

Come si scambia tra scuola e servizi e tra servizi e clienti: il tirocinio nel Servizio Prevenzione e Protezione Rischi di un'Azienda Ospedaliera

di Elisabetta Atzori*

Questo contributo riguarda l'approfondimento di uno stimolo di discussione proposto durante il convegno "Il tirocinio nelle organizzazioni sanitarie e di salute mentale" tenutosi a giugno 2009. Vorrei riflettere su "come si scambia tra scuola e servizi e tra servizi e clienti", su "come i servizi psicologici utilizzano il tirocinio e come i clienti utilizzano la funzione psicologica". Faccio riferimento all'attività di tirocinio resocontata da Elena Lisci nel n. 1/2009 di questa rivista.

Ritengo utile iniziare da una breve descrizione dell'unità operativa nella quale viene svolto il servizio psicologico e dell'azienda nella quale il servizio si inserisce. Si tratta dell'Unità Operativa Servizio Prevenzione e Protezione Rischi (PPR) di un'Azienda Complesso Ospedaliero di una grande città italiana.

Il Servizio PPR nasce alla fine del 1994 in seguito al Decreto Legislativo 626/94, con il compito di provvedere all'attività di prevenzione e protezione dai rischi professionali nell'azienda ospedaliera. Inizialmente è composto da medici, infermieri e addetti alla sicurezza. La funzione psicologica nel Servizio PPR è stata attivata nel 2004, per rispondere ad un diverso mandato affidato all'azienda in merito alla sicurezza e alla salute degli operatori sanitari. A partire dalla legge 626 del 1994 le finalità dei Servizi che si occupano di sicurezza cambiano. Si cerca di promuovere il passaggio dalla sicurezza vissuta come problema (perché è altro rispetto al processo di produzione) alla sicurezza interpretata come progetto di managerialità. Viene quindi promosso il superamento della scissione tra sicurezza e salute di chi lavora nei servizi e coloro che a questi servizi si rivolgono. Si pone l'accento sul rischio piuttosto che sul pericolo, quindi diventa oggetto di interesse la percezione soggettiva del pericolo e, di conseguenza, si rende necessario non solo informare gli operatori ma anche formarli affinché possano responsabilmente prendersi cura della propria salute e sicurezza e non semplicemente pretenderla sotto forma di tutela. La salute viene vista come benessere biopsicosociale. Si va al di là della semplice assenza di malattia biologica: la salute diventa competenza a vivere in un'organizzazione produttiva.

Questa sintetica enunciazione delle finalità proposte porta subito a cogliere la complessità e le difficoltà insite nel tradurre dichiarazioni di principio in strategie operative, soprattutto quando le implicazioni per l'azione richiedono il cambiamento di modi di pensare e agire radicati in coloro che lavorano nelle organizzazioni.

Per iniziare ad individuare alcuni nodi problematici della difficoltà a tradurre la legge in coerenti azioni da parte del servizio, penso sia utile tenere presenti alcuni aspetti caratterizzanti l'organizzazione produttiva per la quale il Servizio PPR svolge la propria funzione.

Si tratta di un ospedale resosi autonomo dalla ASL, diventato Azienda Complesso Ospedaliero da circa quindici anni, che oggi fatica a stare nei limiti imposti dalla legge necessari a mantenere lo status di azienda. E' una struttura di ricovero di rilievo nazionale adibita a prestazioni altamente specialistiche, dotata di un reparto di emergenza e accettazione di secondo livello capace di rispondere ai bisogni sanitari in emergenza della popolazione dell'area di riferimento, in grado di ricoverare una percentuale definita di pazienti provenienti da regioni diverse da quella di appartenenza, che tratta pazienti ricoverati con un definito ed elevato indice di complessità e che funge da centro di riferimento per programmi di assistenza su base regionale e interregionale. L'azienda è organizzata secondo il modello dipartimentale, con un sistema di contabilità suddiviso per centri di costo, con 8 Dipartimenti all'interno dei quali sono compresi i Reparti di degenza, Day Hospital, Day Surgery e Ambulatori, il che

* Specialista in psicologia clinica, Dirigente Psicologa presso il Servizio Prevenzione e Protezione Rischi di un'Azienda Ospedaliera del Servizio Sanitario Nazionale

consente di poter offrire con maggiore efficacia un percorso diagnostico-terapeutico completo ai cittadini.

Trattandosi di un'azienda la cui missione è quella di fornire prestazioni sanitarie di elevata qualificazione, il contenuto altamente specialistico delle varie prestazioni cui fanno riferimento da un lato diverse professionalità e dall'altro diverse specificità di pazienti, può determinare con frequenza una frammentazione e un decentramento delle competenze e delle responsabilità gestionali.

In questo contesto il Servizio PPR si inserisce in una qualità di servizio trasversale che, insieme ad altri, eroga funzioni rivolte a tutte le unità operative dell'ospedale, ed è spesso chiamato a svolgere attività di raccordo rispetto alla trattazione di questioni che richiedono una forte competenza non solo tecnica ma anche consulenziale.

Utilizzo il termine consulenza per sottolineare l'assunzione di una specifica funzione, che va oltre quella svolta dal tecnico che sa di cosa il cliente ha bisogno, a prescindere dal rapporto con lui. Proporsi con una funzione di consulenza significa mettere a disposizione una competenza tecnica accompagnata da una competenza ad analizzare o a sollecitare una domanda e dal trovare risposte adeguate e soddisfacenti per il cliente. Il tecnico interviene mettendo in pratica quanto definito dalla sua competenza tecnica. Esiste una norma e va azzerato lo scarto da questa. Il consulente si attiva se c'è una domanda o se la vuole sollecitare. Per effettuare la diagnosi il tecnico chiede informazioni e poi interviene. Il consulente costruisce rapporti per capire il funzionamento di un contesto ed offrire categorie di lettura dello stesso.

Nello specifico, quando le problematiche sono lette non solo dal punto di vista tecnico, si nota che, pur nella loro varietà, sono accomunate dalla caratteristica di sottendere una carenza da parte dell'azienda nelle funzioni di gestione delle risorse umane, di sviluppo e di formazione del personale. Non essendoci un servizio che di fatto svolