**Tirocinio all’Ospedale Fatebenefratelli, i primi 3 mesi**

 **Eva Falco 27/02/2019**

**La scelta della struttura**

A luglio, nell’ultimo monitoraggio prima della pausa estiva, la Paniccia ci intima di tornare a settembre con un’idea già sufficientemente chiara di dove svolgere il nostro tirocinio di specializzazione. Durante l’estate dedico qualche giorno a pensare ambiti possibili, cercare strutture eventualmente da convenzionare. Non penso nemmeno lontanamente di prendere in considerazione l’elenco di quelle già convenzionate con SPS. Mi muovo seguendo i miei interessi. A settembre, durante il primo week end di scuola, la Paniccia ci parla di un’esperienza personale avuta nel Pronto Soccorso di un Ospedale veronese e di come questa abbia suscitato in lei la voglia di andare a indagare meglio quella realtà organizzativa, quella cultura locale. Ce lo propone, io rispondo spericolatamente “ci sto” dopo una frazione di secondo. La cosa è andata avanti ma in questa sede per me è importante nominarla e non approfondirla, almeno per il momento. Sempre la professoressa Paniccia mi proporrà in seguito di fidarmi di questa spericolatezza e di poter immaginare anche il mio tirocinio nell’ambito ospedaliero se nutro una curiosità in questo senso. Questo breve confronto, unito al monitoraggio successivo, mi sveglieranno dal torpore e mi convinceranno a fare i conti con la realtà della scelta. Nel successivo monitoraggio infatti, ci verrà detto che dobbiamo uscire dalla fantasia che il tirocinio sia una cosa solo “nostra”, che SPS ha dei lunghi rapporti avviati e che non possiamo farli cadere nel vuoto, bisogna essere affidabili. A questo punto mi decido a guardare la lista delle strutture già convenzionate sia con il MIUR che con SPS e i posti disponibili. Mi rendo conto che ci sono 19 posti disponibili contando anche le strutture convenzionate a Napoli e a Venezia. Il gruppo M è composto da 19 psicologi. Questo dato di realtà mi sembra importante da sottolineare. Mi dico che forse se ho un interesse è arrivato il momento di agire. Vedo che il Fatebenefratelli ha 2 posti per i tirocinanti SPS e uno è già preso dal collega Giuseppe Carollo del gruppo L. Contatto Giuseppe per chiedergli della sua esperienza, contemporaneamente contatto la Dolcetti – Responsabile dell’area tirocini dentro SPS – e le comunico il mio interesse. A questo punto inizia uno scambio via mail tra me e la tutor per prendere un appuntamento, siamo a novembre inoltrato. Mi ricordo di queste mail in cui la tutor mi ringraziava per aver scelto quell’Ospedale come sede del mio tirocinio ed era estremamente gentile e celere nelle risposte.

**La Fase Istituente**

Io e la tutor ci incontriamo alle 18:00 di un pomeriggio di fine novembre, l’orario in cui di solito l’Unità di Psicologia dentro l’Ospedale termina le sue attività giornaliere. Mi ricordo la gioia nell’entrare in Ospedale e trovare con facilità le indicazioni con scritto “Psicologia clinica”. Ho pensato : “Allora esistiamo!”. Peccato non basti firmarsi per esistere, così come un’indicazione non fa un servizio. Quando arrivo la tutor si sta sfilando il camice e sembra decisamente di corsa, la saluto presentandomi e le dico che avevamo un appuntamento. Lei ci mette un po’ a capire chi sono, mi fa varie domande per ricostruire, aveva dimenticato il nostro appuntamento. Ero un po’ sconcertata a dir la verità dopo la grande accoglienza sperimentata nello scambio via mail. Riprenderò questo punto più avanti in questo resoconto perché mi sembra significativo. Ci sediamo nella sala d’attesa dell’Unità e iniziamo a parlare delle attività che si fanno lì e di quali sono le mie aspettative sul tirocinio e le mie disponibilità orarie. Ci accordiamo per un turno il martedì mattina, unica mattina libera della settimana per me e lei mi propone di accompagnare la Dottoressa R. nel giro visite del reparto di Oncologia. Mi sento spaventata ma anche con la voglia di starci. Ricordo diverse frasi del nostro scambio di quel giorno a cui ripenso tuttora: “Per lavorare in Ospedale con altre figure professionali bisogna avere un’identità professionale molto forte”, “Nonostante tutti i progressi che ha fatto la medicina, in Oncologia il livello di pathos è sempre molto alto”. La prima frase parla di una sensazione che sperimento costantemente più o meno da quando mi sono iscritta a Psicologia nel lontano 2007 ma che forse adesso, nel mio percorso formativo e nel contesto ospedaliero, prende forma in tutta la sua portata. La seconda frase è ancora un mistero per me, cosa voleva comunicarmi la mia tutor? Che avrei avuto a che fare con gente che esagera? O che sarebbe stato complicato? Lì per lì non mi viene in mente di chiedere, è tutto chiaro e auto evidente, non c’è bisogno di increspature fastidiose. La tutor mi ha dedicato fin troppo tempo nel mio vissuto,dopotutto non si ricordava nemmeno l’appuntamento e adesso che faccio rompo pure i coglioni con le domande? Eppure a che serve la nostra professionalità se non a “dare fastidio” per esplorare, comprendere, liberare? Ho molta difficoltà a “dare fastidio” e credo che questo sia un problema, in particolar modo nella costruzione della professionalità psicologica.

**Il giro visite**

Il primo martedì di dicembre inizia ufficialmente il mio tirocinio. Ricordo la sensazione ,che sperimento ancora adesso ogni volta , nel varcare le soglie dell’Ospedale. La porta d’ingresso è una specie di Stargate che mi catapulta in un mondo parallelo a quello di fuori, con le sue regole, i suoi attori, le sue prassi, i suoi problemi. Una macchina che macina senza sosta. Dalle finestre delle stanze nel reparto di Oncologia si vede il Tevere, il traffico, le persone, ma mi sembra tutto molto distante. Quando esco ci metto un po’ a realizzare che sono fuori, respiro di nuovo, come se fossi stata in apnea per 4/5 ore. I visi e le parole delle persone incontrate mi accompagnano per giorni, settimane, mi sorprendono all’improvviso mentre lavo i piatti, faccio attività fisica o sono a lavoro. Non me ne libero mai e mi rendo conto che non voglio liberarmene, che mi fanno male ma mi fanno sentire viva allo stesso tempo.

La mattinata del martedì inizia con un incontro in una stanza del reparto di Oncologia, quella del personale sanitario. Qui di solito c’è il primario C. o un altro oncologo, la specializzanda in oncologia, la Dottoressa G. , gli infermieri di turno che entrano ed escono per aggiornare i medici sulle condizioni dei pazienti e ricevere da parte loro direttive sulla modifica delle cure e altre cose. C’è a volte un’ assistente sociale che si occupa di attivare l’assistenza domiciliare o l’hospice per alcuni pazienti che vengono dimessi e in un caso si è occupata di trovare una sistemazione presso la Comunità di Sant’Egidio a Roma per un paziente che viveva fuori città in uno stato di semi barbonaggio e che doveva intraprendere la chemioterapia 3 volte a settimana presso l’Ospedale. C’è la caporeparto E., la Dottoressa R. ed io. Da qualche settimana ci sono a turno anche 3 psicologhe che hanno iniziato il servizio civile presso l’Aimac e si occupano soprattutto della sala d’attesa del Day Hospital di Oncologia, cioè delle persone che vengono per le cure o una visita.

L’incontro inizia stampando un foglio in cui c’è una tabella con l’elenco dei letti (sono 8), i nomi dei pazienti e la diagnosi. Si parla delle condizioni generali del paziente, dell’età, degli esami che ha fatto il giorno prima e di quelli che farà in giornata, di come e perché è stato ricoverato, se è un primo o un successivo ricovero, se non c’è più nulla da fare e deve essere dimesso, se ha una rete familiare che consente l’assistenza domiciliare o se è meglio optare per l’hospice.

Solitamente i pazienti sono di due tipi : primo ricovero per tumore già in stato avanzato e quindi con metastasi, successivo ricovero per un tumore metastatico che fino a quel momento era stato tenuto sotto controllo per mesi o anni con precedenti cure a cui il paziente aveva risposto bene ma che poi si è aggravato. Insomma le persone che incontriamo hanno un’aspettativa di vita relativamente breve. Le prime settimane questa cosa mi distruggeva, chiedere alle persone di lottare mi sembrava e mi sembra falso e ipocrita, a mano a mano che il tempo passava mi sono resa conto che più che il pensiero della morte in sè era il pensiero del dolore a buttarmi nello sconforto, unito al non sapere quali obiettivi darsi in questi incontri. Le persone ci raccontano di dolori che li fanno andare fuori di testa, della paura di finire le scorte del farmaco che tiene sotto controllo questo dolore, della rabbia di essere giovani e di non voler morire, di essere non più giovani ma di voler continuare a godere dei propri affetti e della propria vita. Penso adesso mentre scrivo che dovrei sospendere questo vissuto totalizzante rispetto al dolore fisico e alla morte e provare ad esplorarlo insieme a loro. Di che dolore parliamo? La maggior parte delle persone incontrate hanno storie di profonda solitudine o di profondo dolore per diversi traumi e accadimenti nelle loro vite. La cosa più frequente di tutte è che hanno un parente o anche più di uno morto proprio per un cancro. Un’altra variabile quasi onnipresente è la perdita del partner pochi giorni, mesi o anni prima al massimo. Spesso mi trovo a pensare che io ho 30 anni e 9 di terapia sulle spalle e non ho vissuto i traumi di queste persone. Loro non hanno mai pensato o incontrato la psicologia come possibile risorsa. Una sola donna fin’ora ci dice che fa un percorso psicologico. Mi sembra questo uno dei potenziali più grandi del nostro lavoro lì, ridare senso a queste storie e poter essere vissuti come risorse da utilizzare, dai pazienti ma anche dai parenti. Al momento mi rendo conto che il giro visite è organizzato per dare voce soprattutto ai pazienti designati, molto meno ai parenti, tanto che mi sta venendo in mente di chiedere alla Dottoressa R. come mai e se eventualmente crede sia utile pensare a questa possibilità in modo più specifico. Questo perché mi sento in vari modi sollecitata a occuparmene. Incontro sguardi, parole e domande anche di questi ultimi, assisto ai colloqui tra il primario e i familiari in cui viene comunicato che non c’è più nulla da fare per la persona a loro cara. Questi incontri avvengono nella stessa stanza dell’incontro in equipe della mattina. Di solito si parla in modo più approfondito con i parenti solo quando con il paziente designato non è praticamente più possibile parlare.

**Il rapporto con la Dottoressa R.**

La Dottoressa R. mi è sembrata da subito una persona molto attenta alle comunicazioni, ai passaggi, ai rapporti,direi affidabile. Cerco di tenere a mente la sua estraneità nonostante queste prime impressioni. Mi sembra una grande lavoratrice anche se per sua stessa ammissione sta tirando un po’ troppo la corda ultimamente, dice che è l’unica delle psicologhe incardinate ad essere veramente “trasversale” quando con questa parola mi sembra voglia intendere che è presente in diverse realtà dell’Ospedale. Questo credo sia un punto importante da provare a esplorare e sviluppare, lei spesso si lamenta dell’organizzazione dell’Unità di psicologia, del suo carico di lavoro. La prima volta che incontro il primario di oncologia, la R. mi presenta dicendo che vengo da una scuola di specializzazione molto prestigiosa, che il Prof. Carli ci sceglie e ci forma molto bene, tanto di cappello. Per un paio di settimane vengo investita da vissuti di paura e inadeguatezza rispetto alle aspettative che sento pesare su di me. Se da una parte questa affermazione della Dottoressa mi fa piacere e la sento come una restituzione importante e non scontata del lavoro portato avanti dai colleghi che mi hanno preceduto, dall’altra la unisco allo scambio via mail con la tutor che poi ha dimenticato l’appuntamento preso. Mi sembra in altre parole che il rapporto con SPS sia mitizzato e temuto. Mi sembra dunque molto importante ripensare e riattualizzare le iniziative nate negli anni grazie al contributo di altri colleghi, come appunto il giro visite, il “ciao come va?” nel reparto di oncologia e la possibilità di condividere un tè nella sala d’attesa del Day Hospital che sia pretesto per uno scambio, per l’istituzione di una relazione, per cogliere domande. Su queste esperienze ci sono resoconti e anche libri. La settimana prossima io e la Dottoressa R. abbiamo in programma un incontro per confrontarci.

**Il personale sanitario come cliente : “Tu vieni con me, vero?”**

E’ difficile non perdersi completamente nella relazione con i pazienti. Allo stesso tempo è abbastanza semplice rendersi conto che i cambiamenti reali non possono non passare da cambiamenti organizzativi più ampi in cui bisogna coinvolgere e confrontarsi con tutti gli attori in gioco. Quello che mi preme sottolineare per il momento è che sia il primario che gli infermieri ci interpellano per questo paziente o l’altro durante il briefing della mattina. Il Dottor C. dice alla Dottoressa R frasi come : “Ti segnalo la paziente al letto numero 11, è molto depressa”, “Quel paziente è ingestibile, parlaci tu” , “Quella paziente aveva un tumore visibile e l’ha negato per mesi”. Il loro rapporto è rodato da anni, sono molto in confidenza e c’è stima reciproca. Unico neo, la Dottoressa R. gli dà ragione su tutto, non lo considera cliente ma amico o ancora peggio si considera ancella del capo o almeno questa è la sensazione. Mi sembra che R. prenda come un fatto tutto quello che le viene comunicato da C. La dottoressa R. è figlia della psicologia della salute, nei colloqui con i pazienti va a caccia di una risorsa che può essere qualsiasi cosa le sembri significativa per la persona in questione e le chiede di attaccarcisi per trovare la forza di combattere la malattia. Si unisce al medico e agli infermieri nella prescrizione della lotta al tumore, dello stare su, del non abbattersi perché è dimostrato scientificamente che il modo in cui reagiamo alla malattia ha un’influenza sul decorso di quest’ultima. Insomma c’è un paziente infantilizzato a cui si chiede di fare il bravo e collaborare per il suo bene. Per il suo bene? In ogni caso gli/le resta poco da vivere. Mi sembra che chi c’è dall’altro lato (compresa me) abbia molta difficoltà ad accettare di non poter guarire l’altro. Nonostante tutto non riesco a criticare il lavoro della Dottoressa R. perché come dicevo mi sembra una professionista che prende il suo lavoro molto sul serio. Questo mi sembra un buon punto di partenza per poterci dialogare. Due settimane fa mi sono trovata a fare il giro visite per la prima volta senza né il primario né R. in quanto il primo era impegnato e la seconda ammalata. Eravamo io e la Dottoressa G., la specializzanda oncologa. Durante il briefing una infermiera ci comunica che la paziente appena ricoverata piange per ogni cosa in quanto ha perso il marito 5 giorni prima sempre a causa di un tumore e dopo i funerali ha avuto un’importante calo delle difese immunitarie che ha comportato il ricovero. La Dottoressa G. si rivolge a me dicendomi che lei non ce la fa, e mi chiede di confermarle che la accompagno nel giro. La rassicuro dicendole che sono lì per quello. Questo scambio continua con lei che mi chiede incuriosita che specializzazione faccio , dicendomi che le sembra bella e che lei non potrebbe mai fare lo stesso, piangerebbe di continuo. Questo momento, così come le comunicazioni da parte degli infermieri e del primario, se da una parte denotano una considerazione non scontata della funzione psicologica dentro quell’Ospedale ,che ha una storia da riscoprire, dall’altra rendono visibile l’importante scissione tra paziente e persona, agita dal personale sanitario. Penso che un obiettivo di questo lavoro possa essere ridare integrità e dignità alle vite di queste persone attraverso l’ascolto delle loro storie e delle loro lacrime o espressioni di dolore e di rabbia, il ridare senso al momento che stanno vivendo dentro una cornice più ampia che possa accompagnarli per l’ultimo pezzo di strada. Questo obiettivo non è perseguibile senza una condivisione dello stesso con la cultura medico – ospedaliera.