatra partecipano costantemente e attivamente a molte delle attività ricreative organizzate dall'U.O. fuori dall'orario di lavoro.

Per spiegare questo rapporto particolare occorre sottolineare come le fisioterapiste del “nucleo storico”, cioè quelle veterane, riconoscano in questi due specialisti qualcosa di più di due semplici colleghi, in quanto si tratta di persone conosciute da molti anni, in alcuni casi fin dai tempi degli studi, con cui si sono condivise molte esperienze lavorative ma a cui si riconosce anche un'affinità culturale e di “approccio” alle tematiche socio-sanitarie che collimano perfettamente con gli aspetti messi in luce poco più sopra, nel precedente paragrafo.

La medesima affinità non si può invece dire che sia rilevabile quando si consideri il terzo specialista, vale a dire il fisiatra. In questo caso, complice l'organizzazione oraria e l'assenza per ferie del diretto interessato durante il periodo di osservazione, non è stato possibile cogliere “sul campo” lo stato della relazione tra questo medico e i fisioterapisti. Rappresenta tuttavia un dato di ricerca il fatto che, al contrario di quanto avviene per gli altri due specialisti, il fisiatra sia poco citato e che le poche volte in cui

ciò avviene non si manifesti mai un grande entusiasmo ma, al contrario, si levino sguardi perplessi e ammiccamenti incrociati tra i fisioterapisti, a significare un certo imbarazzo o un sostanziale disappunto.

Per quanto concerne gli altri operatori dell'U.O., i logopedisti rappresentano una professionalità che appare perfettamente integrata con quella dei fisioterapisti. Le relazioni sono apparse sempre ottime, improntate a una grande amabilità e sincerità: anche in questo caso si tratta di operatori la cui età anagrafica è più prossima a quella del fisioterapista veterano, con una predominanza assoluta di genere (i logopedisti sono tutte donne, come la quasi totalità dei fisioterapisti e come il neuropsichiatra). I logopedisti, pur lavorando spesso nel proprio ambulatorio (ove accolgono perlopiù pazienti bambini), si coordinano con i fisioterapisti condividendo informazioni su diversi “casi” da trattare collegialmente, e spesso e volentieri condividono lo spazio della saletta e partecipano agli incontri con i fisioterapisti.

SEZIONE B – VALUTAZIONI RIFLESSIVE DEI PARTECIPANTI²¹

7. Il contesto socio-economico

La crisi economico-finanziaria che sta colpendo ormai da anni il mondo occidentale ha ripercussioni molto forti e profonde sul mondo dei servizi sanitari, riabilitativi e socio-assistenziali. L'esigenza di ridurre la spesa pubblica, la contrazione degli investimenti, il blocco delle assunzioni è un punto di partenza ineludibile per comprendere le difficoltà che il mondo della sanità sta vivendo in generale, e la riabilitazione in particolare. La riabilitazione, come servizio, è certamente la più penalizzata dai tagli di spesa in quanto bene “secondario”. La cura mirata alla sopravvivenza dell'individuo assorbe maggiori capitali ed è sicuramente meno decurtabile come voce di spesa. Appare quindi maggiormente problematico il momento attuale di crisi per quegli operatori che sono impegnati nei processi riabilitativi rispetto a quelli impegnati nella terapia di pronto intervento.

A questa dinamica di contrazione della spesa, nel caso preso in oggetto, si accosta un ulteriore elemento di criticità legato ad un aumento della domanda da parte dei cittadini dei servizi riabilitativi. Nel caso preso in esame, questo aumento è spiegabile analizzando la situazione socioeconomica peculiare del territorio a cui il servizio è destinato. Secondo quanto riportato dai nostri intervistati, il quartiere dove questo servizio opera è infatti popolato da famiglie anziane e mediamente di ceto medio basso. La forte incidenza di anziani nella popolazione è causa dell'aumento della domanda di riabilitazione in quanto la popolazione anziana necessita di servizi riabilitativi per problematiche ortopediche e neurologiche maggiormente incidenti in tarda età. Assistiamo quindi ad una doppia dinamica, da una parte il calo delle risorse umane operanti nei servizi e dall'altra un aumento della domanda di riabilitazione che genera quindi un calo delle prestazioni sul singolo utente, liste di attesa molto lunghe nel tempo, disservizi per il cittadino e in generale un aumento dello stress lavoro correlato per gli operatori che si trovano sul campo.

²¹ La conduzione dei focus e l'analisi dei risultati (Sezione B) si devono a Emanuela Spaggiari.

8. Verso una maggiore centralizzazione organizzativa

Come descritto dai protagonisti della nostra ricerca, il servizio di riabilitazione nel territorio di Firenze è soggetto ad un processo di accentramento dei servizi. Questa linea, relativamente recente da un punto di vista cronologico, si scontra con una tendenza opposta della direzione centrale dell'AUSL che, negli anni precedenti, aveva invece promosso un percorso di decentramento del servizio per renderlo il più possibile vicino ai cittadini e al territorio.

(ed. professionale) *Non so, io parlo dal nostro punto di vista, è in corso tutta un'azione di accentramento rispetto alla ... cioè quando sono arrivata qui 10 anni fa venivano potenziati i distretti [...] la nostra professionalità in un'unica struttura nell'ottica di essere più vicini ai cittadini e di lavorare molto sul territorio. Ora, per quanto ci riguarda, è iniziato questo lavoro sui percorsi che sono cittadini, quindi proprio tutta Firenze, tendono ad avere delle sedi più centrali.*

La linea promossa dall'attuale dirigenza è quella di una centralizzazione dei servizi con una scomparsa - nel tempo - dei servizi di riabilitazione territoriale.

(medico) *Questa è una tendenza, sta diventando così anche per noi, stiamo cercando di contrarre i servizi, alcuni servizi stanno chiudendo e quindi come sedi territoriali rispetto al periodo in cui si è assistito alla nascita di tanti distretti anche piccoli...ora i piccoli stanno già chiudendo, si parla appunto di centralizzare le sedi e di aumentare con lo spostamento sicuramente degli operatori.*

(ed. professionale) *Gli operatori si spostano, con sempre meno operatori si copre tutta la città praticamente, cercando di dare le risposte più specializzate. Ecco questa è stata la scelta, questa può anche essere una cosa interessante però sicuramente si va nella direzione opposta rispetto alla territorialità, si tende all'accentramento.*

Unitamente a questa dinamica di accentramento dei servizi, quindi con un progressivo abbandono delle realtà territoriali, si assiste ad un progressivo accentramento delle prescrizioni.

(medico) *La tendenza generale anche della regione Toscana, anche delle ultime proposte fatte dal Ministro della salute, sono di mettere il medico di medicina generale al centro di tutto.*

(ft) *Quindi avendo centralizzato questa cosa fanno un carico e scarico dove risulta che tot sono stati prescritti, tot invece sono stati fatti come riciclo capito? In tutto questo però è scomparsa quella che era l'attività di qualità perché il fisioterapista che stava qui conosceva la casa, conosceva il paziente, mi sono spiegata? E da un ausilio più o meno personalizzato nel senso che te trafficavi tra le cose che avevi per dare comunque la cosa migliore, siamo passate ad ausili standardizzati, cioè non è la prima volta che magari vengono presi, faccio per dire, e poi non entrano dall'ascensore. Questo succede a volte anche con i nuovi che essendo scomparsa la figura del fisioterapista almeno in gran parte di queste prescrizioni che vengono*

fatte dal fisiatra o dallo specialista o da chi per lui...dove c'è una...certe cose sono date soltanto in...da questa ditta che ha vinto il cavolo di appalto quindi il deambulatore è quello...per cui ci sono robe, come dire, di scarsa qualità

Come s'intuisce da queste citazioni, il giudizio degli operatori, in particolare dei fisioterapisti, rispetto a questa tendenza all'accentramento è decisamente negativo. Il clima organizzativo presente in questa realtà, che descriveremo in seguito, ci servirà a comprendere in parte questa resistenza, che se da una parte è legittimata da valutazioni di natura qualitativa rispetto al servizio offerto, dall'altra è parzialmente strumentale e si struttura come forma di difesa di una équipe di lavoro fortemente coesa.

Alcune conseguenze della centralizzazione

L'accentramento dei servizi e delle prescrizioni, nonché la standardizzazione delle procedure, secondo i fisioterapisti produce un notevole decremento della qualità del servizio in quanto:

- l'accentramento dei servizi allontana gli operatori dal loro territorio di competenza; questo provoca aumento del disagio dei cittadini nel raggiungere le diverse sedi dove svolgere la riabilitazione. Parallelamente per quei servizi a domicilio svolti dagli operatori l'aumento delle distanze aumenta le tempistiche di intervento, riducendo sostanzialmente il già insufficiente numero di pazienti trattati quotidianamente.
- La centralizzazione delle prescrizioni produce errori formali da parte dei medici prescrittori, non pienamente consapevoli delle peculiarità dei diversi percorsi ed interventi proposti:

(ft) i medici curanti possono attivare alcuni percorsi però se i medici curanti non sono stati, come dire, ben istruiti o comunque...perché un numero...700.3 da 700.4 percorso 2, percorso 3 cambia completamente la vita al paziente.

- La centralizzazione standardizza i processi di riabilitazione riducendo così la possibilità di studiare percorsi personalizzati, sulla base delle esigenze specifiche dei diversi pazienti.

In definitiva siamo di fronte ad una prima forma di rivendicazione informale dei fisioterapisti rispetto al comparto medico. La centralizzazione, che comporta in sé processi di gerarchizzazione e di standardizzazione delle procedure, riduce la libertà di azione del fisioterapista. Professionista che invece, come vedremo, rivendica una propria autonomia di intervento ed una maggiore dignità professionale.

9. L'aumento del carico burocratico

Uno degli elementi critici che s'inserisce parallelamente al processo di centralizzazione è quello legato all'aumento del carico burocratico. Questo fenomeno di aumento della burocrazia è evidente da anni e in parte deriva dai processi di aziendalizzazione del sistema sanitario italiano, con un aumento delle rendicontazioni, dei controlli e anche di una pratica clinica sempre più legata all'*Evidence Based Practice*. Soprattutto per gli operatori più esperti questo irrigidimento delle procedure e

dei controlli viene mal tollerato poiché, da una parte, è percepito come un aumento del controllo rispetto alla loro pratica professionale, dall'altra, come un'ulteriore riduzione dei tempi utili da destinare agli aspetti clinici con il paziente.

Rispetto a questo fatto sembra esserci una divaricazione di natura anche generazionale. Gli operatori più giovani sembrano tendenzialmente meno oppositivi rispetto alle diverse pratiche burocratiche (per lo più espletate tramite computer) rispetto alla popolazione più anziana. Popolazione - quest'ultima - che tende a leggere in questo aumento del carico burocratico non solo una perdita di tempo rispetto al fine del loro lavoro, ma un controllo verticistico dall'alto rispetto alla loro professionalità.

(ft) Noi eravamo sbattuti nella...così nel territorio e dovevi fare tutto e occuparti di tutto. Però...allora per fare un confronto con l'oggi che magari allora avevi le...ti davano tutto...quindi eri padrone di quello che producevi, ti inventavi...aprivi i servizi ordinavi la roba, la roba ti arrivava...oggi che hai una professionalità formata sei regolamentato in continuazione, quindi sono le regole che decidono poi il tuo lavoro quotidiano quindi hai una professionalità elevata ma devi confrontarti con un mondo di regole che te la paralizzano per cui non sei mai libero di esercitare a fondo la grossa professionalità che hai.

(ft) L'aspetto burocratico ci sovrasta, ci toglie energie e ci toglie tempo perché dobbiamo sempre riempire 3000 fogli e ogni cosa è...cioè questo nell'andare del tempo...io che l'ho vissuto dall'inizio è andato peggiorando. Cioè questo aspetto della burocrazia, del riempire fogli c'ha tolto sempre più tempo...e però bisogna farlo...cioè è una cosa che appunto è di una organizzazione più ampia, non è la nostra e quindi questo è l'aspetto un po', come dire, che...di cui ci lamentiamo ecco...di cui ci dimentichiamo anche perché siamo sempre a dimenticarci di questi fogli...perché ovviamente noi diamo più importanza al paziente che non al foglio e quindi se possiamo il nostro tempo lo dedichiamo al paziente e quindi queste cose rimangono sempre, così...in fondo...

L'eccessivo carico burocratico e le diverse regole e procedure vengono viste non solo come una perdita di tempo ed un sistema di controllo, ma anche come ostacolo al lavoro di équipe. Il lavoro specifico del presidio è un lavoro multidisciplinare orientato alle esigenze dell'utenza. La variabilità delle professionalità prevede una collaborazione tra le diverse figure professionali che però la stretta osservanza della burocrazia rallenta. In questo contesto emerge con molta forza il valore per l'organizzazione delle strategie informali di gestione. Strategie che scavalcano alcuni passaggi burocratici e che consentono di offrire al cittadino una risposta più rapida e immediata.

Un ulteriore elemento di contesto che porta all'aumento del carico burocratico sugli operatori è il blocco delle assunzioni del reparto amministrativo. Tale restrizione di organico, coerente con una strategia più ampia di contenimento della spesa, ha come effetto secondario quello di trasferire parte del lavoro, tradizionalmente a carico degli impiegati amministrativi, ai singoli operatori territoriali.

10. Strategie informali di gestione dell'attività quotidiana

(ass. sociale) Essere le stesse persone ha creato anche un qualcosa di diverso, un clima proprio di fiducia. Cioè di....e anche di conoscenza del parere dell'altro per cui andiamo anche un po' oltre a quelli che sono gli schemi e le rigidità che invece

ci imporrebbe un percorso burocratico.

Questa citazione rappresenta la dinamica che s'instaura a livello organizzativo nel presidio preso in oggetto: il clima organizzativo è decisamente improntato sullo scambio di informazioni, sul lavoro e la valorizzazione delle diverse figure professionali. Ciò è dimostrato anche dal fatto che, nonostante sia stata formalmente soppressa dalla direzione dell'AUSL, all'interno del presidio si tiene periodicamente una riunione informale di coordinamento delle diverse figure professionali che i diversi operatori hanno sentito la necessità e il bisogno di mantenere.

(coord. infermieristico) Questo gruppo di integrazione era andato diciamo chiudendosi almeno come mandato generale...in realtà per volontà nostra l'abbiamo mantenuto quindi in questo presidio questi incontri a cui faceva riferimento il dottore esistono tutt'oggi solo ed esclusivamente per volontà degli operatori. Non per mandato aziendale. Questo incontro non è formalizzato dall'azienda, è un incontro che noi facciamo perché ci riteniamo impegnati e quando non si può si cerca o di trovare un momento alternativo o comunque chi c'è porta avanti il programma lo stesso, per cui la serietà di un gruppo strutturato. Però non è previsto, ce lo cerchiamo diciamo così...

Il clima organizzativo è sicuramente influenzato dalle dimensioni del presidio (piccolo e con operatori che si sono conosciuti negli anni) lontano dalla stretta gerarchizzazione ospedaliera, ed è presente un gruppo di operatori molto affiatato che condivide una gestione orizzontale di responsabilità. Tale clima di coesione è uno degli elementi centrali della resistenza a quelle dinamiche di accentramento (con conseguente smantellamento della piccola struttura territoriale) che abbiamo visto poco sopra.

Questa forte coesione, che si fonda sul valore della collaborazione molto stretta tra figure professionali anche diverse, è alla base di quella serie di pratiche informali che consentono al presidio non solo di mantenere un buon livello di benessere organizzativo, ma anche di supplire ai disservizi nei confronti del cittadino sopra esposti.

(coord. infermieristico) Intanto si risolve il problema poi si mette in ballo gli aspetti burocratici. Poi appunto, come dice lei, se serve una richiesta serve... però ecco rispetto magari alle strutture dove uno non si conosce sicuramente la richiesta deve precedere qualsiasi passo. In questo caso capita che noi si fa l'accesso a domicilio e la richiesta .. non si aspetta che ci sia la richiesta per partire.

Nello specifico queste pratiche informali consentono di affrontare in maniera più produttiva:

- *l'approccio al paziente e la presa in carico globale:* i diversi operatori sono portati a contattare i colleghi specialisti nelle diverse pratiche riabilitative o assistenziali in maniera informale. Di fronte ad una problematica di natura infermieristica, il caso viene segnalato direttamente dal fisioterapista e viceversa. Questo riduce da un lato le tempistiche, dall'altro consente una presa in carico globale dei diversi aspetti della persona.
- *il reperimento di informazioni, il confronto, la presa di decisioni:* viene ribadito più volte il valore della vicinanza fisica tra i diversi operatori i quali tendono ad interpellarsi a vicenda in momenti più o meno formalizzati (dalla riunione

prevista settimanalmente alla richiesta fatta presso il marcatempo). Ciò viene evidenziato spesso portando numerosi esempi di richieste analoghe presso professionisti di altre strutture: in queste situazioni si riscontrano difficoltà nel reperimento delle persone, tempistiche di risposta elevate etc. Il valore della vicinanza fisica tra i diversi operatori viene più volte sottolineato.

- *nella gestione di problematiche di natura logistica*: da un punto di vista logistico emerge nella percezione dei gruppi interpellati la problematica relativa ai trasporti. Essendo necessario per gli operatori territoriali visitare a domicilio i singoli pazienti, gli operatori hanno a disposizione alcune auto aziendali, che sono comunque insufficienti per garantire a tutti gli spostamenti. Avviene quindi che, ancora una volta in modo informale, le diverse figure si organizzano per poter mettere in comune i loro mezzi personali di trasporto, evitando di sovrapporre le uscite.

(ft) C'è il fatto poi che abbiamo non solo i pazienti ambulatoriali quindi anche i domiciliari quindi noi abbiamo anche difficoltà con i mezzi...e questo è un altro capitolo perché non sempre abbiamo i mezzi a disposizione negli orari che ci servono. Quindi dobbiamo dividerli con i logopedisti, con gli educatori, insomma è abbastanza...diciamo questo l'aspetto che ci toglie anche energie...anche mentali perché siamo sempre a cercare di organizzarci in modo...al meglio...in modo da appunto avere un lavoro che insomma abbastanza fluido...

Emergono con forza i temi del valore della collaborazione e della centralità del paziente come fondanti per il gruppo; tali valori producono dinamiche positive dal punto di vista motivazionale e consentono l'erogazione di un buon servizio nonostante il calo di risorse e le problematiche di natura organizzativa e logistica.

(ft) Io credo che la sanità che si produce qui sia una buona sanità...cioè...proprio perché la gente lavora e ha scelto questo lavoro e quindi lo ha portato avanti, si è formata nel corso degli anni, ha fatto esperienza etc. Dopo trent'anni dire "Amo questo lavoro e lo faccio volentieri" mi appaga..

11. I valori su cui si fonda l'operato quotidiano dei professionisti del presidio

Sappiamo che il tema dei valori percepiti è un aspetto dirimente rispetto alle dinamiche dei contesti organizzati. Soprattutto quando ci troviamo a studiare professioni a contatto con la persona, l'aspetto valoriale è uno degli elementi fondanti prima di tutto la scelta professionale e in secondo luogo il modo in cui operativamente quella scelta viene vissuta nel quotidiano. Abbiamo già visto come emergano con forza, all'interno di questo gruppo di lavoro, due valori fondamentali: quello della cooperazione tra le diverse figure professionali, connesso ad una gestione tendenzialmente orizzontale delle relazioni, e il valore del paziente e della sua centralità nella vita lavorativa quotidiana. Riprenderemo in seguito questo aspetto quando tratteremo più nello specifico l'identità del fisioterapista. In questo frangente ci limitiamo a sottolineare come, sulla base di questi valori, si generi una frattura tra équipe di lavoro e direzione dell'azienda sanitaria, dinamica ingroup/outgroup in cui, a fronte di un buon grado di coesione interna corrisponde una scarsa integrazione del presidio con gli altri servizi.

Il valore della *cooperazione*, che viene portato come vanto di questa realtà, è, per gli operatori, frutto di quello che era stato in passato lo sforzo di creare realtà territoriali piccole, decentralizzate, ad alta integrazione interna. Viene più volte infatti ribadito da parte dei protagonisti il valore di “essere sotto lo stesso tetto”, ed è vissuta come problematica la nuova tendenza dell'AUSL verso lo smantellamento dei piccoli distretti territoriali con un processo di centralizzazione dei servizi. Elemento questo che ha una sua forza perché *ciò che viene messo in discussione non è solo la struttura organizzativa, ma l'impianto valoriale degli operatori*. Viene pertanto percepita una profonda distanza tra dirigenza e base, distanza valoriale prima che comunicativa o fisica. Questo, come detto, se da un lato porta ad un aumento della coesione interna al presidio, dall'altro acuisce la *distanza tra vertice e base*, alimentando un potenziale scollamento tra direttive aziendali e pratica quotidiana degli operatori.

Tale distanza si acuisce analizzando il secondo valore fondamentale riscontrato nel presidio, la *centralità del paziente*. Tipicamente la scelta di una professione come quella del fisioterapista, ma anche di tutti quegli operatori che si occupano di cura della persona, si muove su questa matrice valoriale. La centralità del paziente, il lavoro con il paziente e per il paziente sono un elemento fortemente motivante e vissuto quotidianamente. Il tema della resistenza manifestata dagli operatori rispetto all'aumento della burocrazia, cui abbiamo fatto cenno, si comprende appieno se si considera che nella percezione degli intervistati questo sovraccarico viene visto come elemento che toglie tempo al lavoro con il paziente, oltre a rappresentare un altro elemento di distanza valoriale tra operatori sul campo e dirigenza sanitaria.

(ft) C'è anche da dire che comunque con la scarsità di personale, la scarsità di risorse perché ci sono sempre meno soldi per fare le cose... non si acquista materiale di qualità, abbiamo arredi e oggetti per lavorare che sono antideluviani, risorse molto scarse quindi il lavoro si basa sulla nostra professionalità, la nostra passione, la soddisfazione che ti dà l'utente perché l'unica soddisfazione che hai è sapere che hai lavorato bene con un paziente che ti esce... Sai come ti è entrato e vedi come esce e sei contenta perché ti torna il familiare che ti ringrazia, torna il paziente che ti ringrazia, ti telefonano.

Nessuno viene qua mai a dirti “bravo hai lavorato bene” perché nessuno ti dice che hai lavorato bene... tendono a chiederti “fai, fai, fai in poco tempo perché abbiamo poco tempo, perché dobbiamo riempire, dobbiamo dimettere, dobbiamo riempire... basta fare” senza qualità... Noi per fortuna siamo un gruppo che lavora bene e un ritorno c'è ma solo perché lo vediamo dal lavoro che facciamo. Però la burocrazia è infinita, non ci danno un euro in più per le cose che facciamo, molte cose sono su base volontaria o sono quote di stipendio ridicole, quindi lo facciamo proprio perché ci piace. Abbiamo lo stimolo per fortuna della scuola, dell'università, degli studenti, ma se no qui sta diventando un posto dove si lavora proprio per dei numeri: le entrate, le uscite. A noi nessuno viene mai a chiedere cosa facciamo, come lo facciamo, non interessa.

(ft) Perché noi siamo il servizio territoriale dell'azienda d'accordo? Te cosa vuoi fare? Vuoi risparmiare e questo si è capito...allora perché? Vuoi che la centralità sia del paziente: tutte queste belle parole ma stai lavorando perché... cioè, io vorrei che l'azienda in questo senso fosse coerente.

È quindi evidente una profonda scollatura tra operatori e direzione aziendale rispetto alla *mission* e alla *vision* percepite. Nonostante questa scollatura la motivazione dei

singoli pare essere sostenuta dal gruppo di lavoro del presidio, luogo in cui invece si percepisce, si condivide e quindi si vive questa scelta valoriale. Il mantenimento di un buon grado di soddisfazione lavorativa e scarsi sentimenti di frustrazione sembrano quindi non poggiarsi sulla adesione alle direttive aziendali, ma sul micro contesto osservato, capace di preservare e promuovere questi valori originari e di trasmetterli.

Un ulteriore elemento di distanza che si viene a generare tra direzione aziendale e presidio riguarda il *tema delle cliniche private*, cliniche nelle quali i pazienti che regolarmente vengono trattati nel presidio vengono inviati per trattamenti intensivi di riabilitazione. Questo è un ulteriore elemento conflittuale che emerge principalmente dalla popolazione dei fisioterapisti. L'elemento conflittuale tra struttura pubblica e struttura privata, oltre che avvalorato dalla totale sovrapposizione delle attività, è problematico proprio alla luce del calo delle risorse investite dalla Direzione nella riabilitazione in generale e in questo presidio in particolare. L'invio in strutture cliniche private convenzionate da parte dell'AUSL viene contrapposto a quelli che sono i tagli alla spesa per il servizio territoriale. In queste scelte di budget gli operatori del presidio colgono una squalifica del proprio lavoro e della propria realtà, con una preferenza di investimenti verso il settore privato. Squalifica non solo agli occhi dell'organizzazione, ma anche in parte agli occhi dei pazienti stessi che sono così portati a fare un confronto tra le due diverse realtà e i due diversi tipi di trattamento.

(ft) Ci ritroviamo a volte a vedere che ci sono canali di intervento paralleli, per esempio su un bambino, che vengono decisi dall'azienda stessa che è sempre quella. Per cui esemplifico: io seguo un bambino, magari da anni. A un certo punto viene accordato il fatto che questo bambino faccia un percorso per altrove. Chi glielo accorda? L'azienda. Pagando dei bei soldini, cioè mila euro. Dove gli fanno tutto per benino, valutazione, ci sta tre mesi, quattro mesi, un mese: intervento intensivo dove c'è scritto come è entrato, come è uscito, quanto ha preso, tutto quanto. Dove in fondo quello che viene scritto non differisce troppo magari da quello che noi in maniera meno scientifica diciamo. Poi viene rimandato a noi con una serie di richieste e anche, a quel punto, di pretese da parte della famiglia magari in una situazione ormai stabilizzata e cronica.

12. I processi comunicativi tra il presidio e altri reparti

Se, come abbiamo visto, all'interno del presidio esistono numerosi momenti informali di cooperazione e collaborazione, e quindi anche di buona comunicazione rispetto alle diverse esigenze e problematiche, un discorso diverso va fatto per quel che riguarda i flussi comunicativi orizzontali (con altre strutture e altri servizi) e verticali (con la dirigenza dell'azienda).

Per quel che concerne i flussi comunicativi verticali la situazione ricalca quella fortemente gerarchica del sistema ospedaliero italiano. *I flussi comunicativi sono monodirezionali*, secondo una direzione *top-down*, dove le istanze, le richieste e le esigenze della base non hanno modo di essere raccolte e non esistono sistemi di valutazione e di ricezione delle esigenze espresse dal reparto produttivo. La comunicazione si svolge quindi secondo la sola direzione apice-base, alimentando senso di frustrazione e fastidio.

Viene in parte percepito anche un deficit di comunicazione all'interno del comparto dirigenziale, dove pare manchi un'unità di intenti.

(ft) Cioè certe decisioni sono prese e poi al pari livello non ne sanno nulla. Perché hanno anche tante cose a cui pensare però, voglio dire, su certi progetti bisogna che si mettano intorno ad un tavolo e le decisioni vengano prese insieme e comunicate.

Le difficoltà a livello di comunicazione interna si evidenziano anche nei flussi orizzontali. Gli operatori lamentano spesso difficoltà nel reperimento dei colleghi di altri reparti o di altre unità operative. Difficoltà che portano ad un aumento delle tempistiche di intervento.

(medico) In altri distretti le difficoltà un po' rimangono queste, che per trovare la persona con cui parlare ti ci vuol tre giorni, è vero che esistono le email ma alle email non sempre rispondi.

13. Il fisioterapista al lavoro

Ci accingiamo ora ad analizzare più nello specifico la figura del fisioterapista presso il presidio preso in oggetto. Cercheremo di descriverlo nelle sue attività quotidiane, nelle sue relazioni con gli altri colleghi, nei rapporti con gli altri operatori, nelle diverse problematiche, aspirazioni e rivendicazioni professionali.

Le attività del fisioterapista nel presidio Canova

All'interno del presidio territoriale, come abbiamo precedentemente anticipato, il lavoro del fisioterapista prevede interventi in loco ed interventi presso il domicilio dei pazienti. L'intervento domiciliare del fisioterapista porta con sé alcuni elementi positivi ed altri parzialmente negativi per l'organizzazione del lavoro all'interno del presidio:

- l'aspetto positivo dell'attività domiciliare del fisioterapista è il fatto di poter intervenire in situazioni disagiate presso pazienti che non avrebbero la possibilità di recarsi presso la struttura. Inoltre il fisioterapista può agire nello spazio vitale del paziente, conoscere il contesto sociale ed abitativo dei pazienti in trattamento e, nel caso, segnalare eventuali problematiche o esigenze di natura non prettamente fisioterapica ma che possono interessare il servizio sociale o il reparto infermieristico;
- l'aspetto problematico del lavoro a domicilio è legato alla gestione dei mezzi di trasporto in dotazione ai diversi operatori. L'organizzazione dell'AUSL per fronteggiare la situazione ha disposto l'utilizzo di mezzi pubblici per quegli operatori che non hanno a disposizione un mezzo di locomozione. La problematica che però emerge rispetto a questa direttiva è che l'utilizzo di mezzi pubblici è da un lato complicato da una rigida procedura burocratica per ottenere i biglietti, e dall'altro dall'aumento delle tempistiche d'intervento che dilatano in modo insostenibile i tempi di trasferimento presso i diversi domicili.

Nel presidio oggetto di studio i fisioterapisti sono impegnati su tre diverse tipologie di pazienti:

- pazienti neurologici, la cui patologia altera il normale funzionamento motorio;
- pazienti ortopedici, con necessità di un recupero funzionale dopo operazioni, fratture ed interventi;

- pazienti del servizio infanzia, con necessità di sviluppo motorio prima ancora che di recupero funzionale.

Tendenzialmente, i diversi operatori vengono assegnati ad una singola classe di pazienti, consentendo un buono sviluppo di competenze specifiche rispetto ad alcune problematiche ricorrenti. È comunque possibile per tutti gli operatori una certa alternanza: in particolare gli operatori con maggiore anzianità possono vantare interventi su tutti i diversi tipi di pazienti.

Tipologie d'intervento attuate

Abbiamo già sottolineato come ci sia, all'interno del mondo ospedaliero, una contrazione delle risorse investite nella riabilitazione, che ha come risultato la diminuzione degli operatori attivi presso le strutture; ciò riduce le possibilità di intervento sui pazienti. Una tendenza che viene sottolineata sia dagli operatori sia dagli stessi pazienti e familiari intervistati riguarda infatti la frequenza degli interventi settimanali.

(familiare) *Cioè mi scusi: volevo dire questa cosa, dal 2005 una cosa è cambiata. Nel 2005 lei veniva tutti i giorni...oggi viene due volte la settimana.*

(familiare) *La palestra bisognerebbe farla tutti i giorni, invece di farla due volte bisognerebbe farla quattro.*

La riduzione della frequenza settimanale di intervento è una forte criticità per i pazienti e i loro familiari poiché il lavoro dei fisioterapisti nel presidio si configura come un trattamento nel lungo periodo, un'azione prolungata nel tempo e non intensiva come gli stessi pazienti possono sperimentare nelle cliniche private:

(ft) *questo lo dico sempre ai pazienti, fra noi e le strutture private è il fatto della frequenza del trattamento, perché noi abbiamo una frequenza più diluita però più lunga nel tempo, noi monitoriamo il paziente per mesi e cerchiamo anche di controllarlo nella sua evoluzione o anche nella sua involuzione perché abbiamo anche tante malattie degenerative purtroppo, sclerosi, SLA e quant'altro.*

L'accompagnamento formativo nei confronti dei pazienti e dei loro familiari

Un'ulteriore attività svolta dai fisioterapisti del presidio è l'“educazione alla riabilitazione” portata avanti nei confronti di pazienti e familiari. Il lavoro svolto presso questo presidio si caratterizza proprio per una particolare attenzione da parte dei fisioterapisti alle attività di educazione e di formazione dei familiari, e quindi di potenziamento del loro ruolo come caregiver all'interno della relazione di cura. Tale attività emerge nelle testimonianze dei pazienti e familiari intervistati come peculiarità di questo servizio territoriale, non prassi generalizzata, ma specifica della realtà in oggetto.

(familiare) *Guarda la cosa che ho notato subito: qua a differenza degli altri è che mi hanno fatto entrare nella stanza insieme a lui e mi fanno vedere gli esercizi, mi insegnano anche a me eventualmente a fare gli esercizi a casa, cioè posso vedere con i miei occhi, interagire con la fisioterapista, cosa che là (riferimento ad una struttura privata) io non ho mai saputo che cosa gli fanno fare, e invece questa è*

una cosa molto positiva secondo me. Noi l'abbiamo apprezzata moltissimo, davvero.

Lo stesso discorso emerge dalle parole dei fisioterapisti:

(ft) Molto del nostro lavoro spesso è istruzione alle badanti prima che ai parenti, che non ci sono più. Ci sono le badanti capito? Cioè, è tutto un lavoro di organizzazione intorno ad una persona che è veramente centrato sempre sulla famiglia.

Questo elemento viene visto dai pazienti come un “valore aggiunto” dell'attività specifica svolta in questa realtà territoriale, con il risultato di potenziare i caregiver rispetto ad un ruolo a cui tendenzialmente non sono pronti, non sono formati. Acquisendo maggiori strumenti di cura i familiari sentono di avere un ruolo più attivo nel percorso riabilitativo del paziente, con conseguente diminuzione del senso d'inadeguatezza e d'impotenza spesso presenti in chi si trova a dover accudire persone colpite da gravi deficienze funzionali.

14. Un fisioterapista “particolare”: il responsabile dell'unità operativa

Il lavoro del fisioterapista all'interno dell'unità operativa non si esaurisce nelle pratiche clinico-riabilitative sopra esposte. Con l'introduzione dei master di coordinamento per le professioni sanitarie sono stati attribuiti ruoli di coordinamento non solo alle figure mediche ma anche a quelle non mediche. Ma quale ruolo di fatto viene agito e con quale autonomia?

Uno dei compiti del mansionario del coordinatore di unità operativa è un lavoro di back office orientato più ad aspetti amministrativi che non propriamente gestionali.

(coordinatore ft) Poi c'è stato questo grosso cambiamento nell'ultimo anno, a proposito di gestione delle risorse umane, che noi coordinatori dobbiamo gestire i riepiloghi orari degli operatori, che non era mai successa questa cosa negli anni passati perché, diciamo, il famoso cartellino veniva gestito dall'amministrativo in sede centrale.

Come visto in precedenza, il calo delle risorse e la diminuzione degli operatori del comparto amministrativo ha aggravato il mansionario burocratico degli operatori, ed in particolare del responsabile di unità operativa. Di fatto il ruolo del coordinatore appare a nostro giudizio depotenziato rispetto agli aspetti più propriamente gestionali, caratterizzati in qualunque contesto organizzato da un discreto grado di autonomia. Di fatto i coordinatori si trovano nell'impossibilità di gestire un budget in maniera autonoma, svolgono una funzione che se da una parte, come visto, è di raccordo per quel che riguarda il servizio amministrativo dell'azienda, dall'altra si limita ad azioni organizzative dirimenti, legate alla gestione della quotidianità, senza poter incidere sull'organizzazione in maniera significativa.

(coordinatore ft) C'è anche un po' un travisamento del ruolo professionale, cioè, nel senso... i compiti puramente di tipo burocratico amministrativo non sono propriamente compiti di tipo gestionale.

(coordinatore ft) *Io vivo il mio ruolo da una parte positivo e da una parte negativo. Parte positiva è sicuramente quello che ho potuto imparare in un master per funzioni di coordinamento, quello che mi è dato dalle mie capacità personali... creare un clima organizzativo che faccia lavorare bene i miei colleghi (...). Dall'altra invece c'è tutta una parte negativa di questo ruolo che è proprio il fatto che è lo svilimento di una professionalità, perché se tu hai fatto una formazione che ti dice che è importante entrare nei meccanismi della gestione del budget, della definizione degli obiettivi e poi tu ... chi coordina questo dovrebbe essere un po' la funzione e il ruolo, in realtà poi è puramente un controllo della carta igienica o del pavimento pulito.*

Ai coordinatori quindi, nonostante un parziale riconoscimento, non viene di fatto accordata alcuna autonomia decisionale, riducendo il coordinamento ad attività pragmatiche legate alle gestione delle esigenze quotidiane. Si viene pertanto a confermare, come vedremo più approfonditamente in seguito, una dinamica di misconoscimento delle specifiche competenze professionali che, se nel caso specifico ora considerato riguardano le figure di coordinamento, di fatto è generale rispetto alla formazione e alle competenze del fisioterapista.

15. Fisioterapisti in relazione

Le relazioni tra fisioterapisti e pazienti

Come abbiamo visto, la relazione tra fisioterapista e paziente è il luogo di riconoscimento per il fisioterapista della propria identità professionale ed è quindi vissuto come potenziante e tendenzialmente positivo. È il luogo dove si rende manifesto il suo valore come professionista, dove il suo agire quotidiano assume un senso ed è il luogo della gratificazione che spesso manca a livello di relazioni con la dirigenza.

Dalle percezioni dei nostri intervistati emerge come il fisioterapista venga percepito da pazienti e familiari come un punto di riferimento importante, una figura più vicina di quella del medico, essendo considerato spesso il nodo centrale del percorso riabilitativo. È significativo sottolineare come in una professione dall'alto contenuto tecnico (il lavoro del fisioterapista a prima vista si definisce attraverso l'applicazione di tecniche di manipolazione) venga attribuito dagli stessi professionisti un così grande valore alla relazione. Riteniamo che la posizione centrale che i pazienti riconoscono al fisioterapista dipenda dall'importanza che assume l'aspetto relazionale. In una disciplina come quella riabilitativa, il ruolo attivo del soggetto in riabilitazione è condizione necessaria per un buon successo terapeutico. La relazione paziente-fisioterapista diventa allora uno strumento in grado di attivare il paziente alla collaborazione nel percorso di cura. La motivazione e l'adesione del paziente al trattamento, presupposto imprescindibile per una buona azione terapeutica, sembrano essere mantenuti grazie anche alle abilità e alla qualità delle relazioni che si vengono ad instaurare proprio tra operatore e paziente.

L'aspetto relazionale diventa però anche faticoso e difficile, a volte, come dai racconti dei pazienti, dei familiari e degli stessi professionisti della riabilitazione. Il fisioterapista è chiamato infatti a fronteggiare situazioni ad alto livello emotivo, pazienti con ridotta funzionalità, caregivers in latente burn-out. In questa prospettiva il fisioterapista assume anche il ruolo di sostegno psicologico, aiutando pazienti e familiari ad affrontare ed elaborare condizioni di sofferenza psichica.

(pz) Avevo l'Elena come fisioterapista, mi ha aiutato, magari conoscendo la situazione in cui mi trovavo, mi ha aiutato molto, dando degli esercizi e dando una parola di conforto... Allora può darsi che io sia una donna emotiva, delle volte cerco proprio la persona che mi fa parlare per esporre il mio problema, delle volte mi rendevo conto anche che le raccontavo sempre della mia storia.

(pz) Dieci anni fa, se mi dicevano il fisioterapista, a che serve per me... invece ora ho capito in questi sette-otto mesi l'importanza che hanno... perché sono bravi. Ti aiutano, ti danno morale.

Gli stessi fisioterapisti sottolineano a più riprese questo lato del proprio lavoro:

(ft) Assolutamente al primo posto, non c'è una cosa terapeutica come la relazione.

(ft) Cioè questo senso a noi per la famiglia... anche a volte nell'adulto, ma nel bambino siamo una figura centrale, familiare, fondamentale, un punto di riferimento forte.

(ft) È tutto un enorme lavoro di fare in qualche modo accettare, di far elaborare un macello - che sono macelli - dando valore alla vita. Sostanzialmente siamo in quest'ambito, quindi tutto si gioca sulla relazione, sull'amore che passa attraverso la relazione fra te e quel bambino e quella mamma.

L'aspetto relazionale è quindi un elemento centrale nel lavoro del fisioterapista, che porta con sé oltre alle dinamiche positive fin qui esposte, anche le difficoltà e le problematiche di chi lavora con la relazione in determinati contesti. Ossia il tema del burn-out o comunque della fatica psicologica del “prendersi cura”. A fianco della naturale fatica fisica legata alle specificità della professione si colloca quindi anche la fatica psicologica, da cui discende una crescente richiesta di formazione sui temi relazionali e di comunicazione interpersonale.

(ed. professionale) I fisioterapisti vengono alla riunione del servizio salute mentale, io ho avuto la percezione di un...che abbiano un desiderio di formazione anche più globale ecco...anche da alcuni incontri, da alcune cose...anche proprio sugli aspetti relazionali...questo bisogno di aumentare le loro competenze anche proprio di ascolto, anche proprio del paziente, di ascolto del familiare, come poter gestire la famiglia, come gestire i familiari insomma.

La relazione è quindi per il fisioterapista un vero e proprio strumento di lavoro, il cui studio ed approfondimento diventano centrali quanto lo studio di nuove tecniche. Una buona competenza relazionale viene percepita come necessaria per lo svolgimento della professione, non accessoria ma centrale. Perché non solo consente migliori relazioni sul posto di lavoro ma influenza sensibilmente l'andamento del trattamento. Diventa pertanto vera e propria relazione terapeutica, da non lasciare quindi al caso, ma da affrontare anch'essa con strumenti professionali.

(ft) Ne abbiamo discusso anche recentemente di questa cosa...però quando si diceva...eh be tu ad un certo punto mi hai detto “Non si capisce perché anche gli studenti fanno dei buoni trattamenti a volte no?” allora gli studenti sanno poche cose, se vuoi. Allora che cos'è che funziona? Spulcia, spulcia, spulcia ne abbiamo parlato ed è questa la risposta. È l'empatia, è la relazione.

(ft) La professione infermieristica la rispetto e lungi da me, però è diverso (il lavoro del fisioterapista) dal somministrare un farmaco. È vero che è importante come glielo dai, al paziente e tutto, ma è legato ad una prestazione che ha un suo effetto. La nostra è una prestazione umana, cioè di contatto, di tocco, di rapporto; è tutta un'altra professione, ed è molto... capisco... difficile..

Le relazioni tra i fisioterapisti e le altre figure operanti nel presidio

Sottolineata l'importanza della relazione nel lavoro del fisioterapista, passiamo ad analizzare le relazioni tra le diverse figure professionali nel presidio in oggetto. È importante ricordare nell'analisi di queste relazioni l'aspetto organizzativo specifico di questo presidio che si fonda su relazioni orizzontali e sui valori della cooperazione e della centralità del paziente.

Come abbiamo già illustrato, il grado di coesione e il clima organizzativo incontrato all'interno del presidio sono molto positivi e favoriscono buone relazioni tra i diversi operatori. Nonostante ci siano spazi di sovrapposizione tra i diversi professionisti, non emergono rigidità o conflitti. Lo stesso stile di lavoro, basato sul confronto e sulla collaborazione reciproca, viene portato come vanto e presentato come modello di gestione ottimale per favorire buoni risultati di trattamento.

(inf) Ci sono cose che riusciamo a mettere in atto grazie al fatto che i fisioterapisti, su quel fronte lì, hanno una professionalità superiore per cui riusciamo a fare certe cose perché i fisioterapisti ci sono per cui ci guidano.

16. “Ma fate i massaggi?” Ovvero l'identità difficile del fisioterapista

La comprensione di quale sia realmente il lavoro specifico del fisioterapista è uno degli elementi di criticità che, come ovvio, va ad integrarsi con quella dinamica complessa che è la negoziazione dell'identità professionale del fisioterapista. Generalmente l'idea di quale sia la professionalità specifica del fisioterapista sembra essere molto confusa e decisamente parziale. La professione del fisioterapista sta di fatto subendo un'evoluzione che sfugge a molti. La figura professionale del fisioterapista risulta ancora una volta poco compresa da coloro con cui non è in contatto diretto, a volte addirittura stigmatizzata e banalizzata.

(ft) In tutti questi anni c'è stata un'evoluzione della conoscenza di chi era il fisioterapista perché (...) se mio nonno è morto dicendomi “Ma che lavoro fa la Chiara? L'estetista?” E c'è ancora qualcuno che ci chiede “Ma fate i massaggi?”

Rispetto a questo tema, nelle interviste collettive, si percepisce un alto livello emotivo quando si entra in argomento, segno che la visione che percepiscono nella popolazione, il tema della loro riconoscibilità sociale appunto, è un tema caldo, fortemente presente nella quotidianità del terapeuta e di fatto anche particolarmente sofferto. Tendenzialmente l'immagine stigmatizzante da cui il fisioterapista si difende è quella del massaggiatore. Infatti, in risposta alla domanda proposta nel focus group “Quando vi capita di dover spiegare ad un amico che cosa fanno i professionisti del settore riabilitativo che cosa dite?”, la prima risposta è stata:

(ft) Non facciamo massaggi, è questo quello che diciamo subito.

La tendenza a difendere la propria identità professionale segnalandone la distanza da quella del massaggiatore ci suggerisce la presenza di un processo di assimilazione tra queste due figure professionali. Pare che *l'esperienza diretta con il fisioterapista* sia l'unica situazione in cui poter comprendere nella sua totalità il lavoro e anche l'identità professionale del professionista della riabilitazione. L'esperienza diretta o indiretta (come paziente o familiare) diventa l'unica occasione in grado di produrre un cambiamento di visione verso il fisioterapista.

(ft) *Nel senso che qui non c'è la cultura, cioè, nel senso che qui chi sta male sì, allora sanno cosa può essere, però una persona che sta bene non si rende neanche conto di cosa il fisioterapista faccia.*

Questa confusione, che diventa misconoscimento, può apparire in parte giustificabile per la popolazione, ma stupisce quando viene attribuita dai gruppi intervistati anche ad altri professionisti sanitari, non fisioterapisti. In questi casi, probabilmente, si tratta anche di un riconoscimento reciproco di ruoli e funzioni che spesso non avviene:

(ft) *Dove c'è stata esperienza personale, infatti tratto volentieri o sono contenta se voi trattate chi capita: dal medico mal di schiena ecc. perché cambia da così a così, quando certi medici o certe capo sale infermiere ecc. ce li hai come pazienti dopo cambia il loro modo di vedere la professione e questa è tutta un'altra faccenda.*

A ben vedere quindi è tendenzialmente se non quasi esclusivamente nel rapporto tra fisioterapista e paziente che avviene in maniera più proficua la negoziazione - e quindi la costruzione - dell'identità professionale dei fisioterapisti. Questa relazione diventa così il luogo dove l'identità del fisioterapista può essere riconosciuta ed accettata, il luogo in cui avviene quella conferma del sé negoziato (in questo caso un sé professionale) così importante per mantenere alta la motivazione degli operatori. È infatti indicativo sottolineare come gli stessi fisioterapisti riconoscano nella relazione con il paziente il luogo in cui traggono la loro maggiore soddisfazione lavorativa, proprio in quanto luogo dove vengono confermati nel valore del loro intervento e della loro professionalità.

La relazione col paziente diventa perciò fondamentale e fondante l'identità stessa del fisioterapista. Da questo comprendiamo meglio le forti rigidità evidenziate e legate all'aumento del carico burocratico visto come ostacolante la relazione con il paziente. La burocrazia non solo toglie tempo, ma toglie compensazioni di natura affettiva di cui ogni lavoratore necessita per poter svolgere al meglio la propria professione.

(coordinatore ft) *Quando mi hanno chiamato a fare il coordinatore io non lo volevo fare, perché il fisioterapista ama il suo rapporto con il paziente da cui ha una gratificazione che non ha pari, per quanto io voglia bene ai ragazzi qua che sono molto gratificanti nei miei confronti, scusate ma non c'è niente di paragonabile alla soddisfazione di un trattamento del paziente.*

L'autopercezione in rapporto ai rimandi dei medici

(ft) *La riabilitazione è il recupero di una funzione che può essere una funzione di*

un arto ma una funzione anche di un corpo intero. Se il paziente non sta in piedi lo mettiamo in piedi noi.

Nella definizione di riabilitazione i fisioterapisti ovviamente includono la definizione di se stessi. Questa citazione nel quadro da cui è stata estrapolata è utilizzata pragmaticamente dall'intervistato per nobilitare il concetto della riabilitazione, che coincide di fatto col nobilitare la propria identità professionale. I fisioterapisti intervistati riconoscono di possedere una peculiare professionalità che consente loro di lavorare a livello motorio per un recupero funzionale del paziente. Rispetto al loro particolare quadro formativo e d'intervento si ritengono competenti, capaci di fare valutazioni e prendere decisioni corrette. La tendenza degli operatori della riabilitazione a seguire corsi di formazione, anche autofinanziandosi e rinunciando alle ferie, è un elemento emerso da più voci. Questo quadro identitario viene pertanto rivendicato dai nostri intervistati auspicando una maggiore autonomia decisionale e di intervento. Autonomia non sempre riconosciuta nella relazione con il medico prescrittore, che decide i percorsi riabilitativi a cui i fisioterapisti devono (o dovrebbero) attenersi.

(ft) Non sono a conoscenza della riabilitazione (i medici), quello che è la riabilitazione... Secondo me sono pochissimi anche i neurologi che sanno effettivamente che cosa fa un terapeuta che fa un trattamento neurologico. Sono pochissimi gli ortopedici e sono pochissimi anche i fisiatristi. Dovrebbero essere gli specialisti della riabilitazione. Quindi dovrebbero avere una... prescrivono a volte delle riabilitazioni a seconda dei metodi dei quali loro non se ne interessano mai.

Le problematiche professionali di natura relazionale si evidenziano a livello del rapporto con i medici, figure deputate alla prescrizione dei trattamenti, di fatto quindi in posizione gerarchicamente superiore rispetto al fisioterapista. È di fatto una lotta identitaria prima ancora che una lotta di potere, la rivendicazione di una specifica competenza professionale nella quale i fisioterapisti sentono di possedere competenze adeguate, rispetto ai loro compiti, tanto quanto quelle mediche. Alla luce di questa dinamica si comprende quindi la tendenza dei fisioterapisti ad una formazione sempre più specialistica e alla costruzione di un proprio profilo professionale sempre più competente. Che però fatica poi a trovare un riconoscimento nel rapporto con i medici che attuano vere e proprie dinamiche di disconferma nei loro confronti, come emerge da numerose testimonianze. Siamo quindi di fronte, ancora una volta, alla difficoltà vissuta dal fisioterapista nel farsi riconoscere dai medici in primis, ma anche dagli altri operatori sanitari, nelle proprie specificità professionali.

Medici di medicina generale, fisiatristi ed altri specialisti

Abbiamo visto come emergano delle criticità nella relazione tra fisioterapista e medico, come sia presente una relazione asimmetrica che, mentre il fisioterapista cerca di equilibrare, il medico tende a cristallizzare. Ma c'è differenza tra le diverse tipologie di medici.

Volendo scendere maggiormente in profondità rispetto alla relazione fisioterapista-medico possiamo analizzare le relazioni che si vengono ad instaurare tra i diversi medici specialisti, in particolare:

- medici di medicina generale;
- medici fisiatristi;
- medici di altre specialità.

Secondo ciò che emerge dai focus group, il rapporto tra MMG e fisioterapista è un rapporto atipico rispetto a quello appena descritto con il comparto medico in generale. Tendenzialmente i rapporti sono migliori, le opinioni dei fisioterapisti sui MMG sono buone e si evidenzia un buon grado di collaborazione e di riconoscimento reciproco.

(ft) Noi cerchiamo abbastanza anche i medici curanti eh...laddove ci sono situazioni in cui...è necessario coinvolgere il medico curante si coinvolge. E loro rispondono, sono bravissimi. Ci tengono, si fanno trovare, insomma difficile trovare quello che... Che ce ne sono di messi meglio e di messi peggio ma insomma... sono disponibili.

Per quel che riguarda invece il rapporto con medici specialisti, in particolare medici ortopedici e neurologi, il rapporto è maggiormente conflittuale. Tendenzialmente si assiste ad un misconoscimento della figura del fisioterapista. La percezione che emerge dai discorsi dei fisioterapisti è quella di un discredito della loro disciplina di competenza, la riabilitazione appunto. Questo elemento si criticizza ulteriormente, come visto in precedenza, nel momento in cui è il medico a prescrivere la riabilitazione, in taluni casi indicando nello specifico le diverse pratiche che il fisioterapista è chiamato ad operare sul paziente. Il medico viene quindi visto come colui che, a volte in maniera poco competente, ha il potere di decidere cosa il fisioterapista deve o non deve fare, riducendo così la sua autonomia e quindi, di fatto, il suo valore professionale.

(ft) Ci sono delle situazioni in cui l'ortopedico dice solo "Cammini e cammini il più possibile". E tu te li ritrovi poi coi dolori, soprattutto quelli che hanno problemi all'arto inferiore...che è capitato vero... Sì, a volte si spera che l'ortopedico dica "Cammini, cammini, cammini" perché su uno che dice "Cammini, cammini", dieci dicono "Sì la faccia la riabilitazione, vada dal fisioterapista che la mette a posto lui". Sì ma nella non conoscenza ci sta il fatto che quella riabilitazione te la danno a caso.

La relazione asimmetrica si evidenzia a livello di pragmatica della comunicazione analizzando i contatti che intercorrono tra fisioterapisti e medici. Uno degli elementi riportati durante l'intervista collettiva riguarda la frequenza con cui vengono contattati telefonicamente dagli specialisti. Il rapporto asimmetrico si manifesta con una frequenza molto alta di chiamate e di contatti da parte dei fisioterapisti verso i medici non compensata dalle stesse modalità dei medici verso i fisioterapisti. Volendo leggere il piano della relazione che si muove rispetto alla scelta, altamente comunicativa, di non iniziare l'interazione possiamo fermarci alla domanda "chi ha bisogno di chi?". L'atto di non voler iniziare l'interazione (difficile pensare che non esistano bisogni incrociati che porterebbero ad alte frequenze interattive) nasconde una precisa negoziazione di relazione dei medici che *non hanno bisogno* del fisioterapista.

(ft) Però soprattutto abbiamo una libertà mentale di chiamarli noi questi dottori e dire "Oh dottore" perché a me non mi costa quando chiamo loro. Loro non lo farebbero nemmeno sotto tortura di chiamarci.

(ft)...a me mi ha telefonato C. Oh...una volta... In trent'anni... E ringrazia il cielo.

Relazione asimmetrica che i fisioterapisti faticano ad accettare, rivendicando una maggiore professionalità, una maggiore riconoscibilità, quindi una identità professionale riconosciuta come competente e autonoma.

La relazione con il medico fisiatra è, tra le relazioni professionali, quella più problematica per il fisioterapista. Il fisiatra è la figura medica adibita al trattamento di pazienti che presentano disabilità congenita o acquisita legata a problematiche traumatiche, neurologiche o vascolari. Di fatto la figura del fisiatra si pone a volte in contrasto con la figura del fisioterapista a causa di possibili sovrapposizioni. In particolare, ciò che alimenta la frattura è il fatto che la professionalità del fisiatra si scontra con quelle che sono le richieste e le ambizioni del fisioterapista rispetto al suo progresso professionale: in un certo senso, il fisiatra è la figura medica che di fatto “occupa” la posizione a cui i fisioterapisti ambiscono.

Il fisioterapista, rispetto all'ambito specifico della riabilitazione fisica e funzionale, rivendica una professionalità alta, non solo un sapere tecnico ma intellettuale. Rivendica la propria autonomia professionale, decisionale nella scelta delle tecniche e metodologie migliori, nella scelta della tipologia di trattamento. La figura del fisiatra viene quindi a volte stigmatizzata dai fisioterapisti intervistati poiché ritenuta non sempre competente, in certi casi inutile, in altri è considerata un tentativo da parte della corporazione dei medici di mantenere il proprio status e la propria centralità. Potremmo definire il fisiatra come la figura a cui il fisioterapista, dichiaratamente o meno, tende. Con il quale il fisioterapista intraprende una competizione a distanza che, non potendo alterare la dinamica di potere, si basa sulla crescita delle competenze professionali.

(ft) I fisiatra sono gli unici che dicono quello che dobbiamo fare noi. Non so se mi sono spiegata.

(..) Che invece spetta a noi decidere.

(ft) Viene dato troppo valore secondo me alla figura del fisiatra perché il tipo di prescrizioni o indicazioni di trattamento che fa il fisiatra o l'ortopedico potrei farle io molto meglio. E quindi ci sono giochi di potere che vanno molto più in alto del livello locale, a livello di ordini di medici che qui in Italia è un bel problema.

Nel caso specifico del presidio preso in oggetto questa dinamica, potenzialmente frustrante per il fisioterapista, viene in parte elusa. L'autonomia decisionale, così fortemente necessaria per sostenere la propria identità professionale, se non è regolamentata, lo diventa di fatto. La lontananza fisica, la sostanziale autonomia della gestione del presidio, consentono ai fisioterapisti di prendersi di fatto parte di quelle libertà che ritengono necessarie per il buon svolgimento della loro opera professionale. Queste condizioni permettono l'emergere di strategie informali che se da una parte sono funzionali al buon funzionamento del servizio, dall'altra consentono ai fisioterapisti di sperimentare più ampi margini di autonomia rispetto ad altre strutture.

PARTE II

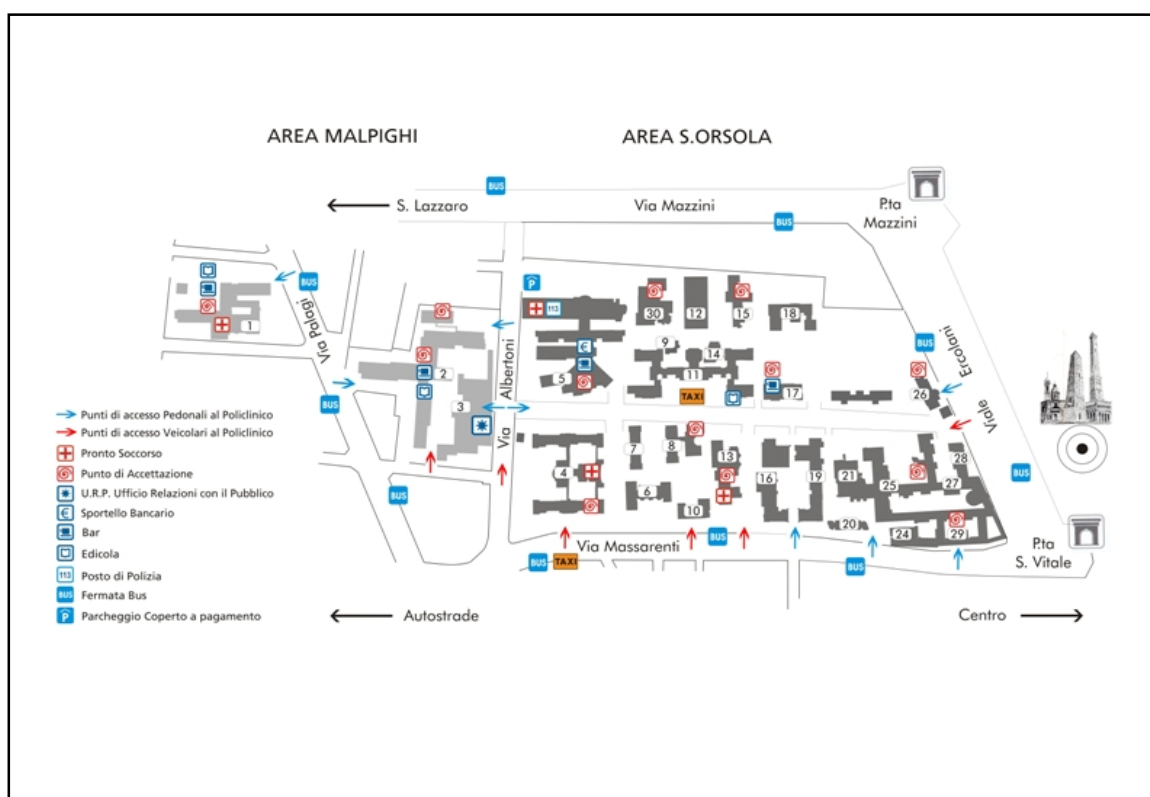
Studio di caso dei servizi riabilitativi del Policlinico Sant'Orsola-Malpighi di Bologna

SEZIONE A – RISULTATI OSSERVATIVI²²

17. Il Policlinico Sant'Orsola-Malpighi

Annoverata tra le principali strutture ospedaliere italiane, nonché punto di riferimento internazionale per la diagnosi e la cura di svariate patologie, il Policlinico S. Orsola-Malpighi si configura come un'entità estremamente complessa e articolata. Il polo, che si estende per circa due chilometri a ridosso del centro cittadino ed è logisticamente strutturato in 27 Padiglioni, è organizzato in 7 Dipartimenti cui afferiscono 87 Unità Operative ed è dotato di oltre 1300 posti letto. L'organico supera i 5600 dipendenti, cifra che comprende anche i ricercatori e i medici universitari, dal momento che il Policlinico ospita anche la Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Bologna. Per quanto attiene all'entità dei servizi offerti, l'ammontare annuale di ricoveri realizzati è superiore a 70.000 mentre il numero di prestazioni erogate è valutato in 4.000.000²³. Se pochi numeri possono essere sufficienti a dare un'idea delle dimensioni del plesso e dell'estrema complessità organizzativa dell'azienda in questione, merita di essere menzionato il fatto che la struttura, oggi unitaria, sia il frutto della fusione progressiva, terminata alla fine degli anni '70, di due ospedali un tempo distinti, benché separati semplicemente da una via cittadina, vale a dire: l'Ospedale Sant'Orsola e l'Ospedale Malpighi. Attualmente questa distinzione viene mantenuta in riferimento alla citazione di due distinte “Aree” del Policlinico (Fig. 6).

Fig. 6 – Pianta del Policlinico Sant'Orsola - Malpighi



²² Le osservazioni sul campo e l'analisi dei risultati osservativi (Sezione A) sono di Enrico Marchetti.

²³ Fonte: Carta dei servizi del Policlinico S. Orsola-Malpighi di Bologna (<http://www.aosp.bo.it/content/carta-dei-servizi-2>)

18. L'organizzazione delle professioni sanitarie dedicate alla riabilitazione presso il Sant'Orsola - Malpighi²⁴

Il personale del Policlinico afferente all'Area delle Professioni Sanitarie della Riabilitazione, personale ascritto al ruolo di “Operatore professionale collaboratore”, è riconducibile a quattro qualifiche fondamentali:

- Fisioterapista
- Logopedista
- Massofisioterapista
- Ortottista

Le attività di riabilitazione delle funzioni neuromotoria, muscoloscheletrica, viscerale e delle funzioni del linguaggio sono una prerogativa del personale afferente alle prime tre qualifiche. Fisioterapista, logopedista e massofisioterapista svolgono la propria attività presso diversi Dipartimenti e U.O. “in base a una logica che privilegia i percorsi assistenziali, l'appropriatezza e la stratificazione del bisogno riabilitativo”.

A titolo esplicativo - e senza con ciò voler esaurire la complessità del tema relativo alla presa in carico dei pazienti sottoposti a percorso riabilitativo - è possibile identificare sostanzialmente due modalità di intervento.

La prima modalità riguarda i pazienti degenti presso l'Unità Operativa di Medicina Fisica e Riabilitativa, di cui parleremo in modo più diffuso in seguito. In questo caso si prevede la somministrazione al paziente di un trattamento individuale di *riabilitazione intensiva* di durata uguale o superiore alle tre ore quotidiane, sulla base di obiettivi definiti all'interno di un apposito programma riabilitativo individuale elaborato e condiviso da un'équipe di cui fanno parte diverse figure tra cui: medici specialisti, fisiatra, fisioterapista, logopedista e altri.

La seconda modalità, più articolata, concerne i pazienti degenti presso altre Unità Operative e prevede che al paziente venga somministrato un trattamento di *riabilitazione estensiva*, vale a dire di durata inferiore alle tre ore giornaliere ed erogato una sola volta al giorno. La prassi prevede che la presa in carico del paziente, in questa seconda modalità, possa avvenire per opera del fisioterapista che svolge stabilmente la propria attività presso una certa Unità Operativa (per esempio nelle chirurgie, nel centro trapianti, nella rianimazione, ecc.), da un lato, oppure a seguito di una consulenza fisiatrica su singoli casi, per i quali vengano definiti specifici obiettivi e programmi riabilitativi, dall'altro.

La dotazione organica globale del Policlinico (riferita alle figure di fisioterapista, massofisioterapista e logopedista) ammonta a oltre 70 unità, di cui 66 impiegati nell'assistenza, due in attività di coordinamento di U.O. e tre con funzione di coordinamento nel Corso di Laurea in Fisioterapia. I professionisti sono variamente distribuiti nei diversi Dipartimenti secondo lo schema riportato nella Tab. 1²⁵.

Data la complessità dell'organizzazione dei servizi di riabilitazione e considerata la numerosità dei professionisti coinvolti, si è ritenuto opportuno concentrare l'attività di indagine su due gruppi principali di fisioterapisti del Policlinico. Per quanto riguarda il primo gruppo si è puntata l'attenzione sui professionisti operanti presso il Dipartimento

²⁴ Per la costruzione di questa sintesi del quadro organizzativo in cui si articola l'azione dei professionisti della riabilitazione ci siamo rifatti alle pazienti e puntuali descrizioni fatte al nostro taccuino dal Dirigente delle Professioni Sanitarie dell'Area della Riabilitazione, Dott. Vincenzo Manigrasso.

²⁵ I dati qui riportati sono riferiti alle informazioni raccolte nel periodo di realizzazione dell'indagine.

Medicina Interna, Invecchiamento e Malattie nefrologiche, con particolare riferimento all'U.O. Medicina Fisica e Riabilitativa. Si tratta di una realtà afferente all'Area Malpighi e contraddistinta dal sostanziale accentramento del lavoro di riabilitazione all'interno di quello che comunemente si sarebbe tentati di considerare il luogo d'elezione del fisioterapista, vale a dire la palestra. Per quanto riguarda il secondo gruppo, invece, abbiamo rivolto il nostro sguardo ai professionisti della riabilitazione operanti presso altri dipartimenti, in questo caso afferenti all'Area Sant'Orsola, concentrandoci sul lavoro svolto da alcuni fisioterapisti impegnati nei percorsi cardiologico e pediatrico (Dipartimento Cardio-Toracico- Vascolare e Dipartimento della Donna, del Bambino e dell'Adolescente).

Tab. 1 – Distribuzione dei professionisti della riabilitazione nei diversi Dipartimenti

Dipartimento Medicina interna, Invecchiamento e Malattie nefrologiche (U.O. Medicina Fisica e Riabilitativa; U.O. Medicina Interna – Zoli (Stroke); UU.OO. Geriatrie – PARE; Nefrologia, Dialisi e Ipertensione – Santoro; Medicine Interne Angiologia)	45 unità
Dipartimento Ematologia, Oncologia e Medicina di Laboratorio / Dipartimento Malattie Apparato Digerente e Medicina Interna (U.O. Infettivi, U.O. Oncoematologia, UU.OO. Medicina Interna)	3 unità
Dipartimento Emergenza, Urgenza e Chirurgia dei Trapianti (U.O. Pinna - Centro Trapianti; U.O. Pinna - Chirurgia Generale / U.O. Chirurgia Cola-Minni; U.O. Poggioli/Taffurelli; U.O. Terapia Intensiva Faenza - ex Martinelli)	6 unità
Dipartimento della Donna, del Bambino e dell'adolescente (tutte UU.OO. del Dipartimento)	5 unità
Dipartimento Cardio-Toracico-Vascolare (U.O. Cardiocirurgia Di Bartolomeo; U.O. Cardiocirurgia Gargiulo e U.O. Cardiologia Picchio; U.O. Cardiologia Branzi e U.O. Cardiologia Rapezzi; U.O. Vascolare/Toracica; U.O. CEC; U.O. Pneumologia)	13 unità
Dipartimento Chirurgie Specialistiche (U.O. Ortopedia Laus e Ortogeriatría Lunardelli; U.O. Anestesia e Terapia Intensiva Polivalente Di Nino; U.O. Rinaldi Ceroni)	5 unità

19. L'Unità Operativa di Medicina Fisica e Riabilitativa

L'Unità Operativa di Medicina Fisica e Riabilitativa, la cui sede è ubicata nel Padiglione 2 (Area Malpighi), afferisce al Dipartimento Medicina Interna, Invecchiamento e Malattie Nefrologiche ed è descritta come “una struttura sanitaria ad elevata complessità, a direzione ospedaliera” il cui compito conclamato è primariamente quello di “offrire programmi riabilitativi a persone con differenti patologie neurologiche, ortopediche e reumoartropatiche in fase acuta e post-acuta, con l'obiettivo di ridurre al minimo la disabilità di cui soffrono i pazienti e permettere loro la massima autonomia possibile”²⁶.

Per adempiere a queste finalità, la struttura eroga una molteplicità di servizi sintetizzabile nelle voci seguenti (nella Tav.I è possibile rinvenire una descrizione più dettagliata di ciascuna attività):

- attività di Riabilitazione Intensiva svolte nel reparto di degenza e in Day Hospital;
- attività riabilitative a supporto alle degenze di riabilitazione estensiva post

²⁶ Fonte: <http://www.aosp.bo.it/content/medicina-fisica-e-riabilitazione-taricco>

- acuzie (PARE);
- percorsi diagnostico-terapeutico aziendali (percorso stroke; percorso fratturato di femore; percorsi della patologia neonatale e pediatrica, ecc.);
- consulenze fisiatriche e presa in carico riabilitativa nelle U.O. del Policlinico

Da un punto di vista organizzativo l'intera U.O. fa capo a un Direttore Responsabile, ruolo ricoperto dalla Dott.ssa Mariangela Taricco, e si compone di figure specialistiche mediche, personale infermieristico, professionisti della riabilitazione, logopedisti e altri operatori (OSS e personale addetto al trasporto dei pazienti). Per quello che riguarda le professioni della riabilitazione, l'U.O. può contare complessivamente su 35 addetti, di cui 3 massofisioterapisti, 4 logopedisti e 28 fisioterapisti

Tav. I – Informazioni di dettaglio sui servizi dell'U.O. di Medicina Fisica e Riabilitazione (fonte: <http://www.aosp.bo.it/content/medicina-fisica-e-riabilitazione-taricco>)

- 1) Attività di degenza riabilitativa** intensiva rappresenta l'aspetto più caratterizzante ed il fulcro della nostra attività assistenziale all'interno del Policlinico
- 2) Day Hospital Riabilitativo** rappresenta una modalità di erogazione degli interventi di riabilitazione intensiva. E' dedicato a pazienti affetti da patologie disabilitanti di varia natura che necessitano di interventi di valutazione e/o trattamento riabilitativo intensivo nell'arco della giornata, senza necessità di assistenza continua medico - infermieristica nell'arco delle 24 ore.
- 3) Attività riabilitativa a supporto dei PARE e reparti/percorsi dipartimentali** è caratterizzata da interventi:
 - di **riabilitazione "estensiva"** per pazienti post acuti a bassa potenzialità di recupero ricoverati nei reparti di riabilitazione estensiva post acuzie (PARE)
 - di **riabilitazione precoce** in fase acuta per pazienti ricoverati in alcuni reparti del dipartimento sedi di percorsi di cura (es. ortopedia, stroke care ecc.).

Specifiche risorse specializzate - medici fisiatristi e fisioterapisti - sono dedicate a tali attività.

4) Attività riabilitativa nei reparti per acuti (Area S. Orsola e Malpighi) è caratterizzata da interventi di consulenza, indirizzo ai percorsi interni ed esterni all'Azienda, presa in carico e trattamento riabilitativo, da parte di fisiatristi e fisioterapisti.

5) L'attività di consulenza fisiatrica viene effettuata presso tutti i reparti e i Day Hospital dell'Azienda al letto del paziente. Le modalità operative dei fisioterapisti prevedono un intervento svolto al letto del paziente e negli spazi contigui del reparto con una forte integrazione con gli operatori del reparto.

6) Attività riabilitativa specifica neuromotoria e funzionale neuropsicologica/logopedica e di cure fisiche costituisce l'insieme degli interventi (valutazione, presa in carico e trattamento) effettuati dai fisioterapisti, dai massofisioterapisti e dai logopedisti, sia all'interno dei reparti specialistici dell'Area Malpighi (MFR, DHR, PARE, ecc.) sia presso i reparti del S. Orsola.

Le **prestazioni riabilitative fisioterapiche** sono indirizzate a soggetti in età evolutiva, in età adulta ed in età geriatrica in relazione a patologie quali: neurolesioni acute e cronico-evolutive; reumoartropatie; esiti invalidanti di patologie traumatiche di interesse ortopedico, e chirurgico o trapiantologico; patologie dell'apparato cardio-vascolare; disabilità correlate ad eventi neoplastici; altre patologie che comportano alterazioni e/o limitazioni funzionali, quindi suscettibili di intervento riabilitativo.

Le **prestazioni valutative/riabilitative di neuropsicologia/logopedia** sono rivolte a pazienti di tutte le fasce di età nei quali, dopo danno neurologico cerebrale (vascolare, traumatico, degenerativo, oncologico, ecc.), siano residuati: disturbi del linguaggio; disturbi della gestualità volontaria; disturbi della percezione visuo-spaziale; disturbi della attenzione e memoria; disturbi cognitivi da lesione focale (non su base degenerativa); disturbi della voce; difficoltà dell'alimentazione.

Gli interventi riabilitativi operati dal personale della riabilitazione fanno riferimento a specifici protocolli riabilitativi stilati da un gruppo di lavoro e basati sulle più recenti evidenze scientifiche disponibili

7) Ambulatori specialistici di II livello, sono dedicati alle patologie potenzialmente disabilitanti della fascia infantile e adulto anziana. Vengono effettuate visite mirate alla diagnosi e alla cura di patologie neurologiche (Ictus, Parkinson, Neuropsicologia), ortopediche, reumatologiche (Spondiliti), oncologiche (Onco-dialisi, mastectomia ecc.) e viscerali (perineali, deglutizione ecc.) Altre notizie potranno essere trovate nello specifico capitolo dedicato a questa nostra attività.

20. L'ambiente di lavoro del fisioterapista e i luoghi della riabilitazione

L'attività di riabilitazione svolta dai fisioterapisti dell'Area Malpighi rappresenta una funzione ben incastonata nei servizi di degenza e di Day Hospital offerti dall'U.O. ubicata presso il Padiglione 2. Per consentire una migliore comprensione di cosa significhi quest'affermazione può essere utile ripercorrere quella che rappresenta una delle principali caratteristiche funzionali dell'Unità Operativa, caratteristiche connesse al particolare tipo di pazienti trattati e al processo altrettanto specifico che ne regola l'ammissione e la dimissione.

Un ruolo preponderante, sebbene non esclusivo, è svolto dalla cosiddetta *Stroke Unit*, ubicata al quinto piano del padiglione, che accetta pazienti affetti da ictus cerebrale provenienti principalmente dal Pronto Soccorso ovvero da altri reparti. Dopo un periodo di degenza di circa una settimana, i pazienti vengono spostati dal quinto al primo piano del padiglione, presso la cosiddetta "Degenza post-intensiva". Il grosso del lavoro del fisioterapista inizia a questo punto: gran parte dei degenti del primo piano, secondo un ordine e con una cadenza prestabilita, vengono condotti dai portantini presso la palestra principale, che pure si trova al primo piano ed è adiacente alla degenza post-intensiva, e qui vi svolgono l'attività riabilitativa. In seguito, a seconda del decorso della patologia, il paziente può essere dimesso, in tempi variabili e con risultati differenti. In ogni caso il percorso della dimissione prevede una continuità nell'erogazione di servizi riabilitativi: il paziente può essere dimesso e preso in carico dai servizi territoriali, nel qual caso le attività di riabilitazione saranno gestite dall'Azienda Sanitaria Locale; oppure il paziente può essere dimesso e preso in carico dal Servizio Riabilitativo in Day Hospital, che fa parte della stessa U.O ma è logisticamente collocato al terzo piano del medesimo padiglione. In quest'ultimo caso, in pratica, il paziente già dimesso può recarsi in giornata presso un'apposita palestra collocata al terzo piano della struttura e qui usufruire dei servizi di riabilitazione, sotto la supervisione dei fisioterapisti.

Vi sono dunque due palestre nelle quali si concentra la gran parte²⁷ del lavoro dei fisioterapisti: una al primo piano, adiacente alla Degenza post-intensiva, e una al terzo piano, dedicata all'attività di riabilitazione svolta sui pazienti in Day Hospital.

Le palestre

La palestra al primo piano si estende approssimativamente per ben oltre un migliaio di metri quadrati. Vi si accede da un ampio ingresso che è situato esattamente di fronte all'entrata della Degenza post-intensiva ed è caratterizzato da doppie porte scorrevoli trasparenti, azionate elettronicamente e dotate di dispositivo che ne garantisce l'apertura automatica all'approssimarsi di una persona, facilitando in tal modo l'afflusso e il deflusso dei pazienti e del personale, specie laddove i pazienti siano in carrozzina o su un lettino. Appena varcata la soglia d'ingresso, si apre davanti agli occhi una stanza di circa 40 metri di profondità per 20 di larghezza (Fig. 7). Lo spazio è ben illuminato, anche grazie a una parete ampiamente finestrata, e sebbene i colori dominanti non siano particolarmente caldi (pareti azzurre, pavimento in linoleum grigio, soffitto bianco) l'ambiente è complessivamente accogliente e piacevolmente climatizzato con un sistema

²⁷ Sebbene la maggior parte dell'attività riabilitativa venga svolta in palestra, in casi particolari può capitare che il fisioterapista si sposti presso il letto del degente, laddove risulti impossibile spostare il paziente. Si tratta in ogni caso di situazioni numericamente minoritarie.

misto di dispositivi composto da condizionatori e pale rotanti a soffitto. All'interno della palestra trovano posto diversi tipi di attrezzature: quelle fisse (sbarre, scalini, lettini) sono collocate nella parte più centrale della sala; gli attrezzi (palle, cilindri di gomma, ecc.) sono invece disposti ai lati della stanza, su mensole e armadi a muro. Vi sono poi innumerevoli dispositivi mobili, principalmente sedie a rotelle, ordinatamente collocati uno dopo l'altro in un modo che rimanda all'immagine dei carrelli di un moderno supermercato, a cui si aggiungono cinque-sei sedie su un lato della stanza, destinate ad ospitare i pazienti nelle pause pre o post terapia, dotate di un cuscino bianco collocato sulla seduta e rivolte verso il centro della sala. Due letti per i trattamenti, elettricamente servo-assistiti per garantire un alzo adeguato alla movimentazione del paziente e alla corretta azione del terapeuta, sono collocati sul fondo della stanza principale; altri otto letti sono disposti in due stanze laterali, invisibili dall'ingresso e accessibili sulla destra avanzando nella palestra. Tra un lettino e l'altro è disponibile una tendina retrattile che alla bisogna può essere utilizzata per garantire la privacy al paziente. Appena entrati in palestra, verso l'angolo sinistro, vi è inoltre una postazione con un PC e, poco prima, un tavolo bianco con 7-8 sedie intorno, che fin dalla prima osservazione appare essere una delle “mete” privilegiate dei fisioterapisti.

Fig. 7 – la palestra principale dell'U.O. Medicina Fisica e Riabilitativa



La maggior parte dei professionisti della riabilitazione opera al primo piano mentre un gruppo più sparuto, composto da 6 fisioterapisti e un massofisioterapista, svolge la propria attività presso l'altra palestra, quella al terzo piano dedicata ai trattamenti di riabilitazione in Day Hospital. Vale la pena di sottolineare una forte caratterizzazione di genere, vale a dire che la stragrande maggioranza dei fisioterapisti è di sesso femminile.

Rispetto a quella del primo piano, la palestra del Day Hospital è un ambiente assai più ristretto, che manifesta la propria specificità per il fatto di comunicare un forte senso di calore e intimità difficilmente rintracciabili nella palestra più grande. Pareti e pavimenti sono di una tonalità arancione estremamente “solare”, in diverse variazioni cromatiche, e trasmettono con la loro luce una particolare sensazione di benessere. Il

“calore” della sala è inoltre reiterato dal particolare risalto che assumono le attrezzature per gli esercizi, attrezzature che spiccano per un'abbondanza di legno e la pressoché totale assenza di metallo. Dal momento che le attività in day hospital, diversamente da quelle di reparto, prevedono una costante presenza di caregivers che accompagnano i pazienti, si segnala anche la presenza di una sala d'attesa adiacente alla palestra del terzo piano, ampia e di buon comfort, pur se abbastanza disadorna.

Il “campo-base” dei fisioterapisti: la saletta, la postazione informatica per l'attività gestionale e l'avamposto di coordinamento

Una volta entrati nella palestra, oltre agli spazi dedicati al trattamento dei pazienti è possibile individuare una zona di esclusiva pertinenza dei professionisti della riabilitazione. Accanto allo spogliatoio, accessibile da una porta sulla destra subito dopo l'ingresso e contrassegnata da un eloquente cartello con la dicitura “Riservato al personale”, vi è un corridoio che dà accesso alla saletta dei fisioterapisti. La saletta, raggiungibile percorrendo questo stretto corridoio lungo qualche metro, consiste in una stanza di dimensioni modeste, dotata di un'ampia finestra che conferisce una grande luminosità e in cui sono stipati un tavolo, qualche sedia, un fornellino elettrico, un frigorifero, un fornello a microonde, oltre a una serie di armadietti a muro in cui gli addetti possono collocare i propri effetti personali. Le proporzioni della saletta la rendono adeguata ad accogliere poche persone per volta, al punto che durante i momenti di pausa, quando vi si raccolgono più di quattro persone, i fisioterapisti “eccedenti” se ne stanno in piedi.

Il passaggio che collega la palestra alla saletta è, a sua volta, reso ancora più angusto dalla presenza di una postazione informatica (Fig. 8) molto utilizzata e dedicata alla gestione della gran parte delle attività gestionali connesse all'erogazione dei servizi. Tale postazione è costituita da un tavolino delle dimensioni di un banco scolastico, appoggiato al muro, su cui sono collocati: un PC “a torre” (con tanto di monitor, tastiera e mouse); un lettore di codice a barre utilizzato per automatizzare l'inserimento delle informazioni sulle prestazioni svolte e riferite a ciascun paziente; una stampante a getto d'inchiostro. Le dimensioni della postazione sono talmente ridotte che non vi è sostanzialmente spazio per nient'altro: fogli e moduli contenenti dati o informazioni da trascrivere o da imputare devono così essere appoggiati alla meno peggio sotto la tastiera, sul *case*, sulla stampante o in qualunque spazio temporaneamente non utilizzato. Sopra la postazione campeggiano due lavagne completamente ricoperte di fogli riportanti turni, permessi, piani ferie, comunicazioni, circolari, ecc.

L'ultima parte del corridoio, uscendo dalla saletta, ospita infine una postazione che dà direttamente sulla palestra (Fig. 9). Si tratta di un punto che manifesterà un carattere nevralgico nell'attività dei fisioterapisti e della palestra stessa, con particolare riguardo per la programmazione del lavoro quotidiano, per la gestione di parte delle pratiche connesse alle prestazioni e per la gestione delle comunicazioni. In questo spazio sono collocate le apparecchiature telefoniche, una piccola scrivania con una sedia e materiale di cancelleria.

Fig. 8 – La postazione informatica nel corridoio di accesso alla saletta dei fisioterapisti presso l'U.O. Medicina Fisica e Riabilitativa

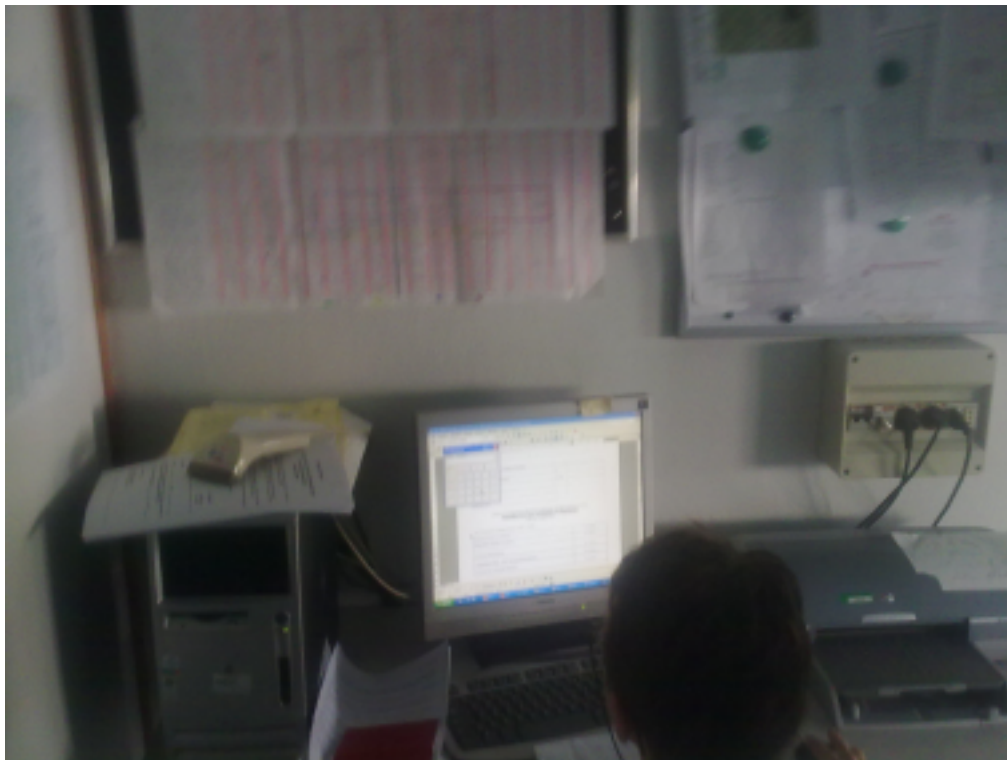


Fig. 9 – La postazione dei fisioterapisti adiacente alla palestra



Alle pareti quattro lavagne: una di ardesia (non visibile nell'immagine) destinata alle comunicazioni “volanti” scritte con i gessetti; una destinata ad accogliere post-it con messaggi; infine due lavagne a quadretti a cui è riservato il compito fondamentale di fungere da agenda condivisa, in cui sono indicati i nominativi dei pazienti attesi, quelli dei fisioterapisti che li hanno in carico e l'orario previsto per l'attività riabilitativa. Dietro alla postazione un pratico portadocumenti a parete rende disponibile la modulistica d'uso comune. Sopra l'ingresso al corridoio campeggia in bella mostra un crocefisso e, al suo fianco, un orologio da parete non funzionante.

21. I fisioterapisti dell'U.O. Medicina Fisica e Riabilitativa all'opera

La gestione quotidiana dei pazienti

Sebbene sia attiva la mattina e il pomeriggio, la palestra evidenzia il suo massimo regime di funzionamento nel corso della mattinata, almeno fino alle 12:00, quando i ritmi di lavoro iniziano a calare. Alle 9:30 del mattino vi sono già almeno una dozzina di pazienti, prevalentemente di età avanzata²⁸, ciascuno dei quali seguito da almeno un fisioterapista. In alcune situazioni, laddove l'evidente problematicità posta da un paziente lo renda necessario, si osservano anche due fisioterapisti che seguono una singola persona. In alcuni casi il fisioterapista è affiancato da un tirocinante. Tutti i professionisti della riabilitazione sono ben riconoscibili dalla divisa indossata (pantaloni, maglietta bianca, clogs o altre calzature per personale ospedaliero).

Per rendere chiaro come si svolge il lavoro all'interno della palestra è fondamentale delineare gli aspetti salienti del processo di presa in carico dei pazienti e di erogazione del servizio da parte del fisioterapista.

Innanzitutto il trattamento di ogni paziente è vincolato al rispetto di un timing estremamente preciso e formalizzato: il tabellone a quadretti su una delle lavagne che abbiamo citato poc'anzi riporta chiaramente, come se si trattasse di un foglio di Excel, quale paziente, e a quale ora, è previsto che venga preso in carico da ciascun professionista.

Poco prima di ogni appuntamento, un portantino entra nella palestra, prende uno dei mezzi di trasporto collocati sul lato sinistro (in genere si tratta di una sedia a rotelle) e si reca presso la degenza per “prendere” il paziente e condurlo in sala di riabilitazione. Spesso succede che il portantino inizi per tempo questa azione, per cui se per esempio vi sono dieci pazienti per i quali è previsto che la terapia debba iniziare alle ore 9:00, il portantino inizia i suoi viaggi alle 8:45 e tutti i pazienti vengono accostati l'uno all'altro su un lato della palestra, ciascuno seduto sulla propria sedia a rotelle. Al momento prestabilito ogni fisioterapista inizia il proprio lavoro con il paziente assegnato, alzandolo dalla sedia e accompagnandolo negli esercizi. Sebbene di solito ogni fisioterapista lavori con un paziente alla volta, capita non di rado di vedere situazioni che rendono indispensabile o quanto meno consigliabile attivare due terapisti su un singolo degente²⁹.

Vale la pena di segnalare come nel corso dell'osservazione sia stata rilevata la costante presenza di alcuni tirocinanti del Corso di Laurea in Fisioterapia e come questi – pur senza sostituirsi ai professionisti nel lavoro sul paziente – abbiano costantemente

²⁸ Nel corso di quattro giorni di osservazione, i pazienti non anziani sono stati appena tre: una ragazza di 25 anni e due uomini sulla cinquantina.

²⁹ Alcuni pazienti, per fare un esempio, possono arrivare in palestra con un catetere, cosa che rende necessaria un maggiore carico di assistenza alla persona durante l'esecuzione degli esercizi.

affiancato i fisioterapisti venendo coinvolti in tutte le attività: nell'eseguire un trattamento, per esempio, il fisioterapista descrive dettagliatamente al tirocinante le caratteristiche dell'attività fisica svolta, i muscoli e le articolazioni coinvolte nell'esercizio, il senso e gli scopi di un'azione, e via dicendo. In altri casi, nelle attività gestionali, al tirocinante viene mostrato come compilare o trattare determinati tipi di modulistica, come redigere le schede terapeutiche, ecc..

L'approccio al paziente è improntato alla costruzione di una relazione calda e, per quanto possibile, cognitivamente stimolante. Non si deve infatti dimenticare le caratteristiche dell'utenza con cui hanno a che fare i professionisti della riabilitazione, un'utenza che talvolta manifesta anche un certo grado di deficit cognitivo. Ciò nonostante il terapeuta accompagna continuamente il degente, lo tocca e lo sfiora di continuo, gli parla costantemente, fa ricorso a un tono della voce, a una mimica facciale, a un registro linguistico ed espressivo finalizzati alla costruzione di una prossimità emotiva e, per quanto possibile, a un coinvolgimento proattivo. La postura del fisioterapista rispetto al paziente appare improntata all'accompagnamento nello svolgimento dell'attività, alla dimostrazione della corretta modalità d'esecuzione degli esercizi e, non meno importante, all'ascolto. Laddove le caratteristiche del paziente lo consentano, l'esercizio fisico e la terapia riabilitativa diventano spesso l'occasione per uno scambio di battute, per l'instaurarsi di conversazioni che stimolino e coinvolgano il paziente stesso, non solo fisicamente ma anche cognitivamente. La tipologia di pazienti costringe, in un certo senso, il terapeuta a una prossimità maggiore verso la persona seguita, che per la patologia di cui è portatrice richiede una maggiore assistenza. La gran parte delle attività è infatti volta a garantire la riappropriazione di un controllo sul corpo e sugli arti che, in seguito a un episodio ischemico, è stato fortemente compromesso e con esso la possibilità di svolgere le azioni quotidiane più semplici: percorrere un breve tragitto a piedi, salire e scendere alcuni scalini, in taluni casi utilizzare le braccia e le mani per muovere la sedia a rotelle o gestire un dispositivo.

All'interno della palestra talvolta fanno la loro comparsa anche i caregivers, ma si tratta di presenze sempre concordate e sottoposte a rigido controllo da parte degli operatori. Seguendo un caso specifico, e raccogliendo notizie su questo aspetto, è stato possibile verificare come i parenti non siano ammessi che alla fine del percorso riabilitativo e al solo scopo di trasmettere istruzioni e indicazioni utili a garantire un corretto proseguimento dell'attività riabilitativa in ambito domestico (per esempio con suggerimenti su tipologia e modalità di esecuzione di determinati esercizi) oppure anche per mostrare come utilizzare correttamente un certo sussidio o un'attrezzatura. In un caso seguito da vicino, per esempio, la moglie di un paziente – previo accordo con il professionista – ha accompagnato il marito e ha assistito alle diverse fasi della terapia stando tutto il tempo di fianco al fisioterapista, che nel frattempo spiegava a entrambi gli interlocutori, con un eloquio semplice, chiaro e non tecnico, le caratteristiche degli esercizi svolti in quel momento e da assumere come esempio per una loro esecuzione in ambito domestico. L'attenzione del fisioterapista si è poi spostata su aspetti della deambulazione nella quotidianità domestica: come gestire l'alzata dal letto, la seduta sui sanitari, come utilizzare adeguatamente un'attrezzatura che sarebbe stata fornita il giorno successivo. In questo caso il fisioterapista ha utilizzato un registro rivolto più direttamente al familiare, destinatario principale di suggerimenti e istruzioni tese alla salvaguardia della *propria* salute oltre che di quella del paziente³⁰.

³⁰ Nella descrizione dei movimenti, per esempio, il fisioterapista si esprime con formule del tipo “Per aiutarlo a sollevarsi dalla sedia deve prima assicurarsi di aver bloccato le ruote, poi deve prenderlo in

Al termine del trattamento, il fisioterapista accompagna il degente a una delle sedie poste su un altro lato della palestra, sedie sulla cui seduta è posto un cuscino bianco. A questo punto il paziente è pronto per essere trasportato nuovamente in degenza dal portantino. Talvolta capita che, così come avviene all'inizio di un ciclo di riabilitazione, vi siano diversi pazienti seduti uno di fianco all'altro in attesa di essere trasportati in reparto e, di fronte a loro sull'altro lato della palestra, altrettanti pazienti sulle carrozzine, appena trasportati dalla Degenza e in attesa di iniziare il loro turno di trattamento riabilitativo. In questi momenti di passaggio da un ciclo di riabilitazione all'altro, poiché l'operazione di trasferimento dei pazienti verso e dal reparto di degenza richiede alcuni minuti, i fisioterapisti ne approfittano per ristorarsi nella saletta, magari mangiando un pasticcino³¹ o prendendo un caffè preparato da un collega³², oppure per scambiare quattro chiacchiere o confrontarsi su questioni organizzative, oppure ancora per redigere le schede e i rapporti sull'attività svolta per ciascun paziente.

Una volta terminato il trasferimento di ogni paziente, la sedia a rotelle utilizzata viene accuratamente igienizzata con uno straccio imbevuto di disinfettante o detergente. Sebbene questa incombenza sia attribuita al portantino, succede spesso che il fisioterapista lo aiuti in questo compito, quando ne ha la possibilità. In alcuni casi il fisioterapista ha cura di detergere anche le attrezzature, specie dopo che ne è stato fatto uso da pazienti portatori di catetere o comunque caratterizzati da una più precaria condizione sanitaria che lascia intravedere il rischio di una potenziale trasmissione di infezioni. Questi casi sono indirettamente identificabili da un osservatore in quanto anche durante il trattamento di questo genere di pazienti il fisioterapista indossa dei guanti in lattice monouso.

Sebbene nei momenti di pieno regime il numero di persone in palestra possa aggirarsi sulla trentina di unità, e nonostante il processo che abbiamo appena descritto comporti un costante andirivieni di pazienti e portantini, a cui talvolta si aggiunge l'ingresso di altri soggetti (parenti e caregivers, altro personale operante nel policlinico), ebbene nonostante tutto questo possa far pensare che in certi momenti vi possa essere una situazione di confusione, al contrario va rilevato come tutto appaia sempre assolutamente sotto controllo e la vita della palestra sia sempre contrassegnata dall'assenza di caos e da una sensazione di quiete e tranquillità.

In genere attorno a mezzogiorno il numero dei pazienti diminuisce sensibilmente, in concomitanza con le esigenze espresse dal reparto di degenza (somministrazione di cure, somministrazione dei pasti, ecc.) e a questo punto il clima si fa ancora più disteso e rilassato: alcuni fisioterapisti si trasferiscono in saletta, altri iniziano a dedicarsi alle attività di programmazione del lavoro per il giorno successivo oppure a compilare moduli e schede. Alle 13:00 alcuni fisioterapisti, che operano in regime di part-time, smontano e se ne vanno, mentre i restanti si predispongono per il pranzo: alcuni recandosi presso la mensa aziendale, altri prendendo posto in saletta e consumando il pasto portato da casa.

questo modo, mi raccomando, altrimenti lei si spacca la schiena”

³¹ È usanza piuttosto comune da parte dei pazienti o dei familiari accompagnare il momento della sopraggiunta dimissione dall'ospedale con un vassoio di dolci, pasticcini, salatini offerti ai fisioterapisti. I vassoi vengono posti sul tavolo in saletta, dove gli operatori possono mangiarli durante le pause.

³² Nonostante la presenza di un bar al piano terra, oltre che di macchinette automatiche per la distribuzione di bevande calde, vige l'usanza di fare il caffè in saletta con la moca, durante la pausa. Questo aspetto conferisce una particolare familiarità al contesto di lavoro, anche da un punto di vista percettivo: in qualche momento della giornata la saletta e il corridoio (qualche volta anche alcune zone della palestra) vengono irrorate da un aroma di caffè che riporta alla mente l'ambiente domestico.

Le attività gestionali, di rendicontazione e di coordinamento

Oltre allo svolgimento del lavoro sul paziente, i fisioterapisti sono quotidianamente impegnati in attività di vario genere che potremmo sinteticamente ricondurre a tre ambiti principali:

- attività di rendicontazione;
- attività di coordinamento e programmazione del lavoro;
- attività gestionali.

Quella che abbiamo chiamato “attività di rendicontazione” si sostanzia principalmente nella compilazione delle cartelle fisioterapiche e dei diari, documenti che devono essere compilati e redatti a cura del fisioterapista per ciascun paziente, al termine di ogni trattamento. Sebbene questa attività sia svolta durante tutta la giornata, di fatto la tendenza ad eseguire questo lavoro tende a concentrarsi nel primo pomeriggio, poiché i ritmi dell'attività mattutina lasciano meno tempo e tranquillità per portarlo a termine. Complice il fatto che nella seconda parte della giornata il numero di pazienti trattati è inferiore rispetto a quelli del mattino, già dalle 13:30-14:00 si possono osservare almeno quattro o cinque fisioterapisti per volta armeggiare presso il tavolo della palestra con faldoni e cartelline, quindi estrarre fogli e registri su cui iniziano a scrivere. Il professionista si preoccupa in questa fase di integrare cartelle e diari con dati e valutazioni rilevanti a livello riabilitativo, di elaborare o modificare la diagnosi fisioterapica, di descrivere l'andamento rispetto al programma fisioterapico previsto (e concordato in un apposito team con medici, infermieri ed eventualmente altri attori) inserendo eventuali modifiche sorte in itinere e motivandole.

In questa attività di “registrazione” del lavoro svolto su ciascun paziente e del suo andamento può essere coinvolto anche il tirocinante. Il fisioterapista-tutor, dopo avere svolto il lavoro su un paziente, affiancato da un tirocinante, invita il diplomando a cimentarsi nella compilazione della cartella, fornendo suggerimenti di tipo tecnico e stilistico, utilizzando una modalità maieutica per aiutare a mettere a fuoco le caratteristiche del paziente, a fare una diagnosi puntuale, a identificare chiaramente quali posizioni e movimenti debbano essere evitati e quali debbano essere stimolati e così via.

Il primo pomeriggio rappresenta il momento clou anche per quella che rappresenta un'attività cruciale per il corretto funzionamento dell'intera palestra, vale a dire la predisposizione del piano di lavoro per il giorno successivo (quella che qui abbiamo riassunto con la locuzione “attività di coordinamento e programmazione del lavoro”).

Osservando l'articolazione del lavoro quotidiano nella palestra, specie durante la mattina, ci si rende bene conto di quanto il corretto funzionamento di tutta la macchina organizzativa non possa prescindere da aspetti che tirano in ballo la comunicazione con il reparto di degenza e la condivisione delle informazioni con gli operatori che là vi lavorano. Questa attività di coordinamento con la degenza è un compito di cui si fanno carico in particolare tre fisioterapisti³³ e che comporta un iter non privo di difficoltà ed emotivamente molto sentito³⁴. Il piano di lavoro giornaliero trova la propria sintesi in

³³ Le figure sono quelle del Coordinatore e dei due Referenti Coordinatori.

³⁴ Dietro l'apparente automatismo che sembra contraddistinguere il trasferimento dei pazienti dal reparto degenza alla palestra, e vice versa, si nasconde infatti la questione di una sincronizzazione tra il lavoro dei fisioterapisti, da una parte, e quello del personale medico e soprattutto paramedico, dall'altra. La questione di quali e quanti pazienti trasferire incide dunque direttamente su quanti pazienti in degenza debbano essere preparati (quindi: lavati, visitati, alzati) per una certa ora, così che – come mi dicono i

un'apposita lavagna presente sia in palestra che nel reparto di degenza, la cui compilazione – in entrambi i casi – spetta ai fisioterapisti. Basandosi sui rapporti di degenza, condivisi con i portantini e con gli infermieri del reparto nelle prime ore del pomeriggio, i fisioterapisti referenti, in coppia e talvolta aiutati da altri colleghi, redigono un documento in Word in cui, con una semplice tabella, è riassunto quali pazienti dovranno essere soggetti a trattamento il giorno successivo, a che ora e quale fisioterapista li seguirà. La fase di realizzazione di questo documento, di cui una copia stampata è destinata al reparto degenza nella persona della caposala, sembra innescare un generalizzato stato d'irrequietezza nei fisioterapisti coordinatori, una irrequietezza che cela un più profondo stato di ansia pronto a manifestarsi alla prima occasione³⁵. Una volta stampato questo foglio, i dati vengono dapprima trascritti con i pennarelli a secco sull'apposita lavagna collocata nella palestra. Successivamente, due fisioterapisti (gli stessi referenti) si recano presso il reparto di degenza per trascrivere le medesime informazioni su un'analogia lavagna collocata lungo il corridoio principale, vale a dire in una posizione strategica che ne rende il contenuto facilmente visibile al personale infermieristico, che in questo modo può avere ben chiaro, il giorno dopo, come coordinarsi nella gestione dei pazienti per garantirne la preparazione per la riabilitazione in palestra. Anche questo step, cioè il fatto di doversi recare «di là» in reparto, lascia trasparire una certa apprensione ed è preceduto da sospiri, sguardi di complicità emotiva, richieste di supporto ai colleghi, battute sarcastiche o scherzose aventi il solo scopo di alleggerire il peso emotivo.

Un'ulteriore occupazione dei fisioterapisti, osservata durante la permanenza in palestra e riconducibile all'attività di amministrazione aziendale, consiste nella gestione dei cosiddetti “cartellini da scaricare”. Si tratta di moduli particolari, ciascuno dei quali riferiti a uno specifico paziente, che riportano le prestazioni erogate durante la degenza. Quando un paziente viene dimesso, il suo cartellino viene consegnato alla palestra affinché i fisioterapisti provvedano all'inserimento dei dati nel sistema gestionale aziendale per rendere possibile la rendicontazione delle prestazioni erogate e consentire così un corretto e tempestivo controllo di gestione a livello aziendale. Il periodico ricevimento di questi moduli e l'espletamento delle azioni d'inserimento non sembra tuttavia generare particolare disappunto poiché in realtà l'operazione è resa rapida e semplice dall'utilizzo di un lettore di codici a barre con il quale è sufficiente passare in rassegna le etichette apposte su ciascun modulo.

La relazione del fisioterapista con gli altri professionisti

Il funzionamento della palestra, e dunque l'organizzazione stessa del lavoro del fisioterapista, è il risultato di una fitta rete di relazioni che coinvolge svariati attori afferenti a diverse professioni e caratterizzati da differenti ruoli.

Nel contesto della palestra, in cui si svolge la gran parte del lavoro dei fisioterapisti, le relazioni direttamente osservabili coinvolgono pazienti, portantini, tirocinanti, saltuariamente qualche caregiver, oltre ai fisioterapisti stessi. Altre figure, come il

fisioterapisti mentre preparano il piano di lavoro - “sembra che *noi* imponiamo a *loro* i nostri ritmi”.

³⁵ Nel nostro caso, per esempio, il temporaneo malfunzionamento della stampante al momento di produrre una copia cartacea del documento ha avuto la conseguenza di generare sguardi inquieti e manifestazioni di disagio, richieste di aiuto propagate a macchia d'olio tra tutti i fisioterapisti, espressioni verbali ripetute ossessivamente come “Mamma mia, ma adesso come facciamo con il reparto, se non gli diamo il foglio?”

personale infermieristico e quello specialistico, non entrano materialmente in gioco nella palestra e non si vedono, pur restando sempre sullo sfondo: evocati nella redazione delle schede terapeutiche, nel confronto sui casi dei pazienti, nella predisposizione dei piani di lavoro, nelle discussioni sull'organizzazione delle attività, nella ricerca di soluzioni a problemi amministrativi o di altro genere.

Il gruppo dei fisioterapisti della palestra appare estremamente affiatato, contraddistinto da un clima costruttivo e positivo che trasuda in ogni aspetto della quotidianità lavorativa, dalla condivisione dei problemi, dalla comune visione che emerge quando si discute di questioni lavorative e non, dall'approccio collegiale alle questioni più spinose, che possono riguardare casi di pazienti così come “attriti” sorti con altri attori esterni. Ciò nonostante si viene assaliti dall'impressione che la palestra sia anche una sorta di vero e proprio micro-mondo, le cui relazioni con l'esterno, pur fondamentali per il suo mantenimento e corretto funzionamento, sono situate, regolamentate e per lo più delegate ad appositi rappresentanti³⁶.

Fatta questa premessa, sono stati osservati tre momenti fondamentali in cui emergono relazioni dirette tra fisioterapisti e altri professionisti:

- il momento della condivisione del piano di lavoro per il giorno successivo
- la riunione di team settimanale
- la riunione di team d'ingresso/dimissione

Per quanto riguarda il primo tempo d'incontro, ci si riferisce al fatto che i fisioterapisti sono tenuti a comunicare quotidianamente al reparto di degenza il piano di lavoro per il giorno successivo. Come è stato già detto, si tratta di un'operazione che avviene nel primo pomeriggio e che, all'atto pratico, prevede: la redazione di un foglio con una tabella di nominativi e orari (il piano di lavoro, appunto); la consegna *a mano* di una copia di quello stesso foglio presso il reparto, alla caposala; la trascrizione delle informazioni sull'apposita lavagna cancellabile posta nel corridoio principale della degenza. Del momento della realizzazione di questo documento si è già detto, ma è importante sottolineare come di questa prassi si occupino alcuni fisioterapisti appositamente delegati (il coordinatore o il referente coordinatore).

La condivisione del piano di lavoro porta sempre a galla la percezione di una relazione problematica latente con il personale infermieristico, percezione ricavabile da alcune testimonianze dirette. Tanto per cominciare, in fase di redazione del documento l'attenzione per il contenuto appare a tratti maniacale, con controlli ripetuti più e più volte, prima e dopo la stampa del foglio, con il coinvolgimento di due o tre fisioterapisti assiepati a fissare lo schermo nell'angusta postazione informatica, lungo il piccolo corridoio che conduce dalla palestra alla saletta. Si possono udire sospiri e frasi intonate in modo preoccupato come “Leggi il foglio, che io controllo a schermo se va tutto bene”, “Ricontrolliamolo ancora una volta, perché se c'è un errore.. allora di là!! [riferito al reparto di degenza]”, “Perché è già successo che poi.. per un'incomprensione.. [pronunciato fissando l'osservatore]”. Poi arriva il momento di recarsi fisicamente al reparto di degenza, prospettiva che non mette esattamente a proprio agio il fisioterapista incaricato: battute a metà strada tra il serio il faceto con cui si chiede ai colleghi se qualcuno vuole accompagnarlo, sguardi di complicità e così via. E soprattutto, rivolta all'osservatore, un'affermazione che vale più di mille parole: “Perché poi, sai.. anche questa cosa che dobbiamo essere *noi* ad andare di là a portare

³⁶ Il fisioterapista, nello svolgimento del suo lavoro sul paziente, esce raramente dalla palestra e solo in casi particolari, per esempio quando il degente è allettato e impossibilitato a muoversi (caso peraltro che ci è stato solamente prospettato ma non si è manifestato durante la nostra permanenza).

questo foglio e a compilare la *loro* lavagna..”. Per non parlare infine di cosa avviene quando si arriva al reparto di degenza. Vi si recano due fisioterapisti perché “nella scrittura alla lavagna è meglio che uno detti e uno scriva.. è più difficile sbagliarsi”. Benché vengano salutati tutti coloro che si incrociano, perlopiù infermieri, manifestando sorrisi e affabilità, nonostante questo i fisioterapisti sembrano in avanscoperta: si parla sottovoce, ci si muove in modo circospetto e prima di dire qualcosa – qualunque cosa – lo sguardo scandaglia l'ambiente alla ricerca di potenziali ascoltatori. E infine il ritorno in palestra: accompagnato da un eloquente sospiro di sollievo!

Un altro importante momento di relazione con gli altri professionisti dell'U.O. è rappresentato dalle cosiddette “riunioni di team”, che si suddividono in *team settimanali* e *team d'ingresso*.

I team settimanali sono incontri periodici che si svolgono presso una saletta del reparto degenza alla fine della mattinata, di solito il giovedì, in cui viene fatto il punto sullo stato dei pazienti. Vi partecipano il medico caporeparto, un fisioterapista, i medici specialisti e gli specializzandi, il case manager coadiuvato da un assistente (infermiere). A seconda del caso specifico trattato, possono far parte del team anche altre figure, come il logopedista o l'assistente sociale. La riunione è condotta dal caporeparto, che estrae una dopo l'altra da un archivio le “cartelle” (o *tavole con programmi di missione*) dei pazienti e, volta per volta, apre la discussione su un nominativo.

Convenzionalmente lo specialista e lo specializzando che seguono quel determinato paziente fanno una descrizione del suo stato, ne citano i parametri clinici e vitali, i risultati delle indagini diagnostiche effettuate, le terapie, ecc. Senza un ordine preciso, prendono via via la parola tutti gli altri. Il fisioterapista espone i contenuti del diario di trattamento fisioterapico e della cartella riabilitativa, restituendo all'equipe ogni genere di informazione (per esempio anche quelle inerenti la formazione impartita al caregiver). Il case manager evidenzia eventuali problematiche rilevate nella gestione quotidiana del degente, di carattere medico-sanitario, relazionale o organizzativo. Ogni altro soggetto eventualmente presente, in quanto portatore di interesse medico-sanitario o sociale in relazione al paziente (per esempio il logopedista o l'assistente sociale), prende la parola e fa un quadro dello stato del paziente dal proprio punto di osservazione.

Nel corso dell'incontro vengono discusse anche le capacità cognitive e le caratteristiche relazionali dei pazienti, anche in funzione di garantire un migliore accostamento dei degenti nelle stanze. Mentre ciascuno parla, il caporeparto prende costantemente appunti intervenendo talvolta con qualche domanda oppure, ma solo con gli specialisti, confrontandosi su aspetti di diagnostica o terapie farmacologiche. Il clima della riunione è complessivamente disteso e visibilmente collaborativo, come si evince dai toni colloquiali, nonostante la tendenza di qualche case manager a manifestare una malcelata irritazione per alcuni aspetti, sia sanitari che organizzativi, che riguardano ora questo e ora quel paziente. Uno degli aspetti più sentiti è l'impossibilità di gestire (o, come dicono, “fare”) il paziente secondo orari compatibili con le esigenze del personale infermieristico: si vorrebbe che un certo paziente potesse essere trattato a una certa ora (ma ciò non è sempre possibile perché c'è la seduta di fisioterapia, l'esame diagnostico, ecc.).

Un altro tipo di riunione è quello effettuato dal team d'immissione, che si ritrova alla bisogna, frequentemente ma senza una cadenza regolare. Si tratta di un incontro d'equipe che si svolge presso l'ufficio del Direttore dell'U.O. e al quale partecipano,

oltre al Direttore stesso e alla sua segretaria, anche il caporeparto, il caposala della degenza e il coordinatore o il referente dei fisioterapisti. In queste riunioni si valuta quali pazienti sono destinati alla dimissione e, specularmente, quale ordine di precedenza dare ai pazienti in attesa di entrare. Ogni partecipante tiene sott'occhio sia la copia cartacea di un elenco delle persone in degenza che la copia cartacea di una lista di persone in ingresso, adoperandosi con una matita per portare continue annotazioni via via che la discussione procede. Per la valutazione degli ingressi non emergono problemi particolari e la riunione scorre fluida e rapida, dal momento che viene unanimemente condiviso un criterio di precedenza fondato sul grado di gravità del caso, sulla provenienza (prima i degenti provenienti dall'intensiva) e sull'età anagrafica. Qualche dissapore e qualche accenno di discussione più accorata riguarda invece il caso della corretta gestione delle comunicazioni delle dimissioni e delle immissioni. E si tratta, ancora una volta, di un aspetto che mette in gioco la relazione tra reparto degenza e palestra, più semplicemente percepito come relazione tra infermieri e fisioterapisti³⁷. Il fisioterapista espone un caso recente e manifesta al Direttore i disagi causati dalla scarsa tempestività nella comunicazione di una dimissione e di una immissione, scarsa tempestività che viene imputata al coordinamento del reparto. Ne scaturisce una breve discussione che, pur mantenendosi sostanzialmente pacata, rende manifesta la presenza di un attrito³⁸ (che viene comunque abilmente stemperato da parte del direttore con un richiamo alla complessità gestionale posta da certi pazienti e da certe situazioni).

22. I Dipartimenti dell'Area S. Orsola: l'organizzazione dei servizi e dei professionisti della riabilitazione nelle altre UU.OO.

Una parte numericamente rilevante, benché non maggioritaria, dei fisioterapisti operanti nel Policlinico svolge la propria attività al di fuori della palestra (si veda la Tab. 1). Questo gruppo insiste principalmente sull'Area Sant'Orsola e ha la propria base logistica al piano terra del Padiglione 11, in un'ampia sala dotata di due comode postazioni informatiche, due ampi tavoli con una dozzina di sedie, armadi, un fornello e un frigorifero. In questo luogo, ogni mattina a partire dalle 7:00-7:30 iniziano a convergere i fisioterapisti, dopo essersi fermati nell'antistante spogliatoio per indossare gli indumenti di lavoro (pantaloni, camice/maglietta bianchi, ecc.) e prepararsi a iniziare l'attività. L'organizzazione del lavoro, esemplificando, ruota attorno alla costituzione di gruppi di fisioterapisti di diversa dimensione, ciascuno dei quali operante su UU.OO. di propria pertinenza. La gestione dei pazienti da parte di ciascun professionista diventa in questo modo il risultato di una condivisione dei piani di lavoro e di una negoziazione con i colleghi del proprio gruppo, oltre che con gli attori dell'U.O. di riferimento. Poiché in questo contesto, come vedremo meglio tra breve, il lavoro del fisioterapista si

³⁷ Poiché la gestione delle dimissioni e degli ingressi si gioca non solamente sulle date ma anche sugli orari, e dal momento che gli standard di servizio prevedono che “l’inizio del programma fisioterapico sia garantito entro le 24 h”, se per qualsiasi ragione, giusto per citare il caso emerso durante la riunione, un paziente viene dimesso o immesso nel pomeriggio del fine settimana e la comunicazione non arriva ai fisioterapisti prima della realizzazione del piano di lavoro per il giorno successivo (che, trattandosi di fine settimana, significa parlare del lunedì successivo) ne consegue un disagio nell'organizzazione che può anche configurarsi come una non conformità di servizio (che viene imputata ai professionisti della riabilitazione).

³⁸ Da un punto di vista conversazionale è interessante osservare come case manager, caposala e fisioterapisti si diano sempre del “tu”, mentre le relazioni con il personale medico (anche tra i medici stessi) sia sempre regolato dal “lei”.

configura come un'attività contrassegnata da un “nomadismo” spinto e spesso associato a una certa autonomia di movimento, le condizioni di osservazione sono apparse subito completamente diverse dal caso della palestra, dove è possibile concentrare lo sguardo sul gruppo al lavoro oltre che sui singoli. Per questa ragione si è adottata una modalità osservativa fondata su un'attività di shadowing, che prevede cioè di identificare alcuni soggetti (fisioterapisti) e di seguirli come un'ombra nel loro lavoro quotidiano.

Tale attività è stata svolta per sei giorni complessivi: tre a stretto contatto con i fisioterapisti impegnati nel percorso pediatrico-neonatale e tre a contatto con i professionisti impegnati nel percorso cardiologico.

23. Il fisioterapista nel percorso neonatale-pediatrico

I tre operatori impegnati stabilmente nel percorso neonatale-pediatrico, si incontrano di buon ora presso la saletta, dopo essersi cambiati e avere indossato l'abbigliamento di lavoro. Salutano gli eventuali colleghi presenti e operanti in altri dipartimenti e unità operative, scambiano qualche frase di circostanza e iniziano a condividere informazioni sul lavoro della giornata. Questa condivisione ha toni molto distesi e colloquiali e accompagna i tre fisioterapisti durante tutto il tragitto, percorso a piedi, che li separa dai reparti di destinazione, collocati in un padiglione a qualche centinaio di metri dalla sala dei fisioterapisti. Sebbene ciascun operatore operi di solito singolarmente sui propri pazienti, la condivisione delle informazioni appare piuttosto completa e si evince chiaramente che ciascuno è al corrente delle caratteristiche generali dei piccoli pazienti seguiti dai colleghi, delle rispettive patologie, dei percorsi terapeutici seguiti, della situazione familiare e via dicendo. Capita così che uno dei fisioterapisti si rivolga a un collega chiedendo come si stia evolvendo la situazione di un certo paziente, innescando un colloquio che talvolta tira in ballo i genitori o la diagnosi espressa da un medico. Questo momento di condivisione avviene in un clima assolutamente colloquiale e disteso, contraddistinto da manifestazioni di unità che rendono evidente un forte affiatamento. Si tratta di una percezione peraltro testimoniata dal fatto che non si parla solo di lavoro ma, al contrario, spesso si condividono informazioni personali, della propria vita extralavorativa, che possono riguardare per esempio aspetti come il proprio stato di salute o quello dei propri cari, accadimenti familiari e via dicendo.

Entrando nel padiglione in cui sono collocate le Unità Operative, si percepisce immediatamente un elemento di forte differenziazione rispetto ad altri reparti di altri dipartimenti: i colori, le decorazioni e le rappresentazioni sulle pareti appaiono completamente inusuali rispetto all'immagine dell'ospedale di cura come regno della astaticità cromatica. Pareti colorate, decorate e in cui trovano la loro collocazione "murales" con immagini di bambini, animali, alberi evidenziano che si sta entrando in un mondo dedicato ai piccoli.

I fisioterapisti scambiano alcune ultime parole prima di dividersi per raggiungere ciascuno la propria destinazione (chi in neonatologia, chi in pediatria, chi in terapia intensiva pediatrica e così via). Di solito ci si lascia condividendo un punto e un orario d'incontro successivo.

Seguendo di volta in volta ciascun operatore nel suo percorso, emergono alcuni aspetti caratteristici del lavoro quotidiano sui bambini.

Innanzitutto un fortissimo coinvolgimento emotivo. Nel reparto di neonatologia, dove l'attività fisioterapica consiste molto spesso in specifiche azioni di massaggio e

tecniche di vibrazione sui bebè, il fisioterapista chiama il bimbo per nome, accompagna la terapia a continue carezze, gli parla sorridendo, con voce fioca e intonata, manifestando un coinvolgimento la cui espressività è paragonabile a quella di chi ha a che fare con un proprio caro. La professionista mi guarda e mi presenta il piccolo Simone: “..noi ci conosciamo da un po', da aprile”, “siamo vecchi amici”. Osserva il piccolo mentre esercita una serie di lievi movimenti intermittenti sul suo torace: “Ci stiamo rilassando, eh? Avresti sonno, eh? Lo vedo che ti cala la palpebra..”.

Rispetto ad altri contesti, spesso il professionista opera in presenza dei genitori (più spesso mamme, ma anche molti papà), rispetto ai quali svolge e sviluppa funzioni evidenti di sostegno e, talvolta, di vera e propria consulenza. Parenti e fisioterapista si salutano in modo informale, dandosi del tu, con atteggiamenti accoglienti e positivi e con manifestazioni di confidenza che rendono evidente, se mai ve ne fosse bisogno, un legame di fiducia. Dalla compresenza dei genitori scaturisce quasi sempre un colloquio in cui si parla delle condizioni del bambino, dei suoi progressi o del suo stato, ma anche di aspetti connessi alla gestione della relazione con il partner o con gli eventuali altri figli, dell'organizzazione del tempo, del lavoro, degli spostamenti per raggiungere l'ospedale e stare con il bambino³⁹. Nell'eseguire l'attività terapeutica sul bambino, l'operatore non manca spesso di descrivere al parente quello che sta facendo, in modo chiaro e semplice, talvolta senza esimersi dal dare suggerimenti e consigli, per esempio (e quando il caso lo consente) su come tenere il bambino in braccio o su come svolgere certi piccoli esercizi.

Poiché una delle caratteristiche della neonatologia è rappresentata da una costante e frequente attività di controllo e intervento da parte del personale paramedico, vi è un grande viavai di infermieri che non può lasciare indifferenti genitori e fisioterapisti⁴⁰. Anziché essere di ostacolo, questo fenomeno sembra favorire lo svilupparsi di un rapporto stretto e consolidato anche con il personale infermieristico: il momento del cambio di una flebo o di una medicazione fornisce così l'occasione per affrontare tematiche inerenti al paziente ma anche storie di vita personali⁴¹. Il legame emotivo tra la famiglia e il personale operante nel reparto – infermieri, medici, fisioterapisti – è del resto testimoniato anche da altri aspetti quali la presenza di numerose fotografie di bambini e di lettere con tanto di dedica, lasciate da genitori di pazienti passati e appese alle pareti dei corridoi.

Per quanto riguarda il rapporto del fisioterapista con l'infermiere, si tratta di una relazione che appare distesa, collaborativa e cordiale: all'ingresso nell'U.O., così come

³⁹ Un aspetto che è bene sottolineare riguarda il fatto che il carattere di riconosciuta eccellenza a livello nazionale di alcuni servizi offerti presso il Policlinico, tra cui quelli di neonatologia e pediatria, fa sì che alcune Unità Operative attraggano pazienti e famiglie da molte parti d'Italia. Per tale ragione i problemi affrontati da genitori e altri familiari, che spesso devono trasferirsi per diversi mesi in una città a centinaia di chilometri da casa, assumono un ruolo di primo piano che emerge costantemente nel colloquio con il fisioterapista. Nel caso specifico della neonatologia e della pediatria, inoltre, si manifesta più che altrove una presenza di pazienti figli di migranti, aspetto che in qualche caso comporta problemi di relazione con i genitori dovuti alla scarsa padronanza della lingua.

⁴⁰ A maggior ragione per il fatto che, da un punto di vista logistico, stiamo parlando di pazienti collocati in stanze di pochi metri quadrati, contraddistinte da una densità di dispositivi e tecnologie tale da rendere poco agevole il movimento.

⁴¹ Per fare un esempio tra i più significativi: una madre estrae una macchina fotografica dalla borsa chiedendo al fisioterapista di poterla fotografare mentre tiene il bimbo in braccio. Un'infermiera in procinto di entrare nella stanza sorride chiedendo di attendere per potersi mettere in posa con fisioterapista e paziente per poter far parte della ripresa, cosa che la madre accetta di buon grado scambiando battute con entrambe.

prima di andarsene, il professionista della riabilitazione passa preliminarmente dalla guardiola o dalla caposala, saluta il personale (che ricambia affabilmente) e condivide eventuali informazioni significative.

Al termine dell'attività presso un reparto, il fisioterapista si serve del telefono mobile per inviare un messaggio ai colleghi, informarsi su dove si trovino ed eventualmente fissare un punto di ritrovo dove scambiarsi alcune informazioni prima di recarsi in un altro reparto e proseguire l'attività su altri pazienti. Il ritrovo con i colleghi è solitamente breve e consente di fare quattro chiacchiere sui casi trattati fino a quel momento. Non si tratta di condividere solo notizie "tecniche" ma anche emotività. Può per esempio capitare che un operatore abbia svolto attività terapeutica su pazienti in situazioni particolari, che non possono non lasciare indifferenti laddove ci si trova anche a svolgere, che piaccia o no, anche una funzione di mediazione verso genitori e parenti. Per fare alcuni esempi frutto dell'osservazione sul campo: il caso di un neonato con gravi deformità o di un bimbo affetto da una patologia che lascia poche o nulle speranze di vita sono esempi purtroppo non rari all'interno di certe Unità Operative, e laddove si *partecipa* allo strazio e alle difficoltà di genitori e parenti diventa difficile uscire dal reparto come se nulla fosse. L'incontro repentino con i colleghi, nel corso della giornata, acquista così anche il sapore di un momento in cui trovare "qualcuno con cui parlarne". Gli stessi fisioterapisti, dopo qualche tempo al loro fianco, hanno confidato la fortuna di poter parlare tra loro di certe esperienze, del carico emotivo che talvolta portano con sé anche a casa, nonché del sollievo ricevuto qualche anno prima dall'aver frequentato un corso sulla gestione delle emozioni.

Sebbene normalmente ciascun fisioterapista lavori da solo su un paziente, possono darsi situazioni che rendono indispensabile essere in due, laddove le condizioni di un degente siano di una complessità tale da rendere altrimenti difficile portare a termine il lavoro. Una bambina di 14 anni, per esempio, allettata da mesi per microfratture vertebrali e che necessita di indossare un nuovo busto appositamente realizzato per potersi finalmente sedere ed essere alzata. Le operazioni da compiere per portare a termine questo incarico sono molteplici, e non solamente di carattere "pratico": in casi di questa complessità corre l'obbligo di verificare la perfetta sintonia con tutti i professionisti dell'U.O. ed essere in due consente di gestire in modo più efficiente sia la comunicazione a case manager, infermieri, caporeparto, medici specialisti (in questo caso l'ortopedico) che l'azione diretta sul paziente. Casi come questo, peraltro, consentono di appurare in modo diretto le caratteristiche della relazione con gli altri professionisti, verificando come la procedura di condivisione delle proprie attività con tutti gli addetti del reparto sia particolarmente apprezzata, riconosciuta e ricambiata (anche esplicitamente, con forme più o meno palesi di ringraziamento, come quando un infermiere e un caposala affermano "hai fatto bene ad avvisarmi, arrivo subito"). Questo spiega bene, e nel contempo alimenta ulteriormente, la percezione che il fisioterapista *faccia pienamente parte* dei diversi reparti in cui mette piede.

La densità e l'intensità delle relazioni in cui è coinvolto il fisioterapista, nonché le caratteristiche del suo lavoro nel percorso pediatrico e neonatale, trovano una puntuale conferma quando l'osservazione si concentra su casi differenti in U.O. diverse, come si può evincere da alcuni stralci tratti dal taccuino del ricercatore.

[...] Riccardo ha meno di un anno di vita, ha subito un intervento al tubo digerente ed è in convalescenza. È uno di quattro gemelli: i fratellini sono attualmente a

Napoli, dove risiede la famiglia, con la mamma. Franca [fisioterapista] mi racconta che, per stare con il figlioletto, il padre si è trasferito a Bologna venendo anche licenziato perché il datore di lavoro di Napoli si è rifiutato di riconoscere la gravità della situazione e accordare il mantenimento del posto di lavoro. Mentre Franca si dedica al bimbo, il papà comincia a conversare affabilmente. È riuscito a trovare un lavoro temporaneo come pasticciere a Bologna. Franca chiede se l'associazione cui si era rivolto qualche mese prima gli stava dando ancora una mano. Lui risponde di no, perché l'associazione ha chiuso i battenti, però la persona che era pagata dall'associazione continua comunque ad aiutarlo gratuitamente accudendo il bambino in sua assenza. Nel frattempo lungo il corridoio transita tutto lo staff del reparto, capeggiato dal primario: un cenno di saluto col fisioterapista. Mentre parla col padre, Franca si rivolge al bimbo: lo saluta, gli sorride, si rivolge costantemente a lui con un ricco corredo di comportamenti paraverbali (tono della voce, volume, timbro, qualificatori) adeguati alla relazione con un piccolo. Il papà comunica che a breve Riccardo sarà dimesso e chiede consigli su quale sia il mezzo di trasporto migliore per via delle condizioni del figlio: se l'auto o il treno. Alla conversazione si unisce la mamma del bimbo nel lettino attiguo. Dopo poco il padre se ne va. Franca ne approfitta per chiedere alla ragazza di fianco come sta il figlioletto. Nel frattempo non stacca mai occhi e attenzione dal proprio paziente e ora cerca di coinvolgerlo utilizzando a turno svariati giocattoli presenti nella stanza. Sono quasi le 9: nella stanza arriva anche Paola, la collega di Franca. Tiene in braccio il proprio paziente, Luca. Tenendo i bambini in braccio entrambe, conversano cercando di fare interagire i piccoli, che sono tutti e due collegati a una flebo. Poi si spostano verso il bimbo del letto di fianco, coinvolgendolo insieme alla madre.

[...] ci rechiamo da Catia, una bimba di 2 anni di Avellino. Sta in una stanza da sola con la mamma. All'arrivo del fisioterapista, la mamma è sdraiata su una poltrona: non ha chiuso occhio tutta la notte e manifesta stanchezza. E' in stato di gravidanza (tre mesi). Lei e Franca [fisioterapista] si salutano in modo caloroso, iniziano subito a parlare. I temi: le condizioni della bimba; come procede la gravidanza; come sta il fratellino di Catia. Nel frattempo il professionista alterna la conversazione con la mamma alla conversazione con la bambina. La mette in posizione seduta, inizia a massaggiarla delicatamente al torace. Bussano alla porta e si affaccia un medico, che saluta sorridente. È venuto a trovare Catia. Si sofferma un po' a chiacchierare con fisioterapista e mamma [...]

24. L'organizzazione del lavoro nel Dipartimento cardio-toracico-vascolare: tra autonomia individuale e adattamento alle esigenze della struttura

L'organizzazione del lavoro del fisioterapista è contraddistinto dalla compresenza di vincoli inderogabili da rispettare e di fattori di autonomia.

Agli aspetti inderogabili corrisponde la richiesta di una capacità di adattamento che rimanda sia all'esigenza di rispettare un preciso ruolino di marcia (dettato dalla "scaletta" dei pazienti, dalla loro distribuzione nei diversi reparti, dai tipi di interventi da garantire), sia alle implicite condizioni di sfondo in cui occorre immergersi (la relazione con i genitori, per esempio, è qualcosa di imprescindibile a cui bisogna essere preparati e a cui non ci si può sottrarre), sia infine ad aspetti più squisitamente organizzativi che riguardano ciascuna U.O.

Un primo fondamentale passaggio da cui il fisioterapista "di reparto" non può mai

prescindere è rappresentato dalla conoscenza delle immissioni e delle dimissioni. A questo riguardo, periodicamente i fisioterapisti afferenti ad un certo percorso, per esempio i terapisti del percorso pediatrico-neonatale, si riuniscono con il “Responsabile della Struttura Semplice Area Riabilitativa ad Alta Specificità di Intervento”⁴² che condivide con gli operatori ogni informazione riguardante immissioni, dimissioni e nuovi casi, oltre a discutere di progressi e percorsi relativi a casi già in carico.

Si tratta di una riunione della durata di circa mezz'ora, realizzata in modo piuttosto informale in un luogo di fortuna, nel senso che l'appuntamento viene fissato di volta in volta nell'Unità Operativa in cui, compatibilmente con le agende e gli impegni dei partecipanti, è possibile identificare un momento in cui ci si può incrociare tutti. L'espressione “luogo di fortuna” è stata qui utilizzata di proposito: la riunione a cui abbiamo partecipato si è svolta presso il reparto di neonatologia sulla base di un appuntamento fondato sul semplice assunto “Ci troviamo alle 9.15 in neonatologia”, salvo poi dover chiedere agli infermieri se fosse possibile utilizzare per alcuni minuti una piccola saletta in genere usata del personale paramedico per la redazione di modulistica o la gestione di referti⁴³. Per il resto è interessante rilevare come durante questi incontri il rapporto dei fisioterapisti con il Dirigente medico sia improntato a una sostanziale informalità, alla reciprocità e a uno stile simmetrico: tutti i partecipanti si danno del “tu” e si chiamano per nome.

Oltre che doversi attenere alle decisioni di queste riunioni, i fisioterapisti devono poi mettere in conto la possibilità che in ogni reparto possano verificarsi situazioni in grado di obbligare a cambiare la propria programmazione.

[...] il prossimo paziente in programma è una bambina in pediatria. La fisioterapista si presenta all'orario concordato ma nella stanza ci sono gli infermieri e, defilato, il papà. Bimba e padre sono tunisini. Il papà parla molto bene l'italiano. Gli infermieri stanno facendo delle medicazioni. La fisioterapista saluta tutti e viene ricambiata. Passano altri infermieri lungo il corridoio che la riconoscono e la salutano. Si danno del “tu”. I saluti sono informali (Ciao) e cordiali. Gli infermieri in stanza dicono che ne avranno per un po'. La fisioterapista fa un cenno di assenso, saluta dicendo che tornerà successivamente. Non traspare alcun segno di disagio. Ripercorriamo il corridoio a ritroso. L'operatore mi dice che nel loro lavoro non è infrequente che ci si debba adattare a diverse situazioni che avvengono in un reparto e che possono scompaginare i programmi di lavoro [...]

Accanto a questi aspetti che incidono direttamente sull'organizzazione del suo lavoro, il fisioterapista può tuttavia contare su una notevole autonomia organizzativa nella gestione del quotidiano. Si tratta di un'autonomia che richiede una costante azione di presidio per ciascun caso: il professionista si organizza l'agenda negoziando, per esempio, gli appuntamenti con infermieri, genitori, medici, colleghi, un'attività che fa per certi versi pensare ad un operatore che si muove un po' come un libero professionista. Pur in funzione del raggiungimento di obiettivi prefissati, tesse e struttura i propri impegni prendendo direttamente contatto con diversi interlocutori, di persona ma anche telefonicamente. Ogni informazione raccolta durante il percorso quotidiano (proveniente da medici, infermieri, genitori e via dicendo), così come pure le informazioni sull'organizzazione del lavoro, viene registrata sinteticamente su quaderni,

⁴² Si tratta di una figura medica dotata della qualifica di Dirigente Medico di Medicina Fisica e Riabilitazione.

⁴³ Del resto è interessante rilevare come in quella occasione, ma anche in diverse altre, i fisioterapisti lamentino sottovoce l'impossibilità di poter contare su un piccolo spazio in ogni U.O. contrassegnabile e identificabile come “la saletta dei fisioterapisti”

agende, foglietti per essere poi condivisa con i colleghi. Si tratta di una condivisione piena, che avviene sia in forma scritta (con la redazione delle “consegne”), sia soprattutto in modo orale, assai più ricco di dettagli e vivido. Del resto quest'ultima modalità appare anche perfettamente funzionale proprio grazie al fatto che gli operatori, grazie al loro quotidiano nomadismo, hanno ripetute occasioni (peraltro ricercate da loro stessi) di incontrarsi e parlare.

Venendo alla situazione del Dipartimento cardio-toracico-vascolare si evidenzia una organizzazione del tutto diversa, e per certi versi opposta, a quella del percorso pediatrico-neonatale. Il tema organizzativo prevalente è nettamente legato alla centralità dell'intervento tecnico-chirurgico e alle problematiche internistiche. Gli aspetti riabilitativi sono visti come aggiuntivi e funzionali al processo di ripristino funzionale. Prevale un netta gerarchizzazione e disciplinamento delle professioni non mediche (e all'interno dello stesso gruppo medico). Ben poco spazio è riservato alla creazione di un comune clima organizzativo e di valori condivisi fra il personale.

Il nucleo fisioterapico opera all'interno di un ambiente egemonizzato dai medici specialisti di settore e gestito dal personale infermieristico che pare aver adottato, in prevalenza, la cultura medica.

Scarsa o nulla risulta quindi l'autonomia operativa del fisioterapista e ancor più il riconoscimento. Mentre risalta la tensione col personale infermieristico, il gruppo dei fisioterapisti appare isolato anche dagli altri gruppi omogenei ritenuti fruire di situazioni più vantaggiose e protette.

SEZIONE B – VALUTAZIONI RIFLESSIVE DEI PARTECIPANTI⁴⁴

Il caso preso in esame riguarda la realtà ospedaliera bolognese del Policlinico S. Orsola-Malpighi, Azienda ospedaliero-universitaria di riferimento per l'Università degli Studi di Bologna. Il lavoro di analisi verterà su un confronto costante con il caso precedentemente studiato di Firenze, evidenziando gli elementi comuni ma anche le diversità.

25. Il contesto socioeconomico

Rispetto al contesto specifico nel quale i fisioterapisti sono chiamati ad operare, ossia quello della riabilitazione, abbiamo osservato nel caso di Firenze come il taglio della spesa sanitaria colpisca principalmente quei settori, come la riabilitazione, non direttamente coinvolti nei processi di cura emergenziale. In tempi di crisi la riabilitazione, intesa come servizio per il recupero ottimale delle funzioni, diventa la prima nota spese eliminabile o contraibile. Di questa riduzione sono consapevoli gli stessi fisioterapisti operanti al Policlinico di Bologna, confermando così la tendenza ad una riduzione di risorse per il servizio riabilitativo. Tale situazione legata al contesto economico è di primaria importanza, oggi, nell'analisi di ogni contesto organizzato.

Il caso oggetto di studio riguarda il Policlinico S. Orsola-Malpighi che nasce come accorpamento di due realtà ospedaliere indipendenti nel 1978, dopo che i due ospedali vengono uniti sotto un'unica Direzione Generale, con la promulgazione della legge 833

⁴⁴ La conduzione dei focus e l'analisi dei risultati (Sezione B) si devono a Emanuela Spaggiari.

e l'introduzione del Servizio Sanitario Nazionale. Lo studio in oggetto verte quindi su operatori sanitari inseriti in un contesto ospedaliero, all'interno del sistema istituzionale gerarchico tipico del sistema italiano, con ruoli e status che incidono maggiormente rispetto alla realtà territoriale fiorentina. Rispetto all'unificazione effettiva dei due diversi servizi di fisioterapia operanti nei due distretti sopra riportati, le testimonianze datano l'unione dei due gruppi di fisioterapisti all'anno 1997. Sebbene non emergano relazioni particolarmente conflittuali tra i diversi operatori oggi, pare esserci stata in passato una certa difficoltà relazionale. Questo elemento ci sarà utile quando analizzeremo nel dettaglio il grado di coesione interna degli operatori.

(ft) Quello che voglio dire è che c'è sempre stata una certa conflittualità, come avete sentito, fra Malpighi e S. Orsola. Qui ci sono persone che si ricordano ancora la data.. io mi ricordo solo che era novembre del '97.. ma qualcuno qui.. forse qui no, ma tanti colleghi si ricordano il giorno esatto in cui ci siamo fusi perché c'era molta sensazione di appartenenza ad uno piuttosto che all'altro reparto, quindi pur se eravamo fisioterapisti di due gruppi differivamo molto, con la presunzione di essere ognuno superiore all'altro come gruppo.

Un ulteriore elemento di contesto da tenere presente è il processo di aziendalizzazione della sanità italiana. Questo ha portato negli ultimi quindici anni ad un profondo cambiamento nel modo di lavorare nel campo della sanità pubblica. Una sanità sempre più influenzata da obiettivi di bilancio, con razionalizzazioni della spesa, spinte al risparmio, un orientamento a risultati numerici più che a un effettivo miglioramento della qualità di erogazione del servizio.

Infine è da segnalare, a detta degli intervistati, un cambiamento della tipologia del paziente e delle tempistiche di cura e trattamento. Pazienti acuti tendono infatti ad avere maggiormente bisogno di trattamenti di cura prima che di riabilitazione; inoltre la contrazione della spesa e quindi il calo delle risorse ha diminuito i tempi di intervento dedicati al singolo paziente, riducendo di fatto la qualità erogata dagli operatori.

26. Verso una maggiore centralizzazione organizzativa

Rispetto alla centralizzazione organizzativa che abbiamo osservato presso l'AULS di Firenze dobbiamo segnalare alcune differenze. Nello studio fiorentino si osservava un processo di accentramento dei servizi, quindi un accorpamento dei diversi presidi territoriali. In questo secondo caso, una simile dinamica si osserva da una parte con la concentrazione sotto un'unica azienda di due realtà ospedaliere, dall'altra con un progressivo isolamento dei diversi reparti e di fatto dei diversi fisioterapisti impegnati nel policlinico. Ad oggi il policlinico viene suddiviso per settori e i diversi operatori sono portati ad operare - e quindi a sviluppare la loro competenza professionale - in contesti chiusi, con scarsa mobilità tra i diversi reparti. Questo, da una parte, consente ai fisioterapisti di sviluppare un'alta specializzazione ma alimenta, dall'altra, una serie di dinamiche negative legate all'eccessiva settorializzazione della pratica fisioterapica e ad un progressivo isolamento dei diversi operatori, impedendo così un buon livello di integrazione interna e di supporto reciproco sia professionale sia emotivo.

(ft) Questo non succedeva fino, appunto, in quegli anni perché c'era anche un modo organizzativo differente, che non era organizzato a settori, quindi con questa alta specializzazione tra virgolette, in questa settorializzazione così marcata. C'era

una sorta di rotazione, no, non una sorta, c'era una vera e propria rotazione. Addirittura mi ricordo, mi sembra, al Sant'Orsola per periodi che erano mensili, semestrali; al Malpighi avevamo una rotazione che era in parte mensile in parte anche a fasce orarie giornaliere, nel senso che magari in una determinata fascia oraria trattavamo pazienti esterni. (...) e avevi tutte queste cose che ti permettevano sempre di esercitare la tua professione in un modo molto più accettato, più ampio, magari forse meno specialistico però...

Siamo quindi di fronte ad un cambiamento organizzativo che ha alterato il lavoro del fisioterapista nella sua quotidianità e che possiamo ricondurre al processo di aziendalizzazione che ha visto il passaggio che ha trasformato le unità sanitarie locali in Aziende con una riconosciuta autonomia a vocazione imprenditoriale. Questo cambiamento della realtà sanitaria locale costituisce lo sfondo su cui ci accingiamo a tratteggiare l'evoluzione del ruolo del fisioterapista in questa struttura.

(ft) Volevo solamente dire che la differenza tra i due principi di organizzazione, che non l'abbiamo detta, perché anche questa fa capire molte cose, me lo potete confermare, penso che sia una cosa importante. Allora almeno, quando sono stato assunto io, non so da quando fosse in vigore, c'era un regime, tra virgolette, di autogestione, ora c'è un regime di tipo verticistico, piramidale in sostanza, gerarchico in sostanza, però allora c'era un'autogestione.

27. Il processo di aziendalizzazione

Il processo di aziendalizzazione, anche in questo caso porta con sé elementi che influenzano, in qualche caso in modo problematico, la vita professionale dei fisioterapisti. Se da una parte assistiamo ad una razionalizzazione della spesa e al tentativo di attuare una gestione più virtuosa del servizio pubblico, dall'altra tale processo ha generato dinamiche tipiche di quelle grandi organizzazioni industriali fortemente gerarchizzate e strutturate secondo gestioni verticali del potere. Dinamiche che hanno cambiato e stanno cambiando il modus operandi degli stessi operatori sanitari.

Tale processo sembra caratterizzarsi secondo una serie di eventi e di scelte di natura gestionale di cui abbiamo trovato riverbero nelle parole dei fisioterapisti, che hanno segnalato come queste modifichino, influenzino e alterino la loro quotidianità. Nello specifico evidenziamo:

- una razionalizzazione della spesa;
- nuovi obiettivi aziendali legati alla produzione di risultati quantificabili;
- un processo di standardizzazione delle procedure;
- una riduzione dei tempi di ricovero dei pazienti.

La razionalizzazione della spesa

Uno degli obiettivi dell'aziendalizzazione è certamente quello della razionalizzazione della spesa. L'aziendalizzazione porta con sé una visione della realtà organizzativa sanitaria che parzialmente devia rispetto al concetto di cura e presa in carico. Le esigenze di budget, il controllo dei costi, la tendenza alla razionalizzazione,

soprattutto in un contesto di crisi economica, si manifestano con una riduzione delle risorse umane impiegate per l'assistenza dei pazienti. Anche i fisioterapisti, quindi, si trovano a dover ottemperare alle esigenze e agli obiettivi indicati dalla direzione, e a far fronte ad un progressivo calo di risorse umane.

(ft) Sembra sempre un arrembaggio, cioè tutti i giorni si cambia e si gestisce sempre l'emergenza, siamo pochi, dobbiamo sempre rispondere alle stesse richieste, dobbiamo sempre coprire dappertutto, in qualsiasi modo.

Ciò comporta, di fatto, un aumento del carico di lavoro per ogni singolo operatore. Inoltre il lavoro viene sempre più percepito come disumanizzante, gli operatori si trovano a dover lavorare in condizioni di costante stress, con un aumento del numero dei pazienti in trattamento a danno ovviamente della qualità e della prestazione di fatto eseguita.

(ft) Poi uno un giorno hai due reparti da coprire, (...) ma non capisci allora perché il paziente che il giorno prima hai trattato in un modo e il giorno dopo lo devi trattare meno o diversamente

(ft) E in più un altro aspetto sulla qualità, che è scarsa, della prestazione... comunque a noi chiedono le stesse cose, anche di più, che chiedevano anni fa, ma noi siamo sempre meno. L'azienda non assume, il personale non viene sostituito e facciamo sempre quello che una volta...quello che una volta si faceva in cento, adesso si fa in cinquanta per dire...e quindi alla fine ci troviamo comunque a fare un lavoro con qualità e passione però con risorse molto ridotte quindi c'è anche da dire che comunque, con la scarsità di personale, la scarsità di risorse perché ci sono sempre meno soldi per fare le cose...non si acquista materiale di qualità, abbiamo arredi e calzine e oggetti per lavorare che sono antiluviani, risorse molto scarse.

La razionalizzazione della spesa non colpisce solo la numerosità dei fisioterapisti, che si trovano a dover mantenere standard prestazionali a fronte di una riduzione delle risorse umane, ma complica il loro lavoro anche da un punto di vista logistico o di strumentazione. I fisioterapisti si trovano a dover operare in condizioni a volte disagiate, spesso con attrezzi non adeguati, di fatto non riuscendo ad esprimere in pienezza la loro professionalità anche a causa della mancanza di strumenti adeguati. Se questo ha effetti su una figura professionale che da un lato rivendica un preciso valore professionale che desidera agire al meglio, dall'altra il calo delle risorse per il servizio fisioterapico è a tutti gli effetti interpretato come messaggio squalificante da parte dell'Azienda la quale, non investendo sul loro lavoro, di fatto parzialmente disconferma quell'identità che i fisioterapisti chiedono venga loro riconosciuta.

Gli obiettivi aziendali legati alla produzione di risultati quantificabili

Ulteriore elemento legato all'aziendalizzazione fa riferimento a quelli che sono gli obiettivi aziendali percepiti dai fisioterapisti. Come visto anche nel caso di Firenze, il criterio che viene percepito dagli operatori rispetto agli obiettivi della loro prestazione professionale non pare essere legato alla qualità dell'intervento stesso. L'obiettivo percepito è quello della mera prestazione che va adeguatamente rendicontata, senza alcun interesse concreto per la qualità della prestazione effettivamente fornita. Quella che viene percepita come richiesta da parte dell'organizzazione non è un trattamento

efficace e di qualità, ma quasi l'espletamento di una procedura:

(ft) L'unica soddisfazione che hai è sapere che hai lavorato bene con un paziente che ti esce...sai come ti è entrato e vedi come esce e sei contenta perché ti torna il familiare che ti ringrazia, torna il paziente che ti ringrazia, ti telefonano, nessuno viene qua mai a dirti "bravo hai lavorato bene" perché nessuno ti dice che hai lavorato bene...tendono a chiederti "fai, fai, fai in poco tempo perché abbiamo poco tempo, perché dobbiamo riempire, dobbiamo dimettere, dobbiamo riempire..." basta fare, senza qualità.

Gli obiettivi aziendali vengono quindi visti legati prevalentemente alla fornitura delle prestazioni, con scarso interesse da parte della direzione aziendale verso la qualità del lavoro del fisioterapista nel senso in cui i fisioterapisti stessi percepiscono tale qualità. Ciò alimenta nella figura del professionista della riabilitazione un senso di riconoscimento solo parziale, da parte dell'organizzazione, della propria competenza professionale.

Un ulteriore elemento che si affianca al tema della rendicontazione è quello dello sviluppo della *Evidence Based Practice* ossia la pratica basata sull'evidenza. Questa modalità, connessa alla ricerca di indicatori oggettivi e misurabili delle prestazioni sanitarie, ha come effetto la limitazione di alcune attività della fisioterapia a favore degli aspetti rendicontabili in tal senso. Rispetto a questo tema, che pare essere in se stesso virtuoso, emergono alcune perplessità da parte dei fisioterapisti. La percezione che essi hanno dell'introduzione di questa variabile culturale nella loro disciplina non è del tutto positiva in quanto è opinione largamente diffusa che in parte questa abbia determinato una riduzione dei campi di intervento. Non solo. A volte sembra che l'EBP sia percepita come uno strumento non adeguato a misurare l'efficacia terapeutica nella sua globalità, poiché tralascia, ad esempio, l'aspetto relazionale che, come abbiamo visto, è estremamente importante nell'operatività quotidiana dei fisioterapisti.

(ft) All'interno del mondo scientifico, la comparsa della necessità dell'evidenza scientifica, quindi il cambiamento dei metodi di valutazione e l'esigenza quindi di produrre qualche cosa di...[...], e noi siamo una delle figure professionali che produce meno evidenze scientifiche di tutto il campo medico.

La standardizzazione delle procedure

Riprendiamo una citazione già utilizzata che ci consente di focalizzarci meglio sull'aspetto dell'inasprimento delle procedure collegato al processo di standardizzazione del servizio sanitario.

(ft) Quando sono stato assunto io, non so da quando fosse in vigore, c'era un regime, tra virgolette, di autogestione, ora c'è un regime di tipo verticistico piramidale.

Questa testimonianza portata da un professionista che, grazie alla sua lunga esperienza, ha potuto vivere questo passaggio evolutivo dell'organizzazione, ci suggerisce che non solo è avvenuto un cambiamento per quel che concerne la struttura hard dell'organizzazione, quindi con una chiara suddivisione di compiti e regole, ma che nella pratica quotidiana si è ridotta l'autonomia del fisioterapista. Quello che viene definito con il termine *autogestione* ci invita pertanto ad inserire tale processo

all'interno delle dinamiche di potere dell'organizzazione che stiamo studiando. La possibilità di autogestire in parte le attività conferiva di fatto al fisioterapista maggior autonomia decisionale e quindi maggior potere. Potere che, con questo inasprimento dei controlli, è stato ceduto alla norma. E questa, strutturando e gerarchizzando maggiormente la relazione tra medico e fisioterapista ne ha di fatto ridotto l'autonomia decisionale.

Ciò non è molto diverso da quello che già abbiamo sottolineato nello studio del caso Firenze, nel quale veniva rivendicata dai fisioterapisti un'autonomia rispetto al potere gerarchico prestabilito (il ruolo del medico da una parte e dall'altra la rigidità di protocolli e procedure). Autonomia che, anche se non formalizzata, in quel caso viene comunque agita, mentre tale possibilità non sembra essere consentita nel caso di Bologna. Il fisioterapista che si trova ad operare nella struttura ospedaliera è immerso in un contesto fortemente strutturato, mentre le realtà territoriali, come quella di Firenze, sono *lontane fisicamente*: sono lontane dal centro di potere, dalla struttura e da quel modo di intendere l'organizzazione basato sulla definizione di ruoli, procedure e mansionari.

Di fatto quello che possiamo osservare è che non solo nella realtà territoriale precedentemente indagata (il Canova di Firenze) sia meno forte il potere di controllo, ma che anche il potere della norma abbia meno possibilità di incidere sul lavoro dei fisioterapisti territoriali rispetto a quelli che si trovano a dover operare in contesti ospedalieri. Come abbiamo visto, il grado di libertà dalla norma, che è di fatto un esercizio del potere, è maggiormente presente nelle realtà territoriali.

Gli effetti di tale libertà sono una percezione di maggior gratificazione sul lavoro da parte dei fisioterapisti e di conseguenza un buon livello di soddisfazione lavorativa. È invece presente nelle realtà ospedaliere un controllo e una gestione più strutturata, di fatto meno libera ed autonoma.

Partendo da queste riflessioni possiamo addentrarci e comprendere meglio l'avversione e il parziale rifiuto dei fisioterapisti rispetto ad un aumento delle procedure e dei controlli che di fatto si manifesta con un aumento della burocrazia.

“Scriviamo delle relazioni da manuale, ma il paziente chi lo cura?”: l'eccessivo carico burocratico

Analogamente a quanto osservato nel caso fiorentino, gran parte delle criticità evidenziate dai fisioterapisti bolognesi sono legate ad aspetti burocratici. È vissuto comune anche in questi operatori che ci sia stato nel corso degli anni un aumento del carico burocratico, aumento che viene mal sopportato in quanto giudicato gravoso ed eccessivo al punto da influenzare la qualità delle prestazioni professionali. Come abbiamo illustrato nel caso di Firenze, nel presidio territoriale la rigida applicazione delle procedure (ricordiamo che per aggirare l'eccesso di burocrazia nel caso di Firenze si assiste alla messa in atto di diverse strategie informali) è vista come elemento ostacolante il lavoro di équipe orientato al paziente. Questi temi si declinano però in modo molto differente nel caso bolognese, come vedremo meglio più avanti.

Rispetto alle valutazioni sul carico burocratico quotidiano troviamo opinioni comuni sia nel caso bolognese sia in quello fiorentino, a prova del fatto che questo fenomeno di burocratizzazione è trasversale alle diverse realtà e probabilmente comune a tutto il settore riabilitativo e, più in generale, all'intero servizio sanitario pubblico.

(logopedista) *La realtà della riabilitazione è questa e io vedo che le mie colleghe*

logopediste che sono rimaste qua sotto penso che passino forse più tempo a fare le relazioni che a riabilitare. Fanno delle relazioni stupende, da manuale, il paziente esce con dei fogli bellissimi: chi li leggerà? A chi serviranno?

(ft) Ecco è come dire anche lo stare sul paziente, che prima sentivo dire, hai sette ore: che tu ne curi uno, che tu ne curi dieci, che tu ne curi venti... allora anche lo stare, con tutte queste difficoltà che sono emerse prime, lo stare sul paziente che vuol dire? Che lo sposto, lo metto dal letto alla carrozzina, ma anche lo ascolto, lo contengo e tutto quello che c'è in questo tipo di relazione. Allora ecco ha una profondità questa cosa per quello che mi pare di comprendere, quando dici: stare sul paziente ha una profondità talmente grande ed è tirata e spinta da tante parti, anche all'esterno, dove devo rendicontare, devo misurare...

(ft) Sono in parte d'accordo su quello che dici nel senso che questi ultimi anni l'alta professionalità che c'è stata qui dentro e che c'è tutt'ora secondo me viene molto svalutata per altre cose. E parlo di carattere burocratico o di... non so come definirli... interessi che personalmente non ritengo che siano appropriati proprio alla riabilitazione.

Si evidenzia anche in questa realtà come il carico burocratico sia un elemento ostacolante la figura del fisioterapista che, se da una parte vede ridursi il tempo dedicato al paziente con conseguente riduzione della qualità del suo intervento, dall'altra percepisce che una larga parte della valutazione del proprio sé professionale riguarda le pratiche amministrative a cui adempie.

Ulteriore elemento di singolarità, che non si evidenzia nel caso di Firenze ma che emerge con forza nel caso bolognese, riguarda il tema della responsabilità degli operatori, responsabilità che si lega, come vedremo, alla burocratizzazione. Tema che si comprende tenendo in considerazione l'aumento delle cause di malasanità intentate da cittadini verso i servizi sanitari. Di queste cause c'è stato un aumento nel corso degli anni, aumento che ha ulteriormente inasprito il carico burocratico del lavoro nella sanità. Pazienti sempre più competenti e attenti ai processi di cura che li coinvolgono, sono oggi capaci non solo di rivendicare la propria autonomia decisionale nei processi di cura, ma anche di far valere i propri diritti come cittadini. Ci troviamo di fronte a responsabilità sempre più distribuite tra diversi operatori: nel nostro caso i fisioterapisti si trovano a dover fare i conti con livelli di responsabilità molto alti senza essere a volte adeguatamente supportati da un aumento di autonomia decisionale.

(ft) Questo aspetto della responsabilità: adesso in generale molte figure tendono a scaricare un po' il problema "non compete a me, tocca a quell'altro" perché comunque aumentano le denunce, i pazienti fanno sempre più... i pazienti e i familiari, quindi c'è anche un po' uno scarica barile sulle responsabilità da prendersi, quindi anche noi tante volte siamo in difficoltà perché comunque ci sono dei problemi da affrontare e vai da quello e ti dice "non è compito mio" vai da quell'altro e dice "non ho tempo".

(ft) Con medici che non si prendono la responsabilità, e che hanno trasformato questo discorso della responsabilità che tutti ci dobbiamo prendere e che deve essere condivisa. Che poi ha secondo me motivato questa enorme quantità di scartoffie che dobbiamo firmare, documentare, scrivere, e mi raccomando, in maniera corretta, lo debbo ricorreggere, me lo fate riguardare poi lo firmo io, poi lo riguardate voi: ci fanno perdere un sacco di tempo, perché se per caso succede

qualcosa abbiamo messo la firma anche noi. Quindi si prendono meno responsabilità i nostri capi, di fatto, in più ce ne fanno prendere parecchie a noi, quindi ci abbandonano e ci lasciano... ci fanno perdere un sacco di tempo su questi aspetti che sono tecnicamente importanti per noi.

Se è quindi presente a livello generale un aumento del carico burocratico, possiamo ritenere che manifesti i suoi effetti maggiormente negativi, quindi legati alla frustrazione e al senso di controllo, nelle realtà ospedaliere rispetto alle realtà territoriali. Il territorio sembra essere una realtà in cui la forza normativa è più labile e in cui possiamo osservare un maggior grado di autonomia del fisioterapista. Nelle realtà ospedaliere la forza normativa è maggiore e si manifestano più vissuti di insoddisfazione e parziale demotivazione.

“Qui si è tutto accelerato”: la riduzione dei tempi di ricovero dei pazienti

Un ulteriore elemento legato alla progressiva aziendalizzazione riguarda la riduzione delle tempistiche di ricovero dei pazienti. Una riduzione dei tempi di ricovero ottenuta anche attraverso una massiccia concentrazione di esami clinici in un breve lasso di tempo, con alcuni effetti positivi: diminuisce il disagio dei pazienti che si trovano lontani da casa per meno tempo, riduce le liste di attesa, consente un accesso più rapido ai servizi sanitari ed un miglioramento generale dell'accesso al servizio. Questo elemento certamente virtuoso influenza però negativamente il lavoro del fisioterapista, secondo le testimonianze che abbiamo ascoltato. Infatti l'intervento riabilitativo ha delle tempistiche sue particolari che non possono essere assimilabili a quelle di altri trattamenti più squisitamente clinici. I tempi di intervento di un fisioterapista non possono limitarsi alla fase di acuzie né esaurirsi nel breve periodo, richiedendo tempistiche diverse da quelle che la situazione ospedaliera contingente auspica o addirittura permette. Risulta quindi complesso per il fisioterapista trattare adeguatamente i pazienti che gli vengono assegnati: ciò, nella loro percezione, riduce la qualità dell'intervento e quindi l'impatto del loro lavoro sul paziente, con effetti sulla soddisfazione lavorativa e sull'autostima professionale.

(ft) Quindi credo che la nostra professionalità qui si sia azzerata proprio per questi tempi veloci, per queste cose che dobbiamo fare, che dobbiamo scrivere, che dobbiamo... quasi imposte insomma... Invece l'altra fetta che a me ha interessato e che credo che sia importante per noi e per l'utenza credo sia un pochino lasciata andare proprio per i tempi stretti che abbiamo.

(ft) Cioè quindi adesso si prende un malato che è molto acuto, la riabilitazione è invece un processo che è lungo e molto faticoso e richiede molto tempo, con le necessità di una azienda che invece ha tempo da dedicare solo alla fase acuta della malattia mentre poi viene delegato tutto il resto al territorio. E quindi... dove poi si trovano delle risposte che sono carenti. Quindi quello che noi eravamo abituati a fare nei tempi e nei modi in cui lo facevamo una volta, adesso non possiamo più farlo, dobbiamo velocizzare certe cose che un po' si scontrano con la nostra formazione culturale, quindi scendere a patti un po' anche con la nostra professione e quindi è questo che noi viviamo come frustrazione. Non poter fare quello che ci hanno insegnato a fare nei tempi che servono. Per noi la patologia è rimasta quella, i tempi sono quelli, le necessità organizzative il tempo se lo mangiano, invece.

(ft) *Qui erano acuti anche prima. Ma qui si è tutto accelerato. Tutto accelerato. Non stanno neanche un giorno senza avere qualche ragione di essere qui di esami di... non è che si fa l'esame e dopo una settimana... una volta anche noi qui avevamo dei tempi dilatatissimi. Adesso se finisco il paziente alla mattina, nel pomeriggio c'è già uno che mi occupa quel... cioè c'è una accelerazione totale, complessiva, molto maggiore per cui è vero che non è più tanto la palestra il punto... che poi non è vero... non è vero che non lo sia più, però perché è tutto più veloce per gli infermieri e per tutta l'équipe medica. Far fare gli esami, tutto concentrato perché anziché stare qua sei mesi, un anno, stanno qua un mese e mezzo, due... io sarei più contenta ad essere ricoverata per un mese e mezzo, due anziché un anno...*

In conclusione possiamo evidenziare come il rischio sia quello di veder emergere, di pari passo al progressivo processo di aziendalizzazione del servizio sanitario, un progressivo ridimensionamento dell'incidenza della figura del fisioterapista presso le strutture ospedaliere. Se i fisioterapisti hanno vissuto in passato una più ampia libertà ed autonomia (libertà reale ma mai formalizzata), con il progressivo inasprimento dei controlli e delle procedure, con la razionalizzazione delle spese e con la riduzione delle tempistiche di ricovero, queste vengono fortemente limitate. La figura del fisioterapista sembra porsi quindi in un contesto che non legittima completamente le sue aspirazioni limitandone i potenziali campi di azione.

(ft) *L'altra fetta dico di... di nostro valore professionale. Insomma: abbiamo fatto tanti corsi di tecniche e di roba del genere che non vengono, non possiamo utilizzare o non possiamo esplicitare in un determinato tempo, perché il paziente viene dimesso, perché ci sono delle condizioni diverse da quelle che erano tempo fa.*

Le conseguenze per i pazienti

Come abbiamo già anticipato, alcuni cambiamenti organizzativi in atto stanno modificando fortemente il lavoro quotidiano del fisioterapista. Tali cambiamenti sono vissuti dagli operatori intervistati come critici sia rispetto alla qualità del servizio erogato, sia rispetto alle condizioni di autonomia e responsabilità nelle quali operano quotidianamente i fisioterapisti. Di questo cambiamento essi lamentano non solo le problematiche legate a sé, intesi come categoria professionale, ma ne lamentano soprattutto gli effetti negativi per l'utenza.

- *Aumento del carico burocratico*: l'aumento del carico burocratico porta ad una contrazione dei tempi che i fisioterapisti possono dedicare al paziente. L'attenzione dell'azienda per quel che riguarda la rendicontazione, apparentemente slegata dagli esiti del trattamento stesso, si impone come ulteriore elemento problematico nel mantenimento di una buona qualità del servizio. I fisioterapisti si trovano a dover far fronte a richieste organizzative che non sono legate direttamente al trattamento del paziente. Il tempo da dedicare al trattamento si riduce così come si riducono le energie impiegate nel lavoro di cura quotidiano, energie che vengono destinate ad altre mansioni.
- *Riduzione dei tempi di ricovero*: abbiamo anticipato come la pratica fisioterapica, come la riabilitazione in generale, sia una pratica che necessita di

tempistiche elevate, difficilmente assimilabile ad un trattamento intensivo. Le condizioni lavorative dei fisioterapisti risentono pertanto di questa riduzione dei tempi di ricovero dei singoli pazienti che, se da un lato offre il vantaggio di una degenza breve o comunque ridotta nel tempo, dall'altro lato impedisce al fisioterapista di svolgere la sua pratica professionale nel miglior modo possibile.

(ft) Le nostre prestazioni erano superiori quindi riuscivamo a dare come tempi... riuscivamo a stare dietro al paziente e a seguirlo molto di più. Adesso che invece i tempi sono così stretti, loro ti chiedono poi al momento della dimissione "Ma dopo dove andrò, chi mi potrà seguire ancora" e sul territorio sappiamo che le cose sono... cioè li assisteranno, ma con tempi molto più lunghi. Quindi ci troviamo nell'imbarazzo di dover dire a chi poterli affidare, dove andare, non c'è una continuità, una sicurezza e noi non sappiamo delle volte come rispondere.

(ft) Se tu devi trattare cinque pazienti o ne devi trattare quindici ci puoi mettere lo stesso tempo, il nostro lavoro è così, due o venti tu li puoi trattare tutti e poi ovviamente il tempo fa sì che cambi un pochino la qualità, sicuramente, però tu li hai trattati, sulla carta tu li hai trattati tutti.

- **Limiti nelle modalità di trattamento:** la riduzione delle risorse non si manifesta solamente con un calo degli operatori, ma si traduce anche con una scarsità di attrezzature e spazi utilizzabili dai fisioterapisti. Nel caso in oggetto tale limite emerge non solo dalle testimonianze dei fisioterapisti stessi, ma anche dei pazienti e dei familiari che si servono quotidianamente dei servizi riabilitativi.

(familiare) Mancano... le rispondo tranquillamente perché come fisioterapisti guarda. Per quel che riguarda mia figlia sono veramente bravissime, però di spazio e attrezzature mancano... A volte i fisioterapisti sono costretti a chiedermi di andar fuori e andare a comprare delle attrezzature per fare degli esercizi per mia figlia. Purtroppo perché non vengono finanziati diversi... in reparto manca tutto, cioè anche giocattoli per i bambini, per stimolarli... Cioè dobbiamo andarli a comprare fuori.

(familiare) In questo momento sta facendo fisioterapia, mia figlia, e in stanza siamo in uno spazio molto, molto limitato; per fortuna ci va il tappetino per fare l'esercizio però siamo incastrati, ecco. Non è... non ci sembrava una cosa normale... Oppure quando è stata in rianimazione, mia figlia, un anno... è stata dentro e ha dovuto fare della fisioterapia con dei cuscini particolari. Abbiamo dovuto fare richiesta alla ASL: una piccola palestra va sui 1000 €, un genitore al giorno d'oggi chi se lo può permettere e chi no, anche la ASL fa difficoltà a dire di sì. La fisiatra ha dovuto annotare sulla richiesta un'urgenza estrema, però non potevamo neanche averla. È un gran problema.

Questa problematica, riscontrata sia nelle opinioni dei professionisti sia, come abbiamo visto, dei pazienti, evidenzia forti capacità "adattive" da parte dei fisioterapisti i quali, nonostante un'organizzazione che non sembra supportarli a dovere, attraverso la loro professionalità restano in grado di garantire buone performance.

28. Le conseguenze di un'unificazione forzata

Ricordiamo che nello studio del caso fiorentino le strategie informali di gestione dell'attività quotidiana erano uno degli elementi centrali e caratterizzanti quella realtà studiata. Le strategie informali venivano messe in atto nella gestione quotidiana del servizio territoriale, erano basate su un forte senso di coesione reciproca e di collaborazione tra le diverse figure. Attraverso le strategie informali gli operatori fiorentini erano in grado di “sfuggire” parzialmente all'imperio della norma e di raggiungere una risoluzione ai problemi attraverso processi non formalizzati ma basati sulla pratica quotidiana e su dinamiche di condivisione.

Tale aspetto così forte e caratterizzante quella realtà è invece nel caso di Bologna pressoché assente. Non emerge in nessuna delle interviste focalizzate alcun elemento che potremmo integrare in questa categoria. Cerchiamo quindi di comprenderne i motivi alla luce di quelle che sono le principali differenze strutturali tra il caso bolognese e quello fiorentino.

Ritornando a quanto anticipato nelle prime pagine di analisi, è doveroso ricordare che il caso fiorentino trattava di una realtà riabilitativa territoriale, lontana fisicamente dalle strutture ospedaliere. Possiamo ritenere quindi che una delle ragioni di tale differenza risieda proprio nella diversa natura dei due servizi, uno ospedaliero e l'altro territoriale. Mentre infatti il caso fiorentino si caratterizza per una gestione maggiormente orizzontale (che promuove anche relazioni paritarie tra i diversi operatori) quello bolognese, essendo inserito in una realtà ospedaliera, risente di una gestione più verticale del potere, che si trasforma di fatto in una costante negoziazione di status tra le diverse figure professionali che rischia di minare anche i potenziali spazi di collaborazione.

In particolare, nel caso in oggetto, ci troviamo di fronte ad una certa competitività tra fisioterapisti ed infermieri che porta a problemi di integrazione interna, oltre che ad una difficoltà degli stessi fisioterapisti a creare un clima di coesione e di collaborazione reciproca. Questo elemento di scarsa coesione intraprofessionale, però, non è generalizzabile: esistono infatti alcune testimonianze che evidenziano una buona collaborazione in alcuni reparti. In particolare, facciamo riferimento al reparto di riabilitazione, dove si trova ad operare un gruppo coeso di fisioterapisti. Un ulteriore reparto che vede la presenza di un folto numero di professionisti e nel quale si testimonia un buon clima di collaborazione e di sostegno reciproco è il reparto di pediatria. Il caso della pediatria viene dipinto come caso “a parte” che non risente di quelle dinamiche di frammentazione che invece vengono lamentate da altri. In questi due reparti la presenza di un buon numero di operatori consente infatti l'emersione di buone dinamiche di gruppo, quindi la creazione di un clima favorente il lavoro quotidiano, la soddisfazione lavorativa e il sostegno emotivo reciproco.

Per quel che riguarda infine le restanti realtà bolognesi si segnalano, come detto, alcune difficoltà di integrazione.

(ft) Adesso faccio una battuta, questo spiraglio ci deve essere perché io sono il più giovane di tutti, devo lavorare trent'anni, me lo vorrei anche creare uno spiraglio, se devo lavorare trent'anni con questo clima.

Abbiamo già citato nell'introduzione a questo lavoro il percorso storico e l'evoluzione dei due ospedali, S. Orsola e Malpighi, che oggi formano un'unica realtà. Dalle testimonianze raccolte, prima di questo percorso esistevano due gruppi distinti di fisioterapisti, in parte antagonisti ma contraddistinti da un'alta coesione interna.

Probabilmente si è generato un processo di schismogenesi simmetrica⁴⁵ (competitività imitativa fra gruppi paritari) che, se da una parte ha contribuito a creare una forte coesione intragruppo, dall'altra ha alimentato una divisione intergruppi.

(ft) Pensiamo al passato, ovvero che ci si aiutava come gruppo, unito molto di più, che le cose si dividevano molto di più [...], c'erano ovviamente, come ho detto anche io, il Sant'Orsola e il Malpighi, quelle colonne d'Ercole non bisognava passarle, però all'interno del gruppo c'era molta più solidarietà, poi adesso avendolo frammentato fa sì che alcuni gruppi siano coesi, vadano d'accordo e quant'altro, ma come dinamiche di macro gruppo, per me, non è una dinamica ottimale, però questa è la mia opinione.

L'unificazione dei due servizi ha portato ad un processo di integrazione forzata di questi due gruppi, antagonisti tra loro, il cui processo di fusione imposta ha inciso sull'identità gruppale generando alcune difficoltà relazionali e di collaborazione tra i diversi operatori.

(ft) Quello che voglio dire è che c'è sempre stata una certa conflittualità, come avete sentito, fra Malpighi e S. Orsola. Qui ci sono persone che si ricordano ancora la data: io mi ricordo solo che era novembre del '97, ma qualcuno qui... forse qui no, ma tanti colleghi si ricordano il giorno esatto in cui ci siamo fusi, perché c'era molta sensazione di appartenenza ad uno piuttosto che all'altro reparto, quindi pur se eravamo fisioterapisti di due gruppi differivamo molto, con la presunzione di essere ognuno superiore all'altro come gruppo. In sostanza... poi magari presi singolarmente c'era chi fungeva da opinion leader e chi in realtà era molto più aperto, però senz'altro era un gruppo molto conflittuale al punto che alcuni se lo ricordano [...] si sono marcati a fuoco da dove provenivano.

Il gruppo dei fisioterapisti si mostra dunque, per certi aspetti, non amalgamato: riemerge con frequenza il rimpianto del passato attraverso il quale si tende a marcare una balcanizzazione ancora non risolta che, come vedremo, contribuisce ad una maggiore difficoltà nella gestione dei risvolti psicologici della professione.

Accanto all'unificazione forzata di due gruppi molto coesi all'interno e sostanzialmente antagonisti rispetto all'outgroup esterno, osserviamo anche il processo di frammentazione del servizio di fisioterapia legato all'evoluzione dell'azienda ospedaliera oggetto di studio, ossia quel processo di settorializzazione che ha portato ad una riduzione della mobilità interna e ad una progressiva specializzazione dei fisioterapisti. Se per un verso questo processo ha l'indubbio vantaggio di aver formato operatori altamente specializzati nel trattamento specifico dei singoli reparti, dall'altro, sotto il profilo della soddisfazione lavorativa, sembra mostrare alcuni limiti. Infatti i fisioterapisti si trovano a dover utilizzare solo una parte delle loro competenze scientifiche e tecniche, inoltre questa settorializzazione ha progressivamente isolato i diversi fisioterapisti nei diversi reparti, riducendo le occasioni di scambio e confronto reciproci, e limitando così la possibilità di instaurare dinamiche di buona integrazione, collaborazione e senso di appartenenza.

(ft) Un altro elemento secondo me è quello tecnico, cioè sul corso di laurea in Fisioterapia attualmente impari tantissime cose, è una formazione fatta bene, io ho da dire solo cose positive. Però mi sto ritrovando a lavorare in reparto con il

⁴⁵ Cfr. Bateson G., *Verso un'ecologia della mente*, Adelphi, Milano, 1976.

paziente operato dal giorno zero al giorno in cui più o meno va a casa, in cui uso sì e no il 5% ecco delle conoscenze che ho. E questo secondo me è un peccato ecco, non si parla neanche più di riabilitazione molto spesso, si parla di attivazione motoria. Lo rimetti in piedi e lo aiuti a fare quello che faceva prima, cioè camminare e fare le scale.

(ft) C'era una vera e propria rotazione, addirittura mi ricordo, mi sembra, al Sant'Orsola per periodi che erano mensili, semestrali, al Malpighi avevamo una rotazione che era in parte mensile in parte anche a fasce orarie giornaliere, nel senso che magari in una determinata fascia oraria trattavamo pazienti esterni [...] A seguito dell'evoluzione, involuzione, del sistema sanitario, e poi dopo nelle altre fasce della giornata andare in reparto, in un reparto qualsiasi. Tanto poi li cambiamo, e avevi tutte queste cose che ti permettevano sempre di esercitare la tua professione in un modo molto più accettato, più ampio, magari forse meno specialistico [...] A me piaceva molto di più questo modus operandi, assolutamente, ed evitava l'isolamento.

Siamo quindi di fronte ad una realtà organizzativa che non consente di fatto una buona integrazione tra fisioterapisti, rallenta e rende difficoltoso l'instaurarsi di un buon clima organizzativo oltre che di un clima generale di collaborazione e aiuto reciproco. Tale mancanza, come vedremo, influenza alcuni operatori nella gestione della propria quotidianità operativa.

L'evoluzione del sistema organizzativo che ha portato allo scioglimento dei due gruppi originari è sfociata nella costituzione di piccoli gruppi frammentati che fanno riferimento ai diversi reparti e nei quali, a seconda dei singoli operatori che li compongono, si possono o meno osservare dinamiche di cooperazione e condivisione. Questa evoluzione organizzativa, che promuove la settorializzazione e l'alta specializzazione, porta con sé alcuni elementi di criticità. L'alta specializzazione, legata alla lunga permanenza in un singolo reparto riduce, secondo i fisioterapisti, le possibilità di sviluppo professionale e contrae le loro possibilità di azione. I professionisti si trovano così, nel tempo, a percepire di avere un bagaglio professionale ridotto anziché ampliato dall'esperienza, a differenza di prima quando, grazie a un modello basato sulla mobilità, ogni operatore era portato a confrontarsi con problematiche differenti e con diverse tipologie di pazienti. Gli snodi più critici evidenziati dai terapisti sono:

- *L'alta specializzazione impedisce una crescita professionale più ampia e completa del fisioterapista.* I fisioterapisti fissi nei reparti si trovano a dover utilizzare una ristretta gamma delle tecniche apprese sia nel corso di studi, sia frequentando master e corsi post laurea. La rotazione consentiva invece la possibilità di poter impiegare diverse tecniche e quindi di ampliare la competenza professionale del terapeuta.
- *La polarizzazione su determinati tipi di pazienti porta alla frustrazione di non poter agire l'ampio bagaglio di conoscenze.* I fisioterapisti si trovano un bagaglio di conoscenze tecniche che non possono mai impiegare limitando i loro interventi a poche tecniche ripetute quotidianamente. Questo da un lato alimenta noia e ripetitività e dall'altro mette in pericolo l'autostima professionale.
- *La settorializzazione non consente ai nuovi assunti di poter maturare una professionalità più ampia,* creando così una figura professionale meno preparata del passato.

(ft) *Te lo dico perché io mi posso permettere di girare dieci, dodici reparti diversi a partire dalle malattie infettive a ematologia alla ginecologia, che hanno problematiche completamente diverse perché io ho vissuto quel periodo nel quale il fisioterapista era così valorizzato che avevo una cultura, io mi sono fatta una cultura a trecentosessanta gradi, e adesso la posso spendere. Non ho paura di andare dal ginecologo che magari mi chiede una cosa impropria, gli posso spiegare perché è impropria. Ma se tu non hai questa cultura che ti sei fatto nel tempo fai anche fatica a spiegare perché, siccome eri più giovane, ti hanno piazzato in quel posto là dove non voleva andare nessuno, ecco non hai avuto il tempo di farti questo bagaglio.*

- *L'iperspecializzazione porta all'isolamento: non sentendosi sempre sicurissimi delle proprie competenze professionali, i fisioterapisti preferiscono rinunciare alla mobilità anche quando questa è possibile:*

(ft) *Fare in modo che ci fosse una sorta di eterno noviziato da parte degli allora nuovi assunti che sono rimasti bene o male fissi in quei reparti, tant'è che parlando con alcuni ottimi colleghi, ottimi, mi confessavano tempo fa "io non so neanche se sarei in grado di, se dovessi andare in palestra, fare questo termine, faccio solo fisioterapia respiratoria dal mattino alla sera". Ma colleghi che so ottimi, ed erano ottimi colleghi, ed erano giovani allora e sono stati inviati dal CUP, dall'organizzazione in quel reparto. Sono cascati con l'organizzazione, con il benessere del nucleo forte anziano, questa cosa... hanno detto adesso va bè fate questo noviziato che in molti casi è diventato anche, come dire, obbligatoriamente... in quel momento in cui ti si libera un posto dici "ho paura a tornarci, non se se sono in grado di farlo, per cui sto lì, mi auto-recludo, mi auto-isolo".*

- *La possibilità di muoversi in diversi reparti consentiva anche di poter diluire tra colleghi alcune criticità legate a singoli servizi. Consentiva ai terapisti una maggiore flessibilità. Ma non solo: la mobilità fungeva anche da strumento indiretto di gestione delle problematiche legate allo stress lavoro correlato:*

(ft) *Anche un paziente neurologico non è che sia tutta questa bellezza, nel senso che al sesto emiplegico o afasico che fai diventi afasico anche tu. Quando tu sentivi la stanchezza di questa tipologia di paziente avevi la possibilità di dire "i prossimi sei mesi vado sei mesi in cardiocirurgia", ti facevi sei mesi di respiratoria, ti liberavi un po' il cervello, riprendevi a parlare correttamente e poi tornavi in palestra. Se dopo un anno ti stancavi o a volte avevi anche il bisogno di cose più pratiche come cambiare orario per un problema tuo personale, la possibilità c'era...] A me questa cosa piaceva molto perché mi permetteva a volte di mettere un po' a riposo anche l'aspetto emotivo.*

29. I valori dei fisioterapisti vs i valori aziendali percepiti

Un elemento importante nella nostra analisi riguarda i valori dell'organizzazione percepiti dai nostri intervistati, messi a confronto con i valori che gli operatori quotidianamente portano o ricercano nella loro pratica professionale. La scelta della professione del fisioterapista, operata da coloro che oggi possono vantare una buona anzianità di servizio, contiene un forte ingrediente "vocazionale" e di natura socio-

assistenziale. Se questo elemento è trasversale nella popolazione dei fisioterapisti più esperta, dalle testimonianze raccolte risulta meno evidente nella popolazione più giovane.

(ft) Però io mi ricordo che quando ero giovane erano altri anni, cioè erano l'inizio degli anni '80, si veniva dagli anni '70, la motivazione principale, io me lo ricordo molto bene... volevo una professione che avesse un impatto sociale.

Tale aspetto valoriale è alla base di quello che abbiamo definito come percezione della centralità del paziente, aspetto nodale nel lavoro del fisioterapista che interpreta la sua professione come prevalentemente orientata al bisogno del paziente. Tale centralità si scontra con la percezione dei valori promossi dalla direzione aziendale. Abbiamo poco sopra descritto il processo di aziendalizzazione del servizio sanitario che, nella percezione dei fisioterapisti, si pone piuttosto in antitesi con i loro valori. Se infatti da una parte per il loro vissuto quotidiano l'aspetto della relazione e quindi anche del successo terapeutico del paziente è al primo posto come priorità, non sembra accadere lo stesso per l'azienda ospedaliera, che viene vista più preoccupata degli aspetti burocratici e di rendicontazione che non dall'efficacia dei trattamenti.

(ft) Parlano solo la logica del profitto perché la politica dei servizi deve essere come le politiche private. Non potrà mai essere così, ma questo è un problema politico.

La percezione diffusa tra i fisioterapisti è quella di essere valutati prevalentemente per i numeri che portano; tale percezione cozza con la loro identità professionale fortemente legata alla prestazione (come tutti i professionisti che hanno dei vissuti affettivi nei confronti della loro professione), trasformandosi in un potenziale conflitto di identità. Tale conflitto s'inquadra all'interno di una relazione asimmetrica in cui la percezione di essere agli occhi dell'organizzazione un semplice esecutore di funzioni non può essere negoziata ma viene subita, alimentando un certo senso di *alienazione*.

(ft) Io ho la percezione di essere considerata un numero e di essere valutata in base al numero.

(ft) Stavo facendo anche io una riflessione, adesso, ascoltando le cose ho ricostruito, che facendo riferimento all'organizzazione quindi la visione, la considerazione dell'organizzazione, io forse imputo una colpa all'organizzazione. Però adesso non saprei collocare il momento in cui... comunque è avvenuta nel momento in cui a me hanno rotto, hanno fatto un clic, quando mi sono resa conto di essere un numero, e fino a un certo punto della mia vita professionale ho pensato di essere un fisioterapista con un ruolo, un professionalità, un bagaglio culturale da spendere di una certa rilevanza anche, poi a un certo punto, dalla sera alla mattina, con motivazioni che prima erano di un tipo poi sono diventate di un altro, mi sono trovata...

Questo vissuto svalutante la professionalità del fisioterapista è maggiormente percepito da coloro che, grazie ad una lunga esperienza, hanno potuto osservare l'evoluzione del Policlinico Malpighi-S. Orsola, evoluzione che fa da sfondo alla nostra analisi.

(ft) Il lutto c'è per questo motivo: io sono ancora una di quelle fortunate che è riuscita a venire a lavorare in un periodo dove il fisioterapista veniva ancora molto valorizzato per cui... e l'Azienda e i vari direttori dell'Unità Operativa ti spronavano anche a fare i corsi per i quali, premetto, io ho pagato più del 50%. Quindi a volte non è un problema di spesa, è anche come ti pongono le cose. Era indispensabile per mantenere un certo livello tuo personale, ne sentivi proprio l'esigenza di dire "quest'anno rinuncerò ad una settimana di ferie, non mi comprerò quella tal cosa, però spendo mille euro, un milione all'epoca, nell'aggiornamento". Adesso quello che devi fare è soddisfare una serie di richieste di più persone, di richieste a volte improprie, per cui che motivazione hai nello spendere mille euro? Non interessa a nessuno della qualità del lavoro, interessa che tu soddisfi le richieste del tale direttore che vuole un fisioterapista per spesso mollarti tutte quelle cose impossibili... una specie di Lourdes.

La problematica della relazione tra operatori ed azienda si alimenta analizzando il sistema di gestione interno del Policlinico, basato su flussi di comunicazione monodirezionali *top-down* che alimentano una scarsa partecipazione alle decisioni, una scarsa condivisione degli obiettivi aziendali e diversi fenomeni di resistenza al cambiamento.

(ft) Sì, l'aspetto che diceva lei io lo sento molto cioè: si è data molta importanza, siccome lei parlava dei valori, al valore della condivisione in questa azienda, cioè una parola che va molto di moda negli ultimi anni, ma è una condivisione fittizia. Cioè è solo sulla carta, in realtà non si condivide, cioè si condivide nella misura in cui ti viene comunicata una decisione e tu sei lì per condividerla. Cioè devi dire che ti va bene perché il processo di condivisione richiederebbe a monte una messa in campo di quello che c'è da condividere.

(ft) A me manca sapere il disegno che c'è dietro, la missione, sapere che faccio parte di un progetto, beh mi farebbe piacere, accetterei tante cose con più disponibilità.

(ft) Il problema di fondo è che questa è un'azienda, quindi secondo me la tua voce in capitolo è molto poca, è come Marchionne, se dice tu vai là, tu vai là punto. Cioè io ormai, la mia fase più, la cosa che più mi scoraggia è questa, cioè qui siamo una cosa molto piramidale, è come lì alle aziende private, tu devi fare questo, cioè hai poco spiraglio, poco margine, ma anche di essere ascoltato, capisci, ormai le cose in azienda sono così, non possono essere cambiate, e non è così perché, come diceva lei, vai direttamente sul paziente, noi non andiamo sul pezzo Fiat, andiamo sui pazienti.

30. Il fisioterapista al lavoro

Passiamo ora ad analizzare più nello specifico la figura del fisioterapista presso la realtà presa in esame per descriverne le attività, le relazioni con pazienti e familiari e con gli altri operatori sanitari.

Rispetto al tema del lavoro quotidiano dei fisioterapisti presso il policlinico, gli intervistati fanno riferimento a diverse realtà, operano in reparti differenti e trattano

pazienti con differenti patologie. Questo elemento, come abbiamo visto in precedenza, è parallelo ad una precisa scelta aziendale di settorializzare i diversi professionisti che si trovano a maturare professionalità molto specifiche che variano da reparto a reparto.

Nel caso osservato esiste una sola realtà dedicata esclusivamente alla riabilitazione e provvista di una palestra. Nei restanti reparti gli spazi adibiti alle pratiche riabilitative non ci sono o sono comunque molto scarsi, per cui il lavoro del fisioterapista si svolge presso il letto del malato, senza la possibilità di uno spazio dedicato. Situazione questa che pare limitare le prestazioni riabilitative sia agli occhi dei fisioterapisti sia a quelli dei pazienti.

(ft) Usando un termine calcistico poiché amo il calcio: dal punto di vista lavorativo noi giochiamo sempre fuori casa, noi non giochiamo mai in casa nostra e poi noi non siamo figli del campo su cui ci alleniamo, non siamo figli della palestra, cioè il terapeuta di per sé, la sua casa madre è la riabilitazione in palestra.

(pz) Il problema sussiste in tutti i reparti staccati che fanno uso della fisioterapia e necessitano perché il protocollo ritiene di avere la presenza del fisioterapista. Nel suo caso come nel mio caso che sono dei reparti altamente specializzati, perché sono quelli di trapiantologia, quindi io sto parlando del distretto universitario dove si fanno i trapianti, che sono a spesso a contatto con la cardiocirurgia e quant'altro. Qui c'è un reparto di alta specializzazione di fisioterapia, mentre per quanto riguarda le parti distaccate, dove è richiesta questa necessità, c'è il grande impegno personale del fisioterapista, dei fisioterapisti, che cercano di sopperire ad una mancanza dedicata per il loro lavoro con la loro professionalità.

(familiare) Purtroppo quando siamo stati al S. Orsola, non è colpa né del reparto né del terapeuta, non c'erano neanche le comodità per servire il paziente. Ti fa un po' le mani, un po' i piedi e il gomito, ma non è colpa del terapeuta. È proprio [...] ci sta la stanzetta, due persone in ematologia, è piccolina con un bagno che va da... quello che poteva fare... non poteva fare di più...

Al di là quindi del reparto adibito specificatamente al recupero funzionale e quindi dotato di una palestra, gli altri fisioterapisti si trovano a dover lavorare in reparti deputati principalmente al trattamento di altre patologie e in cui la fisioterapia non svolge il ruolo centrale (es. chirurgia, terapia intensiva etc.) riducendo, come abbiamo illustrato, la loro possibilità d'intervento sul paziente. Mentre nel reparto di riabilitazione il focus del trattamento è la riabilitazione stessa, negli altri reparti sono altre le problematiche internistiche che hanno centralità. Questo porta i fisioterapisti a dover inserire la loro pratica professionale all'interno della vita di reparti che sono organizzati in maniera differente, con altre priorità. I fisioterapisti devono quindi adattare la loro pratica quotidiana alle routine di reparto e alle esigenze di altri operatori, e abbiamo visto che questa situazione non sempre agevola il loro lavoro.

L'accompagnamento formativo nei confronti dei pazienti e dei loro familiari

Passiamo ora ad analizzare il ruolo educativo-formativo dei fisioterapisti nei confronti dei pazienti e dei loro familiari, specificando che le opinioni espresse da questi ultimi fanno riferimento principalmente all'unità operativa di riabilitazione. È infatti plausibile ipotizzare che esistano delle sostanziali differenze nel rapporto tra fisioterapista e paziente all'interno di questa realtà rispetto alle relazioni che si

instaurano negli altri reparti, date le differenze sostanziali che abbiamo evidenziato nel corso della trattazione.

È opinione condivisa anche dai pazienti che il lavoro del fisioterapista si esprima al meglio là dove è presente una palestra o comunque dove vengono adibiti spazi ad hoc per un buon trattamento. Il trattamento in palestra viene valutato dai pazienti in maniera migliore, maggiormente efficace, tanto da far auspicare un potenziamento dei servizi di fisioterapia nei reparti in cui la figura del professionista della riabilitazione ha una posizione secondaria rispetto al trattamento principale.

Al di là di quelle che sono le attività specifiche del fisioterapista che, attraverso la manipolazione e gli esercizi mirati, punta ad un miglioramento della funzionalità motoria del soggetto in trattamento, il professionista della riabilitazione ha anche il compito di *formare il paziente e i familiari all'autocura*, ossia egli esercita un ruolo educativo e formativo nei confronti di pazienti e care giver. Come abbiamo sottolineato nel caso fiorentino, un aspetto centrale del lavoro del fisioterapista che opera nel reparto di riabilitazione riguarda proprio l'aspetto formativo nei confronti di pazienti e familiari. Così come nel caso fiorentino, anche in questo caso l'aspetto della formazione viene visto da questi ultimi come valore aggiunto dell'attività del terapeuta e aspetto qualificante della figura, che non è più percepita solo come “chi manipola”, ma anche “chi forma e informa”, cioè come qualcuno che, attraverso l'accompagnamento formativo e informativo accompagna i pazienti e i familiari in un percorso di potenziamento e di progressiva gestione autonoma delle loro esigenze riabilitative.

(familiare) È un lavoro completo perché non ti fa delle cose, ti insegna.

Un fisioterapista ti insegna come devi fare.

Sì difatti è quello che è stato detto anche a me.

Ti educa, ti dà dei metodi comportamentali, cose che un... chi ha delle predisposizioni per determinate cose ti fa il trattamento e lì finisci. Chi invece... la fisioterapista prima di tutto ti fa un trattamento spiegandoti... il più delle volte ti dice... c'è questo rapporto... ti faccio questo perché... e poi ti insegno “questo potresti farlo anche tu”. Ti accorgi che sono cose abbastanza semplici ma che non avevi nemmeno l'idea... ti insegna a farle in maniera corretta.

(pz) La fisioterapista proprio mi dà consigli [...] mettiti in questo modo, non metterti in questa posizione, devi fare questo, e non smetterli perché poi devi riuscire a riprenderti come prima.

È il differenziale. È questo che differenzia. Che ti trasmette informazione, ti trasmette delle forme di autogestione che altri invece si fermano lì.

Attività, quella formativa, che viene vista come elemento caratterizzante il fisioterapista, quell'aspetto che differenzia il terapeuta da altri operatori come ad esempio i massaggiatori o simili.

31. Fisioterapisti in relazione

Nell'analizzare le relazioni professionali che i fisioterapisti vivono all'interno dei loro presidi inizieremo dall'analisi delle relazioni con i pazienti, per continuare con quella con i medici specialisti. Solo successivamente affronteremo il delicato rapporto tra fisioterapisti ed infermieri. Per quanto riguarda la relazione con i medici di medicina generale, valutata positivamente dai fisioterapisti fiorentini, a Bologna non viene mai

menzionata e sembra essere assente, probabilmente poiché si tratta di una realtà ospedaliera e non di un presidio territoriale.

“Loro ti danno l'anima”: la relazione tra fisioterapista e paziente

Anche in questo caso di studio la relazione con il paziente risulta essere il luogo privilegiato in cui il fisioterapista viene confermato nella propria identità professionale. Riteniamo pertanto possibile confermare quanto già osservato nel caso di Firenze, sottolineando l'aspetto centrale della relazione quale elemento fondante la professionalità del fisioterapista. La relazione emerge con il suo doppio aspetto, da una parte potenziante l'identità del professionista, dall'altra come carico emotivo da dover gestire nella quotidianità. La relazione tra fisioterapista e paziente è una relazione meno formale rispetto a quella medico-paziente, una relazione di maggior vicinanza affettiva che consente al terapeuta di diventare un punto di riferimento all'interno del percorso di cura. *Vicinanza relazionale* che però porta ad un aumento del carico emotivo, che è quindi maggiore sui fisioterapisti rispetto anche solo ai colleghi infermieri o ai medici, i quali tendono a strutturare relazioni più distaccate ed informali con i pazienti, secondo la percezione dei nostri intervistati:

(pz) Io so che quando vengono formati gli infermieri viene a loro raccomandato di non dare del tu ai pazienti.

(ft) Un collega medico mi ha detto: 'Se io mi fossi fermato quando mi è morto sotto le mani il primo malato non avrei più operato, mi devo schermare, ho fatto di tutto, è morto sotto le mani, è morto'.

La relazione con i fisioterapisti, invece, è diversa:

(pz) Io sono abituata... non dò del tu alle persone più grandi di me. Mi viene spontaneo dare del lei. Abituata al lei, arrivo qua: “Ma io mica sono anziana, mi fanno, tu mi devi dare del tu”.

Tale vicinanza sembra essere, per le testimonianze raccolte dai pazienti, funzionale a mantenere una buona adesione al trattamento riabilitativo che necessita, per sua natura, di una forte partecipazione da parte di entrambi. L'aspetto relazionale diventa quindi un elemento fondamentale per il trattamento, in grado di determinare il successo o l'insuccesso terapeutico, meritando perciò di essere riconosciuto come una competenza fondamentale e non accessoria del bagaglio professionale del fisioterapista. Questi elementi, che riprendiamo dalle testimonianze dei pazienti bolognesi, confermano quanto già avevamo notato nel caso fiorentino dove si riconosceva, da parte dei terapisti, una grande importanza alla relazione per il trattamento:

(pz) Il fisioterapista [...] è un pochino più il tuo coach, il tuo trainer, è quello che deve avere un atteggiamento un po' empatico e un po' anche severo e autoritario. Nel senso che ti deve risollevarlo nel momento in cui hai questi picchi verso il basso e deve un pochino fermare queste due... questi picchi verso l'alto... e riportarti verso una normalità. Anche caratterialmente ti deve stimolare per fare le cose correttamente. Per lo meno come si è sentito... come ho visto io ci sono certe... certi momenti in cui certe cose non si vuole fare, si fa fatica, si ha paura... mentre lo fanno... per cui deve sfruttare tutti gli aspetti per cui dire a qualcuno

“muoviti” in maniera autoritaria se lo dice con il lei è anche meno diretto verso di te, mentre farsi dire “si muova col tutore” si rimane un po' così... “mi muovo se voglio, scusi stia al suo posto”... “muoviti per favore” è talmente diretto e imperativo che ti viene istintivamente... la tua reazione... praticamente dentro di noi riconosciamo la sua autorità.

Io credo che amino il loro lavoro al massimo perché praticamente vivono la situazione con te. E se non t'interessa, se lo fai solo per il bisogno che sicuramente c'è non la vivi così... io vedo che loro ti danno l'anima. Cioè proprio è... io noto questo... è una passione che hanno e che ci mettono in mezzo il cuore secondo me.

Si sente proprio che ti vogliono aiutare, lo fanno per aiutarti.

Che il passato è da dimenticare e dal...

Devi andare avanti

Sono tenaci, toste, testarde... ti spronano come cavalli ti spronano...

Ti infondono fiducia...

Sì ti danno fiducia...

E credono in te.

La stretta relazione tra fisioterapista e paziente, come detto, se da un lato svolge un importante ruolo all'interno del percorso riabilitativo, dall'altro espone il fisioterapista ad un carico emotivo maggiore rispetto agli altri operatori sanitari, mettendolo di fronte ad un alto stress emotivo e al rischio di burn out. Questo elemento è comune sia al caso fiorentino, sia a quello bolognese, ma emergono sostanziali differenze rispetto all'impatto che questo ha sui professionisti. Se da una parte il carico emotivo nei fisioterapisti fiorentini appare più sotto controllo, nella realtà bolognese questo elemento emerge con maggiore gravità ed impatto.

(ft) Il carico psicologico del paziente super acuto con tutte le sue domande ed aspettative qua dentro è massacrante. Io a quello non ero preparata.

(ft) Cosa fa questa persona, si apre con te, con chi si va ad aprire... ma di tutto di più viene fuori, e tu non puoi fare la faccia di quello che se ne frega perché non te ne freggi, a te ti interessa invece, ma nello stesso tempo hai bisogno di tutelarti tu per non essere troppo coinvolta emotivamente perché non ce la puoi fare, ma nello stesso tempo devi farlo sentire accolto, farlo sentire ascoltato.

Da una parte il diverso carico emotivo che abbiamo osservato è spiegabile per le diverse tipologie di pazienti trattati nelle due realtà: nelle realtà territoriali i pazienti tendono ad essere cronici, o in fase di recupero, oppure pazienti con patologie neurodegenerative dal lento declino. Nel caso bolognese ci sono fisioterapisti che si trovano invece a dover trattare pazienti acuti, in alcuni casi dell'esito infausto.

Ovviamente la tipologia del paziente varia in base ai diversi reparti che, come abbiamo visto, nel caso bolognese sono anche molto diversi tra loro e all'interno dei quali, da protocollo, è prevista la figura del fisioterapista. La gravità di certi pazienti è certamente un fattore che incrementa il carico emotivo degli operatori che si trovano a lavorare in certi reparti, ma riteniamo che questo non sia l'unico elemento in grado di spiegare tale differenza.

Abbiamo visto come la realtà territoriale fiorentina fosse caratterizzata da una forte coesione interna e da un gruppo in cui era ben presente un senso di unità e di condivisione di valori. Questo elemento è invece piuttosto critico presso il policlinico S. Orsola-Malpighi, dove la situazione frammentata che abbiamo descritto è generativa di dinamiche di condivisione che non sembrano avere la stessa forza né lo stesso effetto

benefico del caso fiorentino. Durante le interviste focalizzate realizzate nel complesso emiliano emergono con maggior forza le emozioni negative, i vissuti di frustrazione e di disagio di fronte alla sofferenza dei pazienti. In molti frangenti il gruppo si carica di forti contenuti emotivi non sufficientemente raccolti ed elaborati. La gestione di questi vissuti viene delegata in toto ai micro gruppi venutisi a generare dopo la fusione, ma questi micro gruppi non danno risposte equivalenti in termini di sostegno ai singoli.

(ft) Se a me una situazione mi angoscia perché vedo una... è difficile trovare un collega che abbia voglia di ascoltarti perché tutti siamo messi nella stessa situazione. [...] Oppure ti trovi magari ad affrontare situazioni pesanti, dure dal punto di vista emozionale, e ti trovi lì che sei dentro te stesso. Cioè gli infermieri ne parlano fra di loro, gli Oss se parlano fra di loro e tu ti trovi questi magoni da doverti gestire e basta.

(ft) Però, cioè, io ti dico che per me una mia grossa problematica è gestire anche la mia emotività di fronte alla morte, io preferisco che tu abbia rispetto di questa mia situazione e tu il fatto che comunque questa cosa qua, che io non mi sento rispettata in questo mio sentire, perché è un mio sentire personale, può non stare bene a te però mi devi rispettare come persona.

Il carico psicologico che i fisioterapisti si trovano a dover sopportare si esaspera nel momento in cui, da parte dell'organizzazione, non sembra esserci sensibilità su questo. Di fatto quindi il fisioterapista in latente burn-out non ha visibilità, viene disconfermato nella sua fatica quotidiana che sappiamo essere ben più pesante di quella meramente fisica e legata alle pratiche professionali standard.

(ft) Un altro aspetto della nostra professione che viene preso poco in considerazione è che sì, è una professione stancante da un punto di vista fisico, ma è estremamente dispersiva da un punto di vista energetico. Noi con questi pazienti spendiamo un sacco di energie psichiche non solo fisiche. E anche questo è un aspetto che va tenuto in considerazione. Perché bisognerebbe che alla nostra professione venisse dedicato un po' di tempo in questo senso. Quindi perché lei diceva "la gente si ammala"? È vero, la gente si ammala fisicamente ma si ammala anche psichicamente.

Il rapporto con i medici

Come sappiamo, la relazione è il principale terreno su cui si negozia l'identità, anche professionale. Ma in questo contesto, quale identità negoziano i fisioterapisti nei confronti dei medici? Abbiamo visto nello studio fiorentino come l'identità del fisioterapista venga negoziata principalmente rispetto ad alcuni elementi: autonomia decisionale e di intervento, alta competenza specifica di trattamento. Rispetto all'autonomia di intervento notiamo che anche in questo caso-studio emerge come elemento problematico, nel senso che gli intervistati lamentano di non avere sufficiente autonomia a livello decisionale e operativo. Probabilmente il fatto di essere inseriti all'interno di una struttura dove viene ribadito con forza il diverso status delle figure professionali di fatto riduce le pretese di autonomia, quindi, per quanto se ne avverta il bisogno, il rapporto sembra essere talmente asimmetrico da inibire questo tipo di rivendicazione. Di fatto, se nella realtà fiorentina si metteva fortemente in discussione la centralità della figura medica rispetto al tema specifico della riabilitazione, in questo

caso questo elemento, seppur presente, emerge in modo più marginale.

Le problematiche legate al rapporto medico-fisioterapista sembrano polarizzarsi di più, nel caso di Bologna, su un aspetto lievemente diverso, che ovviamente ha a che vedere anche con l'autonomia, ma che di fatto ne è il presupposto. Riguarda infatti il riconoscimento della competenza specifica del fisioterapista. I fisioterapisti non si sentono abbastanza riconosciuti per il loro specifico profilo professionale e avvertono una sorta di banalizzazione della loro pratica quotidiana che chiede di invece di essere riconosciuta nella sua complessità e pienezza dal comparto medico. I medici sembrano non riconoscere appieno le specifiche competenze dei fisioterapisti facendo spesso richieste ritenute incongrue da questi ultimi.

(ft) Anche perché vogliamo un po' di credito nei confronti delle altre figure professionali. Di credibilità, apparentemente... perché lui è quello che ti rimette in piedi, poi io sono anche quello che sa che cos'è la protesi, sa che cos'è la chinesioterapia [...] allora in un'ottica di team è poco valorizzata la figura del professionista, del fisioterapista.

Su un reparto così lungo ti rapporti con un medico che non è uno con cui parli la stessa lingua, non c'è un approccio... bisogna trattare tutti, ma tutti cosa? Cioè si va nello specifico. Noi siamo molto tecnici dal punto di vista lavorativo, vai a lavorare sulla spalla, sul collo, sul ginocchio, su una parte respiratoria, e non perché questo è stato operato e ha bisogno del fisioterapista che deve fare ginnastica respiratoria. Capisci? Ci sono tanti, tanti elementi che sono sfalsati.

Come detto precedentemente, questa situazione appena descritta non sembra essere in alcun modo generalizzabile a tutta quanta la realtà presa in esame. Questo deficit di riconoscimento sociale infatti non sembra turbare, ad esempio, gli operatori della pediatria. Reparto questo che viene definito come “isola felice” per i fisioterapisti. Quella riportata di seguito è una citazione di una fisioterapista che lavora presso il servizio di pediatria:

(ft) Però diciamo che è un lavoro di squadra che dà anche delle soddisfazioni, dove la figura del fisioterapista è considerata sia dai medici anche dagli anestesisti.

Il riconoscimento viene comunque richiesto ai medici, ed è anche da loro che il fisioterapista auspica e attende un riconoscimento professionale adeguato.

All'interno di una struttura fortemente gerarchica come quella ospedaliera il ruolo del medico ha tutt'oggi un valore centrale. Il rapporto tra fisioterapista e medico è quindi un rapporto asimmetrico, istituzionalizzato; in particolare il primario, leader formale del reparto, è l'elemento che condiziona maggiormente questa relazione. Dalle testimonianze raccolte emerge una situazione molto diversificata tra reparto e reparto, che risente delle diverse modalità e quindi anche delle caratteristiche personali di ciascun primario.

(ft) In passato avevamo dei primari che ci stendevano il tappeto rosso perché ci stimavano e apprezzavano il nostro lavoro. Adesso abbiamo il primario che è un burocrate al quale non interessa niente di come lavoriamo e sotto di lui ci sono persone che non ci tutelano. Quindi noi siamo l'ultima ruota del carro e ognuno di noi, ahimè, sta cercando delle strategie per salvarsi.

Se nella realtà considerata emergono situazioni in cui esistono primari che

valorizzano la figura del fisioterapista e altri no, con conseguente diverso approccio rispetto al riconoscimento del valore professionale del fisioterapista, quello che sembra emergere è che nel corso del tempo, per quanto possano rimanere situazioni singolari, la considerazione del fisioterapista in ambito sanitario non stia guadagnando il terreno desiderato, almeno nella percezione dei fisioterapisti intervistati. La citazione riportata sopra, se da una parte dipinge questa dinamica, dall'altra può essere spiegabile attraverso quel processo di aziendalizzazione e di conseguente burocratizzazione della realtà ospedaliera che abbiamo trattato in apertura. Se questo processo di aziendalizzazione ha spostato l'attenzione dell'Azienda verso aspetti maggiormente burocratici, allora è logico aspettarci che questa dinamica venga, se non vissuta, quanto meno subita da coloro che si trovano a doversi relazionare direttamente con obiettivi standardizzati, pratiche da assolvere, di fatto allineandosi a quelle che sono le richieste che provengono "dall'alto".

“Lo alzi tu? no lo alzi tu”: il rapporto con gli infermieri

Il rapporto tra infermieri e fisioterapisti presso il policlinico S. Orsola-Malpighi mostra alcune criticità, in parte dovute alla necessaria condivisione di spazi e tempi e ad una quotidianità sul paziente vissuta in maniera molto intensa. Quelle che si scontrano sono anche due visioni, una infermieristica basata principalmente su aspetti legati all'assistenza, l'altra del fisioterapista caratterizzata da una visione più terapeutica e riabilitativa.

È probabile però che il potenziale conflitto infermiere-fisioterapista non sia semplicemente legato a queste sovrapposizioni (la movimentazione dei pazienti sembra essere l'elemento più conflittuale) o a visioni diverse del trattamento da destinare ai singoli pazienti: certamente questi elementi contribuiscono a creare un clima non sempre disteso, ma non ne sono la causa principale. A Bologna come a Firenze, abbiamo visto come sia centrale per il fisioterapista il *discorso identitario*, legato al riconoscimento del proprio sé professionale. Uno degli obiettivi realizzati negli ultimi anni sia dagli infermieri che dai fisioterapisti è la creazione del Corso di laurea che hanno sostituito i diplomi universitari, attribuendo così maggior valore ad entrambe le figure. Inoltre, analogamente al caso fiorentino, molti fisioterapisti bolognesi intervistati vantano un'alta formazione post laurea, costruita partecipando a corsi di formazione, master e specializzazioni. La crescita culturale per questi operatori nasce da un bisogno di crescita professionale, ma diventa anche strumento per negoziare un'identità più forte e socialmente riconoscibile. Lo stesso accade per gli infermieri, che si muovono con motivazioni analoghe a quelle dei fisioterapisti, ossia rivendicare una maggiore autonomia e un maggior riconoscimento sociale.

(inf) Qua l'infermieristica si sta evolvendo molto adesso, cioè nel senso che negli ultimi anni abbiamo visto proprio che sta cambiando, che sta prendendo un'importanza diversa.

Pare che i fisioterapisti percepiscano una sorta di processo di svilimento della figura del fisioterapista all'interno dell'organizzazione ospedaliera, in concomitanza con la crescita della figura dell'infermiere. Un tipico processo di *concorrenza simmetrica* in cui il muoversi dell'altro mette in luce un non parallelo passo di chi prende l'altro per riferimento, almeno in termini di situazione percepita.

Abbiamo detto che questa tipologia di conflittualità emerge principalmente nelle

realità ospedaliera, luoghi dove è molto forte il valore del ruolo e dello status.

(ft) E abbiamo lottato per anni, dispersi in una ricerca un po' così tipo araba fenice, di questa laurea che si pensava ci desse quel valore professionale che invece non ci ha dato... e nel frattempo abbiamo perso dei carri nei confronti della professione infermieristica con la quale stiamo lottando adesso. Prima lottavamo coi medici e adesso lottiamo con gli infermieri. Che sono stati molto più bravi e che sono anche molto più numerosi e sono quelli che gestiscono la sanità... e che si sono nel frattempo laureati e quindi adesso quello che prima era uno scontro più alto perché era uno scontro professionale sugli aspetti legati alla malattia, no? Adesso lo dobbiamo fare sugli aspetti pratici: lo alzi tu? no lo alzi tu, no ti dico io come lo devi alzare, tu che fai l'infermiere lo insegna a me. Cioè allora adesso abbiamo spostato il campo di battaglia.

In questa analisi oltre al vissuto dei fisioterapisti abbiamo la possibilità di osservare anche i vissuti degli infermieri. La conflittualità è piuttosto evidente, così come la scarsa collaborazione. Ogni gruppo (fisioterapisti e infermieri) punteggia gli eventi in maniera ovviamente soggettiva e funzionale alla difesa del proprio gruppo di appartenenza, e gli spazi di collaborazione e di integrazione diventano marginali. Questo atteggiamento comporta una rigida demarcazione di spazi e impedisce una buona cooperazione organizzativa che si nutre anche di parziali e reciproche sovrapposizioni.

(inf) Per quanto mi riguarda non c'è molta collaborazione tra le due figure del fisioterapista e dell'infermiere, nel senso che non sempre, secondo me, poi gli altri non lo so, loro tengono molto, loro i fisioterapisti, tengono molto al loro aspetto organizzativo escludendo molto il nostro lavoro che anche noi alla fine siamo dei professionisti.

(inf) Quindi io vedo questo, questa marcata differenza, e non vedo che il fisioterapista tende a fare degli sforzi a cercare di dissolvere questa differenza.

(inf) Quando ho avuto qualche terapeuta in sostituzione io ho notato, mi sono anche un po' lamentata, non dicono neanche buongiorno, e guardano un tabellone lì, le nomine, ma non ti chiedono neanche "Ma scusi questo ha avuto dei problemi stanotte?". Quindi c'è questa cosa. Tutto sta poi con chi lavori tu, un po' capirsi, siccome non sei Dio sceso sulla terra ti integri con noi e lavoriamo.

(inf) Chi arriva per la giornata che non ti fuma proprio, che è sbagliato perché sono io che conosco il malato quindi non è che tu leggi un nome e puoi capire che cos'ha. Cioè, però non mi modifica molto, perché bene o male io li chiamo "di passaggio", io li chiamo "consulenti".

Secondo queste testimonianze i fisioterapisti, un po' come i medici nei loro confronti, sembrano difendere la loro specifica identità professionale rifiutando di instaurare relazioni orizzontali con gli infermieri. Prendendo spunto dalle ultime citazioni, la mancata richiesta di informazioni rispetto alle condizioni dei pazienti in reparto viene interpretata come atto di superiorità. Ricordiamo nello specifico quello che emergeva nello studio fiorentino rispetto al rapporto medico-fisioterapista; in quel caso i fisioterapisti lamentavano il fatto che i medici non li contattavano telefonicamente per avere informazioni sui casi. La stessa dinamica, traslata, possiamo osservarla qui, nella relazione fisioterapista-infermiere. In modo analogo, la pragmatica ci suggerisce di interpretare il livello relazionale della comunicazione non verbale del

terapista con la frase “*io non ho bisogno di te*”. Comunicazione che di fatto squalifica il lavoro e le competenze specifiche dell'infermiere, che è l'operatore che più di ogni altro vive la quotidianità del paziente e che chiede che questa caratteristica gli venga riconosciuta.

È presente poi una conflittualità legata al valore che i diversi professionisti danno al proprio lavoro rispetto a quello degli altri operatori. Rispetto a questa dinamica non possiamo non far riferimento alla teoria del confronto sociale di Festinger secondo la quale il confronto intergruppi avviene fra gruppi la cui distanza da un punto di vista di status sociale non è eccessiva (gli infermieri con i fisioterapisti appunto). Il confronto sociale intergruppi porta a focalizzare l'attenzione sulla specificità positiva del gruppo di appartenenza, che si traduce qui nell'evidenziare quale intervento (fisioterapico o infermieristico) sia di primaria importanza per il paziente. Ogni gruppo è portato a sottolineare positivamente la propria specificità professionale, stigmatizzando quella dell'outgroup.

(inf) Io non vado d'accordo con i fisioterapisti; loro fanno molto quadrato tra di loro guardando l'aspetto riabilitativo, che comunque è l'aspetto principale di questo reparto, però specialmente negli ultimi anni il paziente da un punto di vista clinico è diventato molto più problematico e quindi c'è anche l'aspetto clinico da seguire, un compito che spetta a noi e molto spesso questo compito non viene capito dai fisioterapisti; questo è il mio parere.

È quindi ancora una volta un problema di identità professionale, in cui la difesa del proprio gruppo di appartenenza risulta essere una difesa della propria autostima professionale. Se da una parte le rivendicazioni degli infermieri sono legittime e legate al riconoscimento del loro ruolo e del loro profilo professionale, dall'altra, inserendosi in una dinamica di negoziazione di status, non fanno altro che minacciare l'identità professionale del fisioterapista, la quale, a sua volta, si sostiene nella difesa di una posizione di maggior prestigio professionale.

(inf) Io credo che i terapisti, se si ritrovano di fronte degli infermieri un po' ignoranti, un po' poco disponibili, rimangono della stessa idea: non siete dei professionisti, siete semplicemente una manovalanza. Ed è difficile cambiare questo pensiero, questo atteggiamento, se da parte di tutti e due non cambiano le cose.

(inf) Noi andiamo avanti così dall'Ottantotto, non ci faccia caso, è sempre stato così questo rapporto, un voler prevaricare una figura sull'altra, è sempre stato così.

La competizione si evidenzia anche considerando le due diverse relazioni verso il paziente da parte dell'infermiere e quella del fisioterapista. Abbiamo visto come la relazione tra fisioterapista e paziente sia una relazione informale, luogo privilegiato in cui il terapeuta sente di essere riconosciuto pienamente come professionista, come punto di riferimento per il paziente. Questo aspetto è evidente principalmente nei pazienti che sono in trattamento presso la struttura di riabilitazione del policlinico, luogo in cui il core è il trattamento riabilitativo e quindi dove la figura del fisioterapista è di centrale importanza.

La dinamica cala di intensità nei reparti in cui la centralità non è il recupero funzionale ma il trattamento di altre condizioni patologiche (ma non abbiamo

testimonianze di pazienti di altri reparti). Anche rispetto a questo il mondo infermieristico sta evidenziando mutamenti significativi: l'introduzione del ruolo del *case manager*, la figura infermieristica che si occupa della gestione del caso, si pone nei confronti del paziente come figura di riferimento per il periodo di trattamento in ospedale e anche dopo. In questa evoluzione emerge il desiderio da parte della professione infermieristica di un ruolo maggiormente centrale nel processo di cura, di una presa in carico che sostenga il valore professionale dell'infermiere e il suo riconoscimento agli occhi del paziente. *L'esigenza di essere percepiti come figura di riferimento per il paziente è un tema centrale nell'ambito sanitario.* Rispetto a questo possiamo dire che tutte le figure sono in competizione tra loro: infermieri, infermieri case manager, fisioterapisti, medici. Tutti rivendicano un ruolo e tutti si trovano a “lottare” chi per mantenerlo, chi per conquistarlo.

(inf) La percezione però del paziente è che in quell'ora ce l'ha tutta per sé una figura, l'infermiere..., per cui la soddisfazione di un paziente, la percezione di avere tutto per se un'ora, gli dà un valore enorme.

(inf) Io che ascolto e che lavoro da tutt'altra parte, quindi un po' mi lascia perplessa, devo dire, sì perché faccio un po' fatica, non conosco proprio la realtà. Ma quante ore, chiedo anche alla dottoressa, un fisioterapista dedica a uno dei vostri pazienti? Come si fa a pensare che la figura dominante del terapeuta che fa un'ora, rispetto quella dell'infermiere, che ne fa altre ventiquattro? Questa cosa mi lascia veramente un po' scioccata, quindi direi che il dominio è degli infermieri, come sempre, e il fisioterapista è diventato il consulente per un'ora, perché se è riabilitazione dovrebbe essere i tre quarti della giornata il terapeuta e l'infermiere due ore. Quello che leggo io è che l'infermiere non può non entrare in relazione con il terapeuta, il terapeuta è lui che piglia le consegne dall'infermiere: non l'hanno visto per dodici ore.

(inf) Un altro aspetto fondamentale è quello del rapporto tra paziente e fisioterapista. Il rapporto secondo me è un rapporto quasi morboso, morboso tra virgolette, nel senso che ovviamente il paziente vede nel fisioterapista la sua salvezza, la sua prospettiva di farlo camminare, di farlo progredire dal punto di vista, che so, il logopedista dal punto di vista della logopedia della deglutizione ecc. e su questo non ci piove, però il rapporto che hanno loro tra pazienti e fisioterapista, da parte del paziente è quasi un rapporto di sudditanza proprio psicologica, nel senso che tutto quello che dice il fisioterapista è legge e io non discuto su questo, per carità, però per lo meno andare a discutere anche con il collega che sta, come diceva la collega, ventiquattrore su ventiquattro nel reparto almeno andare, diciamo, a smussare, diciamo, certe pretese, tra virgolette, da parte del paziente. E poi un'altra cosa, questa sudditanza che hanno nei confronti dei fisioterapisti fa in modo che il paziente abbia quasi un timore reverenziale nei loro confronti, il sabato e la domenica non c'è nessuno, vedi festivi ecc., loro si lamentano con noi, “attenzione che non c'è la palestra il sabato e la domenica”, e questo penso che possano dirlo tutti i colleghi e non andranno mai a dirlo al fisioterapista una cosa del genere, perché comunque come si dice chi ha bisogno deve sottostare, quindi io la vedo così.

La particolare relazione che si viene a creare tra fisioterapista e paziente diventa quindi un elemento di frustrazione per gli infermieri, che non trovano risposta al loro bisogno di essere percepiti e considerati come protagonisti, alla pari dei terapisti, nel percorso di cura del paziente. La percezione del paziente che vede nel terapeuta una

figura centrale per il proprio percorso di cura è vissuta con frustrazione. Di fatto, se per i terapisti il luogo dove veder riconosciuto il loro valore professionale è la relazione con il paziente, per gli infermieri quella stessa relazione è il luogo dove vedere frustrate le loro ambizioni di riconoscimento e centralità, almeno in rapporto ai terapisti. Se quindi la dinamica relazionale fisioterapista-paziente si manifesta nella sua pienezza nel reparto di riabilitazione, luogo dove il terapeuta detiene una centralità indiscussa, possiamo ipotizzare che sia in questo reparto dove le difficoltà relazionali sono maggiori tra fisioterapisti e infermieri. Negli altri reparti, come abbiamo visto dalle testimonianze, dove la situazione è invertita e dove, per esigenze specifiche di reparto, il potere degli infermieri è maggiore, sono i fisioterapisti a patire maggiormente questo conflitto, come emerge da queste parole:

(ft) Io l'ho detto, perché a volte io mi sono sentita scambiata per una oss dentro il reparto.

No questa non è la mia esperienza, so che in tanti posti è così però....

Io invece mi trovo che sono alla mercé del turno di infermieri che mi capita.

La relazione tra infermiere e fisioterapista, all'interno della realtà studiata, risente di macro dinamiche sociali che nascono come rivendicazioni di categoria. Certamente esistono singolarità nei diversi reparti, situazioni legate ad aspetti di personalità dei singoli operatori, di stili di leadership differenti che promuovono o ostacolano un clima di collaborazione. Ma in qualunque reparto gli operatori si trovano a dover operare, questa relazione di fatto influenza la vita e la quotidianità sia degli infermieri, sia dei fisioterapisti.

32. “Cosa fai in una rianimazione tu?” Ovvero l'identità difficile del fisioterapista

Rispetto alla percezione dell'identità professionale dei fisioterapisti riteniamo di poter confermare quanto già illustrato nel caso fiorentino: secondo i parenti e i pazienti intervistati, la gente comune che magari non ha fatto alcuna esperienza a contatto con un fisioterapista assimila l'immagine di questo professionista della sanità a quella del massaggiatore. Sebbene non emerga con forza come durante l'intervista focalizzata del caso fiorentino, la difesa della propria identità professionale passa sempre dal marcare la differenza tra fisioterapista e massaggiatore.

(ft) Quando a me chiedono: dove lavori? Io lavoro in rianimazione; in rianimazione! Ma come fai a fare i massaggi? Oppure: cosa fai in una rianimazione tu?

Differenza che se non sembra essere percepita dalla popolazione generale lo è invece da parte dei pazienti o comunque da parte di coloro che hanno avuto esperienza di lavoro con il fisioterapista. In particolare sono due gli elementi che vengono evidenziati come esclusivi e caratterizzanti il terapeuta dalle altre figure con cui generalmente lo si confonde: l'attenzione alla formazione di pazienti e familiari e una maggior competenza professionale.

(familiare) Un massaggiatore o qualche altro personaggio un po' al di fuori di questa... dei fisioterapisti, non possono fare... non possono arrivare a delle tecniche che loro usano... Cioè no... io per esempio proprio ieri... mia figlia ha

avuto una forte crisi respiratoria, in quel momento non c'era la fisioterapista perché non era l'orario in cui faceva la fisioterapia, però mi aveva insegnato tempo addietro delle tecniche adatte per mia figlia che neanche... che neanche un chirurgo sapeva o sa fare ma perché è un chirurgo, non è un fisioterapista.

(pz) Penso che noi è un... un passo enorme, questo grazie ai fisioterapisti che a volte... chi non è dentro al problema... lo vediamo il fisioterapista che ci fa dei massaggi... che ha la cervicale ci fa un massaggio così...no...il fisioterapista come diceva la signora è completo.

(familiare) Ma poi sa delle cose che non possiamo neanche immaginare, cioè non puoi immaginare che un fisioterapista ti possa insegnare a deglutire.

(pz) Il consiglio del fisioterapista non può darlo un massaggiatore. Assolutamente. O l'estetista.

Questo a conferma del fatto che, come avevamo indicato nel caso del Canova, è propriamente a livello dell'esperienza diretta che il fisioterapista ha la possibilità di mettere in luce quelle competenze professionali che in parte sente non gli vengano riconosciute dagli altri operatori sanitari e dall'organizzazione nelle sue strutture dirigenziali, oltre che dalla vulgata comune. Alla luce di questo possiamo comprendere meglio come una strutturazione settoriale del lavoro del fisioterapista, che di fatto riduce i campi di azione e le possibilità di espressione della propria professionalità, alimenti vissuti di frustrazione e di insoddisfazione.

(ft) Per me lo spiraglio è il paziente nel senso che il paziente c'è sempre, non è cambiato con Monti, non è cambiato con il corso di laurea degli infermieri, non è cambiato con la mia storia personale o con la tua storia personale, il paziente siamo ciascuno di noi che ci possiamo ammalare in qualsiasi momento, siamo deboli, abbiamo bisogno, e se non perdi di vista questo lo spiraglio ce l'hai sempre, perché puoi fare il meglio che si può. Ecco quindi, io penso che finché non perdiamo di vista questo lo spiraglio ci sarà sempre perché non ci rassegniamo a essere operatori per un paziente o pazienti in futuro che non hanno un appoggio, un aiuto, la miglior assistenza possibile.

Coesione e competizione nei diversi ambienti organizzativi: una sintesi dei risultati

Identità e riconoscimento nelle differenti ecologie di caring⁴⁶

In questa ricerca abbiamo esaminato due principali tipologie di servizi riabilitativi. La prima di tipo territoriale, rappresentata dall'Unità Operativa di Riabilitazione Funzionale operante presso il Presidio "Canova" dell'ASL di Firenze (Caso 1); la seconda di tipo ospedaliero-specialistico, rappresentata da tre diverse Unità Operative operanti presso il Policlinico Sant'Orsola-Malpighi dell'Azienda Ospedaliera-Universitaria di Bologna (Caso 2).

Del Caso 1 si è osservata la collocazione e l'adeguatezza logistica rilevandone la scarsa funzionalità gestionale. Anche il magazzino dei sussidi presenta criticità, mentre le palestre costituiscono i principali luoghi di operatività della riabilitazione fisioterapica, anche se quella degli adulti risente di un impianto non aggiornato. Meglio quella dedicata ai bambini che risulta più vissuta, colorata e protetta. In questo luogo spesso si crea uno spazio d'incontro fra fisioterapista, bambino e genitori che sviluppa un'utile relazionalità e spesso apprendimenti reciproci.

Il servizio ha poi uno sviluppo rilevante nelle case dei pazienti, attraverso il lavoro domiciliare che non costituisce un aggravio, ma piuttosto viene presentato come "il nostro fiore all'occhiello", assumendo i contorni di un elemento di forte identificazione con un modello socio-sanitario orientato al territorio e rispetto al quale viene continuamente manifestata la propria vocazione.

Questa scelta è molto indicativa degli orientamenti valoriali e culturali coltivati dagli operatori di questo servizio che costituiscono un *leitmotiv* aggregante e motivante che si ritroverà in tutta l'indagine locale. È interessante notare che gli scopi del percorso domiciliare sono duplici: quello terapeutico indirizzato al paziente, ampiamente condito di supporto emotivo, ma altresì quello di sostegno relazionale e apprendimento dei caregiver (esecuzione di movimenti, utilizzo di sussidi, ecc.).

Anche in questo caso tuttavia non mancano le difficoltà organizzative, dovute alla scarsa disponibilità di mezzi di trasporto aziendali per recarsi al domicilio del paziente.

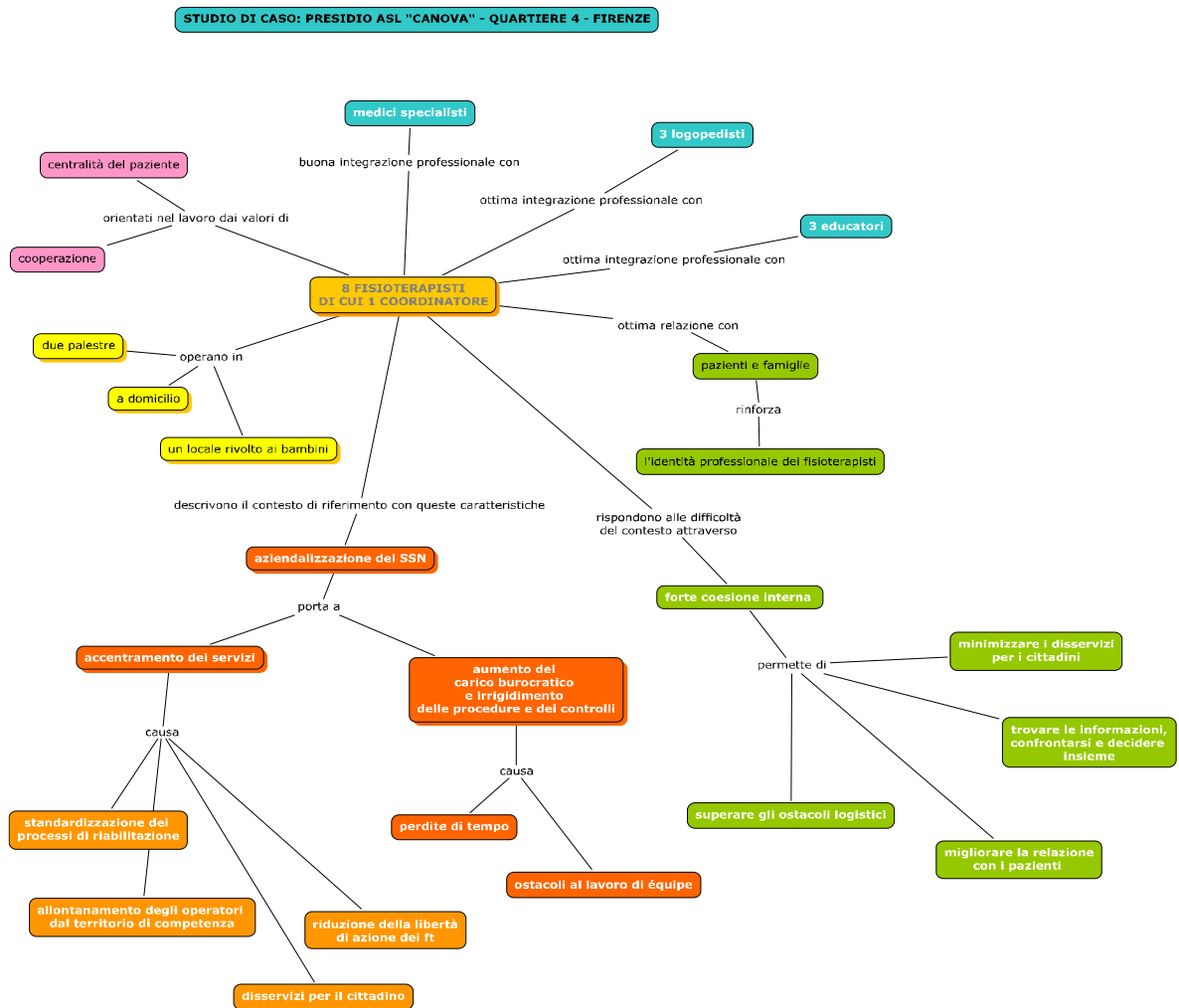
Si deve poi notare che i fisioterapisti, a vario titolo, sono impegnati in attività tese a garantire un raccordo o una continuità di relazione con diversi attori istituzionali tra cui spiccano le strutture ospedaliere, gli altri presidi socio-sanitari, le scuole e università, e così via.

Pur in questa situazione logistica e organizzativa non particolarmente buona, il lavoro del fisioterapista appare di particolare attenzione comunicativa e di cura verso le varie tipologie di pazienti, in particolare anziani, da una parte, bambini con handicap, dall'altra.

Il punto forte del gruppo è costituito dall'amalgama e coesione interna, frutto di una storia condivisa e di valori di riferimento, quali la centralità del paziente e la cooperazione. Il sentirsi espressione di un territorio con cui si condividono orientamenti solidaristici e di cura permette di affrontare le varie difficoltà logistiche, organizzative e relazionali che emergono nell'analisi.

⁴⁶ Questo paragrafo e quello conclusivo sono stati redatti da Marco Ingresso.

Mappa logica I



Le valutazioni riflessive evidenziano la consapevolezza delle nuove problematiche che emergono in seguito ad una riduzione di spesa generalizzata, operante negli ultimi anni, che tende a mettere i servizi riabilitativi in secondo piano rispetto a quelli emergenziali. Il peso maggiore è tuttavia quello dovuto alla

centralizzazione organizzativa che tende a ridurre e concentrare i servizi rischiando di diluire i rapporti col territorio. Le prescrizioni e i trattamenti tendono a standardizzarsi e specializzarsi perdendo di contestualizzazione diagnostica e relazionale.

