

Esperienza di tirocinio. Intervento presso il reparto di diabetologia dell'Ospedale Fatebenefratelli.

Giuseppe Carollo

Scrivo questo resoconto a partire dalla proposta del seminario relativa alla costruzione della funzione psicoanalitica a partire da eventi critici incontrati nel contesto sanitario. Vorrei discutere dell'organizzazione del servizio psicologico in rapporto al reparto di diabetologia dell'Ospedale Fatebenefratelli, tutt'ora in corso, in cui ho preso parte in quanto tirocinante specializzando.

Questo resoconto si inserisce in un processo più lungo: a febbraio di quest'anno ho partecipato al seminario sulle esperienze di tirocinio con una discussione di quanto fatto sino ad allora. In quella occasione ho parlato del servizio accoglienza dell'Unità di psicologia dell'Ospedale, di cui mi sono occupato. Faccio una breve introduzione a partire da questa esperienza, che mi permette di riallacciarmi al lavoro in diabetologia.

Una caratteristica specifica dell'Ospedale è quella di avere una Unità di psicologia autonoma, composta da 4 psicologhe strutturate, una a contratto e una decina di tirocinanti che seguono diverse attività. Si tratta di circa 6 specializzandi e di 3 post-lauream. Uno dei punti critici dell'esperienza di accoglienza era stato identificato proprio nel rapporto tra servizio di psicologia e tirocinanti post-lauream, a cui veniva affidato il servizio accoglienza. Il mio lavoro era consistito nel proporre un lavoro di ricerca esplorativa sulle prime domande in arrivo al servizio. Questo lavoro è stato accolto con ambivalenza: da una parte un interesse su quanto emerso e un miglioramento generale dei rapporti tra tirocinanti e psicologhe strutturate; dall'altra un accantonamento di questo lavoro, che non ha avuto un seguito esplicito nell'operatività quotidiana. Al termine di questo lavoro, 2 colleghe specializzande mi hanno coinvolto nell'attività che stavano portando avanti con il reparto di diabetologia, da ottobre 2017. L'analisi della domanda e del rapporto che si crea tra psicologo e paziente nel contesto ospedaliero, che avevo cercato di esplicitare nel mio lavoro, aveva rappresentato un punto di interesse da parte delle colleghe specializzande, che in precedenza avevano, anche loro, partecipato al servizio accoglienza, sottraendosi velocemente a causa della difficoltà di definire competenze psicologiche messe in gioco. Inizio così a prender parte all'attività in diabetologia.

Le due colleghe mi parlano di una difficoltà a capire il significato dell'intervento psicologico nell'esperienza che svolgono. Mi raccontano l'inizio di questo rapporto. Nell'ottobre 2017 i diabetologi contattano la psicologa strutturata dell'Unità, anche nostra tutor, per richiedere una collaborazione. Dal loro resoconto non capisco quale sia l'oggetto della richiesta della diabetologia; sono invece definiti con maggiore immediatezza le modalità di lavoro proposte dagli psicologi: le visite congiunte medico-psicologo; un ipotetico gruppo da proporre a pazienti di diabete; le psicoterapie individuali. Le colleghe si rendono conto, nel corso del tempo, che i medici pongono problemi relativi a rapporti molto implicanti con i pazienti, soffrendo la posizione di dipendenza che i pazienti assumono nei loro confronti. Il problema che hanno le psicologhe, mi pare di capire, ruota intorno alla definizione di obiettivi concordati con i medici, tali per cui possano prendere senso competenze psicologiche. La mancata definizione iniziale del problema posto dai medici e la proposta di modalità di intervento stereotipate da parte degli psicologi ha portato le due specializzande a imbattersi dentro lavori dei quali non trovano facilmente i limiti e l'utilità in termini psicologici. Proviamo insieme a costruire ipotesi circa le difficoltà provate dai medici nel rapporto con i pazienti, al fine di trovare un senso della loro domanda iniziale. Le ipotesi ruotano intorno al concetto di dipendenza: alcuni pazienti sembrano richiedere un rapporto di accudimento da parte del medico, in cui l'oggetto del rapporto, ovvero la prestazione sanitaria, è messo sullo sfondo. L'impressione è quindi che i pazienti chiedano un rapporto più che una cura. I medici si lamentano di tali rapporti, nei quali tuttavia trovano un senso. Di contro, vi sono pazienti che chiedono esplicitamente una cura, non dialogando su

aspetti personali con il medico; i medici si lamentano meno di questi pazienti ma ne sono più turbati, perché sentono di non riuscire a costruire un rapporto affidabile.

A cosa servono questi rapporti? Che relazione c'è con la prestazione sanitaria? Ragionando sugli obiettivi, ci siamo imbattuti nel mandato sanitario che ruota intorno alla diabetologia. Si dice, in grossa sintesi, che l'équipe sanitaria dovrebbe rendere il paziente autonomo, prestando massima cura ai suoi bisogni. Da una parte l'autonomia, dall'altra la dipendenza. Ci sembra che i medici siano afflitti da finalità antinomiche: il paziente autonomo evoca diffidenza nei medici, perché le variabili da controllare nel diabete sono molte e inserite in ogni aspetto della vita quotidiana; di contro il paziente dipendente evoca l'assenza di limiti e criticità rispetto alle linee guida. Rimettiamo al centro della questione gli obiettivi: che relazione c'è tra modalità di rapporto con l'équipe sanitaria e obiettivi di cura? Su questi temi, chiediamo una riunione ai medici diabetologi. Parliamo di queste ipotesi; tra sorpresa e conflittualità, i medici si ritrovano in ciò che diciamo. Sembra utile fare nuovi incontri, con l'ipotesi di discutere insieme di casi, capirne le implicazioni psicologiche, aiutare i medici a definire obiettivi.

Con queste finalità, sembrava utile proseguire gli incontri tra psicologi e medici. Questo lavoro necessitava di una funzione di coordinamento, tra gli psicologi, che però non si è istituita. L'unità di psicologia ha infatti attraversato un periodo di conflittualità, in rapporto alla direzione dell'Ospedale, che da settembre è esitato nell'ingresso di genetica nelle stanze di psicologia. Questa nuova convivenza è stata vissuta dall'Unità come un attacco frontale, che ha preso tutte le energie delle psicologhe strutturate in una strenua difesa, ma confusa e poco utile a conti fatti.

Il lavoro è andato avanti con le visite congiunte e con l'ipotesi di proporre un gruppo per pazienti diabetici. Il grosso lavoro da parte degli specializzandi penso si possa riassumere nel costruire un senso di tali setting, a partire dalle domande dei medici. Per quanto riguarda la visita congiunta, gli specializzandi hanno ideato un modello concettuale che permetta di orientarsi e di proporre un intervento psicologico, orientato ad obiettivi di sviluppo della relazione medico-paziente. In particolare, gli psicologi possono prestare attenzione alle relazioni paziente-medico, paziente-patologia e paziente-contesto di vita; a partire dalla costruzione di ipotesi su queste relazioni, lo psicologo può fare vari tipi di interventi, volti a facilitare la costruzione di obiettivi condivisi tra équipe curante e paziente. In alcuni casi il setting dell'intervento cambia: lo psicologo si può confrontare solo con il medico, una volta conclusa la visita congiunta, oppure ci può essere la richiesta del paziente nell'incontrare separatamente lo psicologo. Molte volte l'intervento psicologico si conclude nella visita congiunta.

Nel corso dei mesi, mi sembra si sia modificata la comprensione del rapporto medico-paziente diabetico. Un punto centrale penso ruoti intorno al concetto di adherence, che ha sostituito quello di compliance, e alla specifica azione fisiologica di regolazione della glicemia nel corpo umano. Per quanto concerne la compliance, si fa riferimento a un paziente che esegue ciò che gli viene prescritto; l'adherence implica un processo di conoscenza e di accordo contestuale del paziente a seguire una data terapia. L'adherence fa pensare a un medico adattivo rispetto a un paziente/cliente che richiede una consulenza in rapporto a specifici problemi di suo interesse. L'adherence sarebbe quindi l'esito comportamentale e contestuale di un rapporto complesso tra paziente e servizio di cura. Allo stesso tempo il paziente diabetico, in particolare con patologia insulino-dipendente, è visto come condannato a un controllo costante non solo dei suoi comportamenti, ma anche delle sue emozioni. Sappiamo infatti che la glicemia presente nel sangue si innalza grazie all'intervento di molte variabili esterne all'organismo, in particolare l'introduzione di alimenti, ma anche in rapporto a ormoni che regolano la risposta emotiva, in particolare cortisolo e adrenalina. Stando all'adherence, raggiungere dei buoni obiettivi glicemici può portare a confondere comportamenti ed emozioni, obiettivi di cura ed obiettivi della propria vita, sia per l'équipe sanitaria che per i pazienti. In rapporto ai medici, spesso gli psicologi intervengono per dar senso alle emozioni, ritrovandone un significato relazionale, non legato a prescrittività di tipo medico. Con i pazienti, di contro, spesso si può incontrare reattività rabbiosa rispetto alla prescrittività continua a cui bisognerebbe attenersi; solo più

recentemente mi sono reso conto di un'altra possibilità, molto più sfumata rispetto al rapporto con la prescrittività. Alcuni pazienti sembrano infatti portare la difficoltà di vivere la solitudine dei propri rapporti personali, non mediati dall'istituzione medica, come se il contesto medico funzionasse da luogo di decodifica di ciò che accade nel proprio contesto di appartenenza: per incontrare altre persone, si passa dal medico. Il rapporto con il medico diventa quindi una relazione molto importante in termini di significato, in cui l'antinomia dipendenza/autonomia si confonde. In generale, mi pare che i medici diabetologi più bravi e stimati siano proprio quelli che accettano di viverci questa confusione, con la fiducia di arrivare ad obiettivi produttivi. Gli psicologi, in questo, possono aiutare. Si incomincia a parlare anche di cambiamento del rapporto con alcuni pazienti.

Questo tipo di lavoro ha portato a degli esiti inaspettati. Il reparto di endocrinologia, che comprende anche diabetologia, ha da poco aperto un nuovo servizio di consulenza alla nutrizione. La nutrizionista mi ha subito allertato, con la richiesta di aiutarla nel metter su questo nuovo servizio, con l'accordo del primario diabetologo. Il confronto con la nutrizionista è frequente; l'ipotesi di collaborazione è quella di poter definire obiettivi dell'intervento nutrizionale, nonché quella di costruire un setting di intervento psicologico a seconda dei casi incontrati. Se le visite congiunte in diabetologia sono gratuite, perché svolte da specializzandi senza la richiesta esplicita dei pazienti, in questo nuovo servizio gli psicologi sono pagati. Si è aperta così una nuova attività, che con fatica e interesse stiamo portando avanti.