**I primi mesi di tirocinio presso l’Unità di Psicologia del Fatebenefratelli**

Giuseppe Carollo, il 2 dicembre 2018

Scrivo questo resoconto sul tirocinio in un momento che considero di cambiamento; si tratta di una fase che sto vivendo in maniera complessa, perché non so esattamente come si ridefiniranno i miei rapporti con tutor, colleghi tirocinanti, strutture mediche. Vorrei resocontare l’esperienza fatta finora perché sento utile fare un bilancio, con l’ottica di costruire un ponte verso l’attuale ridefinizione del lavoro.

Si tratta inoltre di un resoconto che scrivo entro un rapporto con colleghi SPS interessati alla questione Psicologia e contesto ospedaliero. Si è creato un piccolo gruppo. C’è inoltre una collega della Scuola, Eva Falco del gruppo M, che ha preso il secondo posto disponibile da tirocinante presso la stessa struttura in cui mi trovo. Abbiamo parlato in qualche occasione del lavoro svolto finora. Anche grazie a queste occasioni di dialogo, ho pensato che valesse la pena condividere con la Scuola cosa stessi facendo, provando ad articolare alcune ipotesi.

L’ipotesi centrale del lavoro che sto svolgendo, che vorrei tenere come punto di repere anche di questo resoconto, penso concerna il ruolo della psicologia in rapporto al contesto medico ospedaliero. Quali competenze psicologiche da mettere in gioco a partire da quali domande, con quale metodologia di intervento. Mi sembra inoltre che il processo di comprensione di questi rapporti (tra psicologi e medici in rapporto all’utenza, ma anche tra gli stessi psicologi) vada di pari passo con la comprensione del contesto specifico in cui mi trovo.

Il mio tirocinio si svolge presso l’Unità Operativa di Psicologia del Fatebenefratelli (fbf). A marzo ho incominciato a frequentare le riunioni di supervisione clinica, il martedì, che sembra siano state istituite con il mio arrivo. La tutor mi ha chiesto di occuparmi del servizio accoglienza. Si tratta di un servizio di cui gli altri specializzandi (intorno alle 5 unità) non vogliono occuparsi, lasciando il servizio alle due tirocinanti post-lauream. Gli specializzandi sembrano non trovare interesse in questo servizio perché più inclini a perseguire una competenza psicoterapeutica in altre attività. Vedremo poi la problematicità di questo assunto, con un peso specifico tanto per il funzionamento dell’Unità che per il servizio accoglienza. La tutor dà invece molta importanza a questo servizio, considerandolo uno snodo centrale tra più servizi e tra le varie psicologhe dell’Unità di psicologia. Pensa che l’Unità debba “andare incontro” ai pazienti e che il servizio accoglienza possa occuparsi di questo. La proposta mi sembra interessante. Mi sono occupato del servizio accoglienza fino ad ottobre. In questo periodo ho provato a capire il contesto, formulando ipotesi e facendo proposte operative. Spesso queste azioni venivano insieme. Provo a declinarle in maniera ordinata.

***L’Unità Operativa di Psicologia e l’Ospedale Fbf***

L’unità di psicologia è composta da 4 psicologhe strutturate, di cui una è mia tutor, più una psicologa a contratto di consulenza esterna. La struttura è un piccolo reparto con 3 stanze, uno sgabuzzino e una sala d’attesa, al piano terra. La prima impressione che ho sul funzionamento dell’Unità è che tutte e 5 le psicologhe sembrano svolgere attività in maniera separata le une dalle altre. Sembra inoltre che ognuna di loro abbia trovato il suo settore di specializzazione: una psicologa fa solo diagnosi neuro-cognitiva per pazienti con demenza, inviati dal medico neurologo; un’altra psicologa fa solo diagnosi cognitiva di bambini nati prematuri; una psicologa è in rapporto privilegiato con oncologia, un’altra con diabetologia. Due di queste psicologhe svolgono anche consulenze psicoterapeutiche individuali. Le psicologhe non parlano tra di loro di ciò che fanno. Le riunioni di confronto clinico si effettuano con la mia tutor e i tirocinanti. Ad ottobre un’altra psicologa strutturata si unirà a queste riunioni. Penso che la frammentazione dei rapporti tra le psicologhe del servizio ha un peso importante sul funzionamento dell’accoglienza.

Nel corso dei mesi ho capito inoltre che il rapporto tra Unità di psicologia e Ospedale è critico. Da una parte l’Ospedale è fortemente indebitato, per cui mette in atto una politica di tagli e contenimento della spesa. D’altra parte l’Unità di psicologia non gode di una buona immagine all’interno dell’Ospedale; un punto centrale sembra essere la difficoltà di dimostrare l’utilità di ciò che fa, su un piano terapeutico ma anche economico. Si tratta di un punto che dà ampio spazio alla lamentela degli psicologi, su quanto la medicina veda solo fatti, peraltro frammentati. Sicuramente questo fattore c’è ed è importante. Mi sono fatto però l’idea che questa difficoltà dimostrativa degli psicologi sia il segno di una difficoltà più profonda, relativa al costruire obiettivi condivisi tra psicologi e medici.

Entro questa difficoltà a procedere, che si riscontra quotidianamente, si inserisce un episodio critico, diventato una specie di segreto che, ormai, tutti conoscono. Una psicologa strutturata, a gennaio 2018, è incorsa in un incidente, mandando quasi a fuoco tutta l’Unità. Si è chiusa nello sgabuzzino dell’Unità, a fumare, poi ha buttato il mozzicone della sigaretta nel cesto della carta. Le fiamme si sono alzate ma sono state subito domate; in compenso lo stanzino si è carbonizzato e il fumo ha invaso le stanze.

Da gennaio, dunque, l’Unità di Psicologia è monitorata costantemente; la direzione sanitaria chiede alle strutturate di dimostrare come utilizzino il loro tempo. A fronte di un calcolo delle ore di lavoro effettuate, a settembre la direzione sanitaria ha deciso di destinare una stanza degli psicologi ai genetisti, tutte le mattine.

Questi eventi caratterizzano il contesto, come si può ben intuire. Il senso di controllo e di imminente cacciata degli psicologi dall’Ospedale è forte. Per quanto concerne il mio tirocinio, questi eventi hanno avuto conseguenze dirette: in primo luogo, la direzione generale dell’Ospedale ha impiegato 7 mesi per approvare la convenzione di tirocinio con SPS e non l’ha ancora rinnovata con le Università, per cui non ci sono più tirocinanti post-lauream. In secondo luogo, a settembre non c’è più stata disponibilità per la stanza dell’accoglienza. L’attività, senza tirocinanti post-lauream né stanze disponibili, si è conclusa.

Una piccola nota, che forse meriterebbe di essere approfondita: la professoressa Paniccia a luglio, vedendo che la convenzione non veniva firmata, mi chiama dicendomi che va messo un limite. Concordiamo per dire alla mia tutor che se a settembre la convenzione non è firmata, io dovrò andare via. La mia tutor, innervosita, si è data ulteriormente da fare e finalmente la direzione generale ha firmato la convenzione, a fine settembre. A mio parere il punto più significativo della vicenda è rappresentato dalla scuola che si interessa a cosa succede ai tirocinanti; più che il limite oggettivo del tempo, mi sembra che abbia funzionato il limite relazionale: la Scuola chiede conto alla struttura ospitante dei rapporti istituiti con i tirocinanti, spezzando il potenziale rapporto duale tra struttura e tirocinanti, a cui si assiste frequentemente.

***Il servizio accoglienza dell’Unità di Psicologia.***

A proposito di rapporto duale, la relazione che intercorreva tra tirocinanti post-lauream e tutor, entro il servizio accoglienza, aveva queste caratteristiche. Una tirocinante, in particolare, sembrava venire nella struttura con la sola attesa di subire violenze dalla tutor, che, nel tentativo di spronarla a fare cose utili, sembrava portarla a nuove forme di incapacità e frustrazione, a cui seguivano effettivamente rimproveri di ogni genere. Tutto sembrava ripiegato su sé stesso; nel servizio accoglienza non si faceva altro che parlare dei rapporti interni, delle stravaganze degli uni e degli altri, dimenticandosi completamente del rapporto con chi si rivolgeva al servizio.

In questa situazione, propongo alle due tirocinanti post-lauream di recuperare cosa accade in accoglienza, quali domande abbiamo, quali scopi rispetto alla committenza del nostro tutor. Come strategia, mi sono proposto di stare sulle cose terze che ci tengono lì; in questo modo, le stesse difficoltà relazionali che si riscontravano con le psicologhe del servizio potevano esser lette diversamente. Recuperiamo le accoglienze che sentiamo interessanti, ne parliamo, anche in riunioni di confronto clinico. In accoglienza scriviamo su un quadernone arancione i casi di cui ci occupiamo e che vanno segnalati alle psicologhe strutturate. Alcune volte le tirocinanti scrivono resoconti a cui una psicologa strutturata dà il nome di “papiri”, contestandone la lunghezza. Propongo alle tirocinanti di fare un’analisi dei papiri, per provare a capirci qualcosa di quello che si fa in accoglienza. I papiri, capiremo con il lavoro, erano resoconti di casi che avevano implicato le tirocinanti, ma di cui non si sapeva bene cosa fare. In un primo momento l’entusiasmo è mite: il problema sembra essere la passività, intesa come aggressività sopita e rabbiosa. La tirocinante più problematica dirà in una riunione: “capisco il tuo intento buono, ma io non voglio dare cose buone alla tutor, al contrario sento di volermi solo vendicare”. Soprattutto con l’altra tirocinante, quindi, incominciamo un lavoro di riflessione sulle domande di accoglienza; ne parliamo con la tutor, che ci propone di indire una giornata di confronto con tutta l’équipe, sul lavoro che stiamo facendo. Arriveremo alla giornata con un lavoro di categorizzazione delle domande, basato su alcuni fattori: il sistema di relazioni portato da colui che pone la domanda; le sue motivazioni e obiettivi; il vissuto di chi lavora in accoglienza. Ne risulteranno 4 categorie, con al loro interno alcune declinazioni ulteriori.

In queste 4 categorie abbiamo voluto mettere in evidenza 2 punti rilevanti e trasversali: il rapporto tra problema psicologico e problema medico che i pazienti portano agli psicologi entro il contesto ospedaliero; gli obiettivi del servizio accoglienza rispetto agli altri servizi dell’Unità di Psicologia. Il lavoro di analisi ha teso, in effetti, a comprendere tutte le domande di cui l’Unità si occupa.

Il confronto è stato ricco e ci ha permesso di capire le risorse e i limiti di ciò che facevamo in accoglienza; da qui, abbiamo potuto discutere gli obiettivi dell’accoglienza, rispetto a quelli dell’Unità. Questo mi è sembrato il punto più critico, poiché la frammentazione del lavoro delle psicologhe strutturate non permette di coordinarsi su obiettivi condivisi dell’Unità.

Entro qui nel merito della sola categoria 1, che ci sembrava poter costituire un elemento di sviluppo dell’accoglienza, e implicitamente dell’Unità. In questa categoria abbiamo discusso le domande dei pazienti che richiedono una diagnosi neuropsicologica (in generale pazienti anziani con demenza, inviati dal neurologo). Questo tipo di richiesta è la più frequente per l’Unità. Si tratta di una domanda che a nostro parere ha degli aspetti psicologici specifici, che potrebbero essere trattati con maggior profitto. In particolare, si tratta di pazienti che vogliono raccontare la loro vita; questo racconto è sentito spesso come uno sfogo, poiché sembra che i pazienti non vogliano interloquire, piuttosto sembrano usarci come ascoltatori passivi; facciamo l’ipotesi che questa modalità di raccontarsi abbia a che fare con il problema psicologico che queste persone portano: la passività rispetto alla propria vita, la dipendenza da altri, che viene trasmessa agli psicologi tramite un’inversione del rapporto - sono gli psicologi a sentirsi dipendenti dalla lamentosità del paziente, senza apparente possibilità di intervento. Si direbbe che questi pazienti si lamentano del proprio essere pazienti. La lamentela sembra però funzionale al recarsi in Ospedale per ricevere cure: con il medico si tratta la parte organica dei problemi di memoria; con gli psicologi si ripropongono i significati di eventi che la memoria vuole continuare ad organizzare in quanto fondanti la propria identità. L’accoglienza funziona come rapporto anaclitico delle fantasie passivizzanti di questi pazienti. In questo senso, questi pazienti si avvicinano, come tipologia di rapporto, ad altri pazienti che propongono la scissione fallocentrica parte buona soggettiva/parte malata da curare. In seguito ad alcune esperienze fatte in accoglienza, proponiamo che il servizio potrebbe occuparsi di “far star meglio” queste persone fintanto che sono in ospedale, per organizzare psicologicamente il rapporto con la cura di una parte di sé strettamente legata a ciò che si sente legato alla propria identità, ovvero la propria memoria. Raccontiamo di persone che, avendole ascoltate una volta, non mancano di ripassare da Psicologia, al servizio accoglienza, quando transitano in Ospedale. Sentiamo che con questi pazienti potrebbero aprirsi molte strade di intervento.

Ad oggi, questa domanda viene accolta semplicemente con una funzione segretariale, ovvero prenotando la visita diagnostica, almeno negli obiettivi dichiarati dell’Unità. Tutto ciò che esula dalla semplice prenotazione, è sentito come disturbante. Nella riunione di confronto, la proposta di un servizio accoglienza che possa occuparsi di queste domande non è stata accolta; al contrario, proprio l’aspetto del dar senso a ciò che si fa e di ricercare rapporti professionali volti a perseguire obiettivi psicologici, mi sembra sia stato ciò che più ha indispettito la psicologa che fa diagnosi neuropsicologica, durante la riunione di confronto clinico. Tramite le altre categorie abbiamo proposto di ragionare su altri tipi di domande. Un’altra psicologa strutturata, oltre la tutor, ha invece partecipato in maniera interessata, chiedendo alla fine dell’incontro di proseguire le riunioni di confronto clinico quando anche lei poteva esserci. Questo mi è sembrato lo sviluppo più importante di tutto il lavoro.

Le due tirocinanti hanno lavorato bene, trovando un nuovo senso all’aspetto formativo del tirocinio; persino la tirocinante che presentava maggiori problemi di rapporto con la tutor, alla fine si è sentita responsabilizzata e teneva al lavoro fatto. La tutor è stata molto soddisfatta del lavoro; il rapporto con le tirocinanti è diventato man mano più conviviale. Questo ci ha permesso di confrontarci anche su altre attività che la tutor svolge nell’Ospedale, a partire da alcune di queste categorie proposte.

***La fase attuale, il rapporto con diabetologia.***

Da qui, arriviamo alla fase attuale. La tutor mi propone di integrare il lavoro in diabetologia; in particolare, vorrebbe che io mi occupassi con alcune psicologhe di una ricerca in collaborazione con i medici. La ricerca si interesserebbe al rapporto di alcuni pazienti diabetici con i microinfusori (un piccolo macchinario attaccato all’addome del paziente, che permette di regolare l’afflusso di insulina). Il progetto è molto interessante, ma anche molto difficile. I rapporti tra diversi psicologi, tra psicologi e medici e con i pazienti mi sembrano problematici. Il punto centrale mi sembra essere la difficoltà di concordare, tra tirocinanti e con la tutor, su una strategia psicologica spendibile in rapporto a medici e pazienti. La questione che vivo come problematica, attualmente, è l’ambivalenza della tutor nei miei confronti: un po’ vuole che integri l’équipe su questo focus, un altro po’ continua a tenermi fuori, ormai da due mesi, non facendo i passaggi formali per presentarmi ai medici diabetologi. A parte queste mancanze, mi sembra che la tutor contesti esplicitamente il mio fare domande, in riunione di confronto clinico, accusandomi di ortodossia rispetto al “mio” modello; capisco poi che si tratta di accuse che pone a tutti i tirocinanti che cercano di capirci qualcosa. Per ora, provo a capire questa strana situazione di impasse, ci riuniamo tra tirocinanti, scriviamo resoconti. Quando si parla del “Modello” dell’analisi della domanda sembra che questo desti fascino e timore; non penso che sia veramente il modello a destare timore, quanto l’intenzione di collaboratori a capirci qualcosa, questione che richiederebbe l’esplicitazione di alcuni rapporti che sostanziano ciò che si fa operativamente, nel quotidiano (tanto per diabetologia ora, che per l’accoglienza prima). Penso che l’Unità faccia di tutto per difendersi da questa esplicitazione di rapporti. Non so dire bene perché. Vado avanti con un lavoro che a me piace e che sento, in generale, molto complesso e interessante.