In più cresce il carico burocratico per l'aumento delle rendicontazioni, dei controlli e anche di una pratica clinica sempre più legata all'*Evidence Based Practice*.

Di fronte a questa strategia aziendale, che sempre più confligge coi valori e le pratiche del servizio, si reagisce mantenendo delle pratiche di comunicazione e cooperazione con tutti i professionisti del presidio.

La Mappa logica I evidenzia i principali elementi che caratterizzano il Caso 1. Essa mette in luce i punti forti del Servizio costituiti dalla cultura condivisa e dalla coesione interna che permettono di mantenere una buona identità professionale e cooperare con le principali figure medico-specialistiche e con gli altri professionisti sanitari. Un aspetto decisivo è costituito dal rapporto con i pazienti (in sede e a domicilio) che si estende anche ai familiari, e assume spesso anche dei contorni educativi e di sostegno.

Tale rapporto non pare in competizione con altre figure, ma costituisce un ritorno motivazionale e simbolico che sembra mantenere in equilibrio il sistema di cura, nonostante le forti perturbazioni destabilizzanti introdotte dalle direzioni aziendali, nonché dalla carenza di risorse e di spazi.

Tale Caso sembra indicativo di una situazione in cui la forte motivazione professionale, proveniente tanto da una storia e valori condivisi, quanto dal continuo scambio (non minacciato) coi pazienti e familiari, permette di affrontare crescenti difficoltà ambientali. Tuttavia tale equilibrio pare in bilico in quanto la riorganizzazione dei presidi potrebbe portare a breve alla disgregazione del gruppo riabilitativo mettendo in discussione i punti forti su cui si regge la sua identità e riconoscimento.

In questo caso non è tanto la specializzazione tecnica che crea identità, quanto piuttosto la capacità di rispondere a problematiche diverse (accompagnandole anche in cammini più specialistici) e soprattutto il ruolo di raccordo fra “comunità” e “servizio pubblico”.

Buona parte dell'ecologia di caring ristretta, ossia le dinamiche con gli altri attori rilevanti nell'ambiente micro, sostiene tale disegno, mentre il rapporto di rete con altri servizi è fonte di qualche tensione. Infatti entrano in gioco i Medici di famiglia (MMG) e gli specialisti con cui si crea tensione latente in quanto sembra mancare il riconoscimento (verso il fisioterapista) e il coordinamento. La distanza e l'ambiente protetto riescono a diluire questo “disconoscimento”, che tuttavia si perpetua.

Inoltre, come detto, le direttive organizzative aziendali portano a rilevanti disturbi e non aiutano a gestire le difficoltà logistiche e di risorse. Meno che mai quelle relazionali e identitarie.

Questo caso evidenzia la complessità degli aspetti di identità e riconoscimento. Si mischiano aspetti di forte cultura della cura e di riconoscimento che provengono dai pazienti e familiari - ma anche dagli altri professionisti “coinvolti” dal clima organizzativo egemonizzato dai fisioterapisti -, con elementi opposti di disconoscimento provenienti dalle reti di servizi, e in particolare dai medici di base e quelli specialistici. Le direzioni aziendali non operano direttamente su questo livello, ma di fatto si disinteressano di tale problematica (che invece dovrebbero gestire) e sono orientate da valori e pratiche che mettono ostacoli piuttosto che aiutare l'equilibrio del sistema di cura interpretato dai fisioterapisti.

Passiamo ora ad analizzare il Caso 2. Questa situazione è ben più complessa di quella precedente, sia in termini numerici, sia tecnici. Inoltre ha al suo interno diverse

sotto-aree che vivono situazioni ambientali e socio-ecologiche nettamente diversificate. Esse vanno quindi trattate in modo relativamente autonomo.

Per quanto riguarda l'Unità Operativa di Medicina Fisica e Riabilitativa afferente al Dipartimento Medicina Interna, Invecchiamento e Malattie Nefrologiche essa, come si è visto, opera utilizzando due palestre: una per i ricoverati post-intensivi e un'altra in day-hospital. In questo caso gli ambienti sono ben attrezzati, climatizzati e accoglienti. Anche il livello delle dotazioni tecniche è buono (e sicuramente superiore a quelle del Caso 1), anche se l'organizzazione degli spazi e sussidi rivela l'esigenza di una certa serialità, ossia del dover far fronte a diverse situazioni contemporaneamente e in stretta successione.

Più carente è invece il "campo base" dei terapeuti (in questo similmente alla situazione del Caso 1), dove molte funzioni e persone si accalcano in uno spazio troppo ristretto.

Le palestre vedono periodi di punta, con forte afflusso, e altri di bassa, in cui vengono svolte altre funzioni di supporto e organizzazione. Il lavoro fisioterapico si svolge con timing fortemente cadenzati. Non manca tuttavia la dimensione relazionale rispetto al paziente, che spesso segue un percorso riabilitativo che prevede una sequenza di sedute.

La presenza dei caregivers in palestra non è prevista; ci sono tuttavia eccezioni allorché è utile dare indicazioni al familiare (o altra persona responsabile), specie prima delle dimissioni, al fine di seguire alcune indicazioni nell'ambiente domestico. Tali indicazioni paiono più di tipo direttivo verso il familiare piuttosto che di scambio e apprendimento, come si era visto nel Caso di Firenze.

Verso le 13 vi è un cambio parziale di personale, mentre iniziano i vari compiti gestionali, di rendicontazione e di coordinamento. Si predispose il piano per la giornata successiva: un momento che implica molta concentrazione e tensione relazionale per non incorrere in errori e conflitti.

Il gruppo dei terapeuti ruotante intorno alla palestra appare piuttosto affiatato, il clima di lavoro è positivo, vi è una buona condivisione degli orientamenti operativi e un'alta cooperazione interna. Più problematici i rapporti "esterni" coi reparti che evidenziano aspetti relazionali sensibili e "scoperti".

L'analisi valutativa porta in luce che il calo delle risorse e gli obiettivi di razionalizzazione delle risorse da tempo sono stati percepiti dentro l'ambiente ospedaliero (in modo parallelo a quanto visto per i servizi territoriali indagati con Caso 1). Un cambiamento organizzativo introdotto negli ultimi anni ha fermato le rotazioni di personale, legando di più gli operatori al singolo reparto. Ciò permette continuità e specializzazione, ma rischia di bloccare lo scambio e la pluralità di competenze che prima caratterizzava il fisioterapista. Tanto più che la relativa standardizzazione e velocizzazione dei trattamenti ha ridotto l'autonomia dell'operatore e la durata delle terapie (con diverse tempistiche interne dovute alle prescrizioni mediche). Quindi la percezione è di non poter sfruttare a fondo la specializzazione professionale, ma di essere dentro una sorta di catena di montaggio poco controllabile. La formalizzazione dei risultati (dovuta alla richiesta di adempiere agli obiettivi aziendali) sostituisce l'efficacia reale degli stessi. Inoltre interviene l'esigenza di documentare il lavoro per far fronte ad eventuali problematiche di responsabilità civile. Si opera quindi in un clima meno fiduciario e fluido, ma piuttosto governato da direttive (spesso impersonali), ansia di risultati formali e documentabili, scarsa attenzione alla pratica concreta e all'efficacia dei trattamenti.

Secondo l'opinione dei pazienti e genitori di bambini in trattamento, notevoli sono

le carenze di attrezzature e sussidi, ma soprattutto di durate e intensità di trattamenti. Per questa ragione pare che una parte delle esigenze si sposti oltre e altrove, in particolare verso centri privati, ma anche in trattamenti a domicilio (allestendo palestre di fortuna) a cura di familiari, care-givers o personale tecnico operante privatamente.

Viene a mancare quindi una continuità assistenziale, ma anche un'unità di trattamento in ragione delle contrazioni di costo e modalità organizzative scarsamente consapevoli e attente alla qualità ed efficacia.

La coesione era un punto di forza del gruppo dei fisioterapisti del Caso 1. Anche nell'U.O. studiata abbiamo una buona coesione, ma emerge un certo antagonismo verso altri gruppi di fisioterapisti operanti in altre Unità; ciò in ragione di una storia pregressa, ma anche dell'attuale organizzazione del lavoro che ha bloccato la mobilità col risultato di promuovere l'antagonismo latente, ma anche cronicizzare le problematiche locali di reparto e bloccare, in parte, la professionalità in termini di competenze capaci di affrontare diverse situazioni di trattamento.

Questa gestione verticistica, sostenuta da una comunicazione top-down, evidenzia una netta diversificazione di valori fra direzioni aziendali e operatori, specie quelli entrati negli anni settanta, in cui forte era la motivazione sociale degli operatori sociali e sanitari.

La relazione coi pazienti, anche in questo caso, è decisiva per i fisioterapisti. Essi mettono in gioco una relazione diversa, più calda rispetto alle altre professioni. Da parte del medico questo si dà per scontato, non volendo egli impegnarsi troppo emotivamente, mentre questo suscita una sorta di competitività simmetrica da parte degli infermieri che rivendicano la *quantità di tempo* che essi passano coi pazienti e quindi la migliore conoscenza e assistenza di base da essi fornita.

Per contro i fisioterapisti vedono anche l'impegno, la responsabilità e il carico emotivo che questo lavoro relazione e di cura comporta, specie in alcuni casi più impegnativi. Essi sentono l'esigenza di dividerlo con i colleghi. Questo è possibile dentro al gruppo "della palestra", ma non con le altre professioni con cui, come si è visto, vi è antagonismo. Ma questo è anche un elemento che differenzia questo gruppo di professionisti rispetto alle altre due Unità indagate che, agendo "fuori casa" e come gruppi isolati, non godono di questa protezione di gruppo sul piano emotivo oltre che su altre dimensioni organizzative.

Venendo alle altre U.O. indagate (quella operante nel percorso neonatale-pediatico e quella nel dipartimento cardio-toracico-vascolare) esse hanno in comune la necessità di operare al letto del paziente senza usufruire di ambienti specializzati. Le due situazioni sono però molto differenziate. Nel reparto pediatrico-neonatale il clima organizzativo è di intensa emotività e di condivisione fra il personale operante nel reparto – infermieri, medici, fisioterapisti – e la famiglia. Questo produce una coesione transprofessionale, che stempera eventuali conflittualità personali e professionali, e condivide il risultato e il rapporto con il paziente fra diversi "portatori d'opera".

Gli aspetti emotivi difficili da gestire in questo ambiente vengono condivisi all'interno di tutto il personale. L'obiettivo comune e la coesione interprofessionale fanno sì che la situazione di minorità numerica e differenziazione limitata dei fisioterapisti rispetto alle altre professioni medico-infermieristiche non risulti penalizzante, ma piuttosto valorizzante in termini di soddisfazione condivisa e di riconoscimento.

Ben diversa l'altra situazione indagata. Infatti l'organizzazione del Dipartimento cardio-toracico-vascolare è fortemente gerarchizzata. L'obiettivo centrale del reparto è quello dell'intervento tecnico-chirurgico e della risoluzione delle problematiche

internistiche. Gli aspetti riabilitativi sono visti come integrativi e funzionali al processo di ripristino funzionale. Ben poco spazio è riservato alla creazione di un comune clima organizzativo e di valori condivisi fra il personale.

Il nucleo fisioterapico opera all'interno di un ambiente egemonizzato dai medici specialisti di settore e gestito dal personale infermieristico che pare aver adottato, in prevalenza, la cultura medica.

Scarsa o nulla risulta quindi l'autonomia operativa del fisioterapista e ancor più il riconoscimento. Mentre emerge, almeno in modo latente, la tensione col personale infermieristico, il gruppo dei fisioterapisti appare isolato anche dagli altri gruppi omogenei ritenuti fruitori di situazioni più vantaggiose e protette.

Nello stesso ambiente ospedaliero convivono quindi almeno tre modalità organizzative differenziate: quella di équipe transprofessionale, rappresentata dal reparto neonatale-pediatico; quella della divisione competitiva del lavoro rappresentata dall'Unità Operativa di Medicina Fisica e Riabilitativa; quella fortemente gerarchizzata e finalizzata ad un compito interventistico rappresentata dalla situazione del Dipartimento cardio-toracico-vascolare.

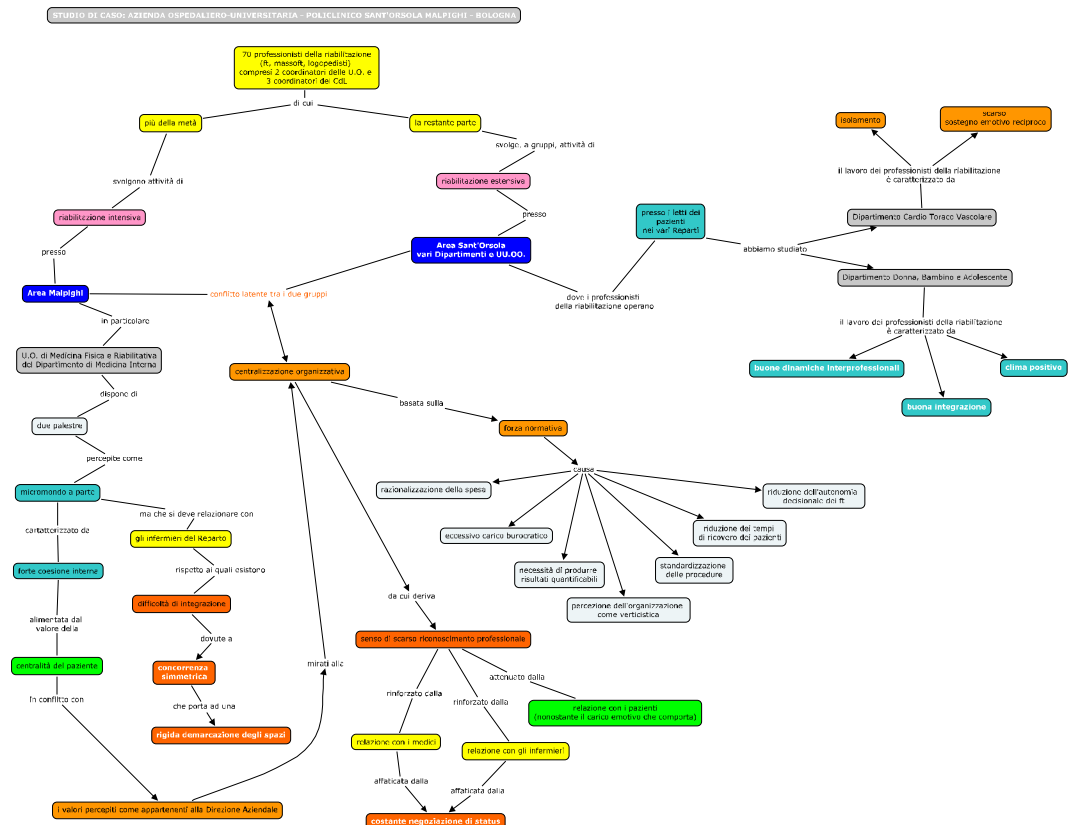
Ben diverse le dinamiche identitarie e di riconoscimento vissute dai fisioterapisti nelle tre situazioni. Nella prima l'identità collettiva viene prima e ingloba quelle professionali, che tuttavia trovano forte soddisfazione e riconoscimento in quanto parte di un sistema di cura integrato e coeso. Nella seconda l'identità è fortemente negoziata grazie ad un gruppo presente e coeso; tuttavia il riconoscimento resta fortemente a rischio e s'innescano forti motivi di concorrenzialità, specie con gli infermieri, che si vedono a loro volta poco riconosciuti. Nella terza il gruppo fisioterapico è fortemente conculcato e minoritario entro una gerarchia che non li vede né protagonisti né comprimari.

La Mappa logica 2 cerca di dare conto di tale complessa situazione, in particolare della situazione dall'Unità Operativa di Medicina Fisica e Riabilitativa che è stata maggiormente approfondita durante lo studio di caso.

Come si vede, abbiamo, da una parte, la creazione di un micromondo protetto (quello delle palestre) che tuttavia entra in competizione coi reparti (in particolare rappresentati dagli infermieri). Inoltre la centralizzazione organizzativa comporta una notevole varietà di cambiamenti e tensioni, in particolare sostenendo una certa concorrenzialità e disconoscimento da parte delle altre professioni, che diventa reciproca e frena il buon coordinamento organizzativo.

Le altre U.O. (sulla destra della figura) vengono abbozzate nei loro caratteri salienti sopra ricordati che portano l'una all'integrazione nel lavoro di équipe e l'altra all'isolamento.

Mapa logica 2



Somiglianze e analogie fra i Casi-studio⁴⁷

A conclusione di questo rapporto, riprendiamo in sintesi i passaggi salienti dei casi di studio per vederne analogie e differenze. Le stesse sono state riportate nella Mappa logica 3 che accompagna il testo.

1 – Le principali analogie tra i casi studiati

In estrema sintesi, possiamo individuare le principali analogie nei punti che elenchiamo di seguito:

- 1 - L'accentramento organizzativo del SSN;
- 2 - Lo scollamento tra i valori della Dirigenza e quelli degli operatori;
- 3 - L'importanza della palestra come riferimento pratico e simbolico;
- 4 - La centralità del paziente come valore-guida;
- 5 - L'attenzione alla formazione dei pazienti e delle famiglie;
- 6 - L'identità del fisioterapista ancora poco riconosciuta;
- 7 - I pazienti e le famiglie costituiscono i massimi motivatori e interlocutori del professionista.

1.1 - L'accentramento organizzativo del SSN

In entrambe i casi studiati emerge con evidenza una situazione simile rispetto al contesto generale, caratterizzato dall'aziendalizzazione del Sistema Sanitario Nazionale e da processi di accentramento dei vari servizi, mirati prevalentemente alla riduzione delle spese, con i problemi e le difficoltà che ne derivano.

1.2 - Lo scollamento tra i valori della Dirigenza e quelli degli operatori

Collegato al primo punto è il tema dell'orientamento ai valori: sia a Bologna che a Firenze si percepisce uno scollamento tra operatori e direzione aziendale che riguarda gli obiettivi perseguiti e i valori di riferimento. Un'altra caratteristica che accomuna i due casi di studio è la percezione, da parte degli operatori intervistati, di una Dirigenza lontana dal vissuto quotidiano dei professionisti della sanità e portatrice di valori diversi da quelli che stanno alla base della loro motivazione professionale. Il principale valore che orienta l'operato dei fisioterapisti, infatti, è per entrambi i casi studiati la centralità del paziente, che viene preso in carico globalmente, quindi per le sue problematiche e limitazioni fisiche ma anche dal punto di vista dell'emotività che tali problematiche e limitazioni portano con sé. Le Dirigenze, per contro, esprimono in modo sempre più pressante un orientamento alla medicina basata sull'evidenza e alla misurazione delle prestazioni, oltre che la necessità di un controllo sempre maggiore. Ciò porta alla percezione che non venga valorizzata una gran parte del lavoro dei fisioterapisti, quello basato sulla relazione e sul sostegno psicologico dato ai pazienti e alle famiglie. Inoltre, l'irrigidimento dei controlli porta un carico di burocratizzazione percepito come eccessivo e a detrimento del vero lavoro di riabilitazione.

1.3 - L'importanza della palestra come riferimento pratico e simbolico

Passando dal contesto ampio, che definisce il quadro nazionale, alle specificità dei casi studiati, la definizione e la riconoscibilità del luogo in cui si esercita la propria

⁴⁷ Questo paragrafo è stato redatto da Emanuela Spaggiari.

professione ha indubbiamente un valore potenziante. Abbiamo notato infatti che nel Presidio Canova di Firenze e nel padiglione Malpighi di Bologna i fisioterapisti si aggregano attorno al loro luogo di lavoro d'elezione, la palestra, e questa è la migliore condizione in cui essi si trovano ad operare. Nel caso di Firenze l'ottimo clima intragruppo si accompagna ad una buona integrazione intergruppi, con gli altri professionisti della sanità che operano sui medesimi pazienti all'interno del Presidio, mentre nel caso del Malpighi il buon clima intragruppo che contraddistingue i fisioterapisti porta ad una concorrenza simmetrica nei confronti soprattutto degli infermieri del Reparto, con cui si notano numerose difficoltà di integrazione professionale, che appesantiscono l'operatività quotidiana.

Nei casi del Sant'Orsola, invece, manca un centro di aggregazione dei professionisti della riabilitazione ed essi sono costretti ad operare, in condizioni a volte estremamente difficili, ai letti dei pazienti nei vari Reparti. Tale carenza non è particolarmente avvertita nel caso del Reparto di Salute della donna, del bambino e dell'adolescente (che sembra però costituire un'eccezione): infatti è operante una buona coesione e condivisione di équipe. Al contrario, la situazione di isolamento vissuta nel Dipartimento cardio-toracico, anche per mancanza di uno spazio di riferimento, comporta una situazione di marcato disconoscimento delle specificità professionali. Possiamo dedurre che quando la palestra (intesa come luogo/centro di aggregazione, ma anche di riferimento simbolico) viene a mancare, rischia di perdersi anche la dimensione gruppal e il sostegno che esso è in grado di dare al lavoro quotidiano dei fisioterapisti in termini di benessere e di motivazione. Esso può essere sostituito allorché vi è un contesto integrativo e valorizzante, come nel reparto pediatrico-neonatale, ma se manca anche questo la situazione dei fisioterapisti può significativamente peggiorare.

1.4 - La centralità del paziente come valore-guida

Il valore che guida e motiva i fisioterapisti in entrambi i casi studiati è la centralità del paziente che, nel contesto fiorentino, è rinforzata dalla credenza nella cooperazione/collaborazione tra protagonisti della riabilitazione. Si tratta di valori che sorgono da una storia e cultura sviluppata negli anni settanta e che continua a permanere, ma che è soggetta a forti attacchi e che stenta di non riprodursi nelle giovani generazioni.

1.5 - L'attenzione alla formazione dei pazienti e delle famiglie

L'attenzione al paziente è rinforzata, in entrambi i casi studiati, da processi di formazione e accompagnamento nei confronti dei malati e delle loro famiglie: spesso le sedute sono momenti in cui i ft mostrano come fare determinati movimenti e danno indicazioni specifiche sugli esercizi da fare a casa. Tuttavia la situazione del gruppo fiorentino si dimostra più paritaria e condivisa coi familiari, quella del gruppo bolognese più direttiva.

1.6 - L'identità del fisioterapista ancora poco riconosciuta

L'agire professionale dei fisioterapisti è condizionato da un processo di definizione dell'identità percepito come relativamente incompiuto. È opinione comune che l'identità professionale complessa sia riconosciuta dagli altri fisioterapisti e dai pazienti, mentre gli altri operatori e la dirigenza aziendale hanno atteggiamenti contraddittori: in alcune situazioni si valorizza questa presenza, ma in molte altre si contrasta.

Talvolta anche il cittadino comune stenta a comprendere e a differenziare il

fisioterapista da altre figure professionali più conosciute e più facilmente etichettabili. Le diverse mansioni dei fisioterapisti e i molti ambiti di competenza, non facilitano questo compito. Tale processo è avvertito con forza in entrambi i contesti studiati ma, mentre al Canova rimane sullo sfondo e non inficia in modo significativo l'operatività, a Bologna questa continua ridefinizione del proprio status professionale causa significative difficoltà di integrazione tra diversi professionisti e provoca continue difficoltà nel quotidiano.

1.7 - I pazienti e le famiglie costituiscono i massimi motivatori e interlocutori del professionista

I pazienti e i familiari sono in entrambi i casi studiati sono fra coloro che rinforzano maggiormente l'identità professionale dei fisioterapisti e questa relazione è alla base della loro forte motivazione al lavoro; ciò consente anche agli operatori della riabilitazione di tollerare il forte peso emotivo che le relazioni con pazienti e famiglie spesso comportano.

2. Le differenze più significative

Passiamo ora ad elencare le principali differenze che caratterizzano i due casi presi in esame:

- 1 - Una struttura gerarchica "ingombrante"
- 2 - Relazioni intragruppo e intergruppi
- 3 - La collaborazione come valore di riferimento

2.1 Una struttura gerarchica "ingombrante"

L'ospedale di Bologna, più gerarchizzato rispetto al presidio di Firenze, è caratterizzato da una struttura normativa e di controllo molto forte, mentre a Firenze questo controllo è più labile e meno incisivo sulle attività quotidiane dei fisioterapisti. Le conseguenze di ciò sono principalmente la percezione di un buon livello di autonomia da parte degli operatori fiorentini, che consente loro di sentirsi riconosciuti quel tanto che basta per creare un buon clima collaborativo intragruppo e intergruppi e, di conseguenza, mettere in atto strategie informali di risoluzione delle difficoltà quotidiane. Una buona autonomia professionale pare essere la base su cui si costruisce una buona soddisfazione sul lavoro, quindi una buona motivazione e complessivamente un buon clima lavorativo.

2.2 Relazioni intragruppo e intergruppi

Riprendendo il punto precedente, è evidente che le *relazioni* che contraddistinguono il presidio fiorentino sono buone tra i diversi professionisti della riabilitazione, ma anche tra fisioterapisti, medici e infermieri (positivi i due livelli intragruppo e intergruppi), mentre a Bologna la gerarchia organizzativa molto forte di cui si è detto al punto precedente si ripercuote sulle difficoltà relazionali e di integrazione. Questa dinamica è ulteriormente acuita dall'unificazione forzata di due gruppi che già prima erano in competizione.

A Bologna le relazioni tra diversi professionisti (e gruppi di professionisti) sono appesantite da una costante ridefinizione del loro status professionale, della loro identità. Ciò implica una continua negoziazione di "chi ha diritto di dire che cosa" e non

consente di mantenere le relazioni sul livello del contenuto, ma porta a spostarle continuamente sul livello della relazione tra le varie figure professionali. Quello che si crea è un contesto di tensioni e controlli reciproci, in cui ogni gesto viene interpretato come un posizionamento di una figura professionale al di sotto o al di sopra di un'altra, in termini di potere. Questa dinamica impedisce di mettere in atto i meccanismi di soluzione dei problemi tramite le strategie informali che caratterizzano il caso fiorentino.

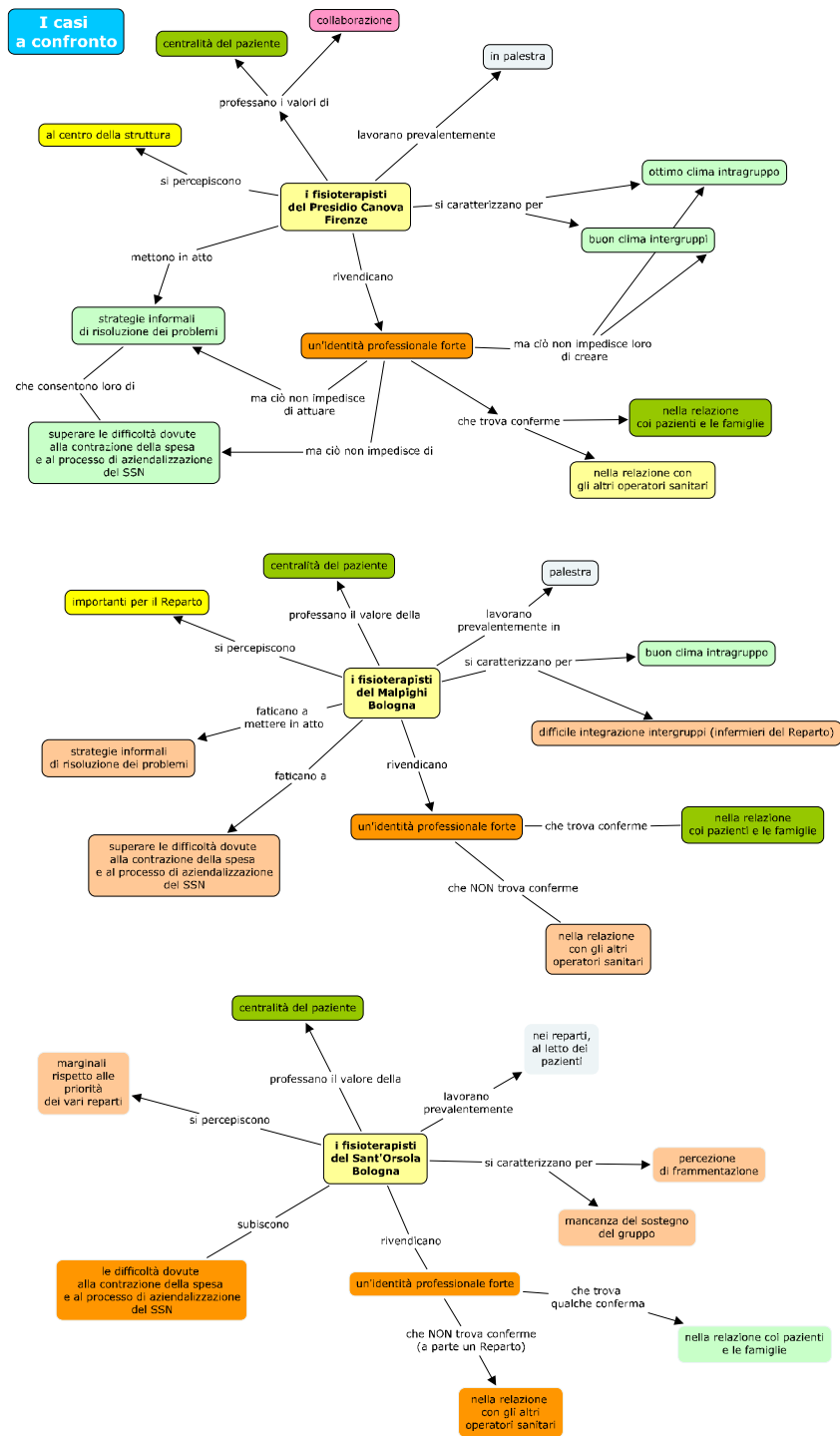
Volendo distinguere, gli effetti al Malpighi si ripercuotono su una struttura organizzativa che rinforza l'intragruppo (tra professionisti della riabilitazione) ma nuoce alle relazioni intergruppo, con una particolare sofferenza avvertita al livello degli infermieri del Reparto. Al Sant'Orsola, per contro, i fisioterapisti sono figure nomadi che non possono contare sul rinforzo/sostegno del gruppo: ciò consente loro di relazionarsi meglio, in qualche caso - come può essere quello del Dipartimento della donna, del bambino e dell'adolescente - con gli altri professionisti sanitari, ma più spesso fa sì che ci sia una parcellizzazione del lavoro e che si percepisca un certo senso di estraneità da parte dei fisioterapisti e mancanza di senso di appartenenza ("*noi giochiamo sempre fuori casa*").

In sintesi, la forte gerarchizzazione del sistema ospedaliero sembra portare i professionisti a rimarcare una loro precisa collocazione in tale gerarchia, spesso a scapito di altre figure professionali (*concorrenza simmetrica*), restringendo così le opportunità che essi hanno di lavorare insieme impattando con forza contro i problemi e le difficoltà comuni e creando un buon clima organizzativo.

2.3 La collaborazione come valore di riferimento

Come abbiamo già anticipato nell'elenco delle somiglianze, ribadiamo che a Firenze nel guidare l'agire professionale dei fisioterapisti, accanto al valore della centralità del paziente si affianca il valore della cooperazione/collaborazione, che è molto sentito ed è all'origine delle dinamiche relazionali che fanno del Canova un'organizzazione efficiente nonostante le mille difficoltà portate dal contesto.

Mappa logica 3



Mutamenti organizzativi e rafforzamento del riconoscimento

Come già si era anticipato nell'introduzione, si può sostenere che solo attraverso adeguati cambiamenti culturali e organizzativi, contestualmente situati, si potrebbe arrivare a creare ambienti di lavoro maggiormente sicuri, fiduciari e cooperativi a vantaggio dei vari professionisti, ma anche dei pazienti. È inoltre evidente come la riorganizzazione aziendalistica, in particolare realizzata attraverso forti accentramenti procedurali e organizzativi, abbia aperto diversi problemi di qualità dell'intervento, di soddisfazione tanto dei pazienti quanto degli operatori, di efficacia degli interventi, spesso sostituita dall'adempimento della formalità procedurale.

È pur vero che essa ha potuto incidere diversamente laddove gli ambienti erano più coesi e dotati di una forte cultura condivisa (come nel caso di Firenze). Resta tuttavia l'impressione che sia necessario un marcato cambiamento metodologico e organizzativo per recuperare i rilevanti aspetti qualitativi perduti o a rischio nel settore riabilitativo.

Ciò nonostante gli aspetti culturali e quelli organizzativi specifici giocano un ruolo rilevante nel delineare situazioni fortemente differenziate.

La situazione dei fisioterapisti risente in modo decisivo della loro collocazione nel campo organizzativo, ma gioca un ruolo anche la loro cultura professionale e locale. In molti casi una parte della loro identità contribuisce a mantenere la coesione interna e la negoziazione esterna. In alcune situazioni (come quella del Caso 1) in cui essi sono dominanti, una buona cultura della cooperazione e della centralità del paziente porta ad una buona collaborazione interprofessionale.

In altre situazioni essi sono inglobati in un lavoro di équipe e un ambiente coeso. Dove invece vi è forte divisione del lavoro o principi organizzativi gerarchici si apre una competizione con altre categorie che può portare ad una continua tensione difensiva, ma anche a soccombere alla forza delle professioni dominanti.

Da questa analisi emergono diverse indicazioni di lavoro relative all'identità e riconoscimento dei fisioterapisti, ma nel quadro di adeguate ecologie organizzative e di caring di cui essi possono farsi portatori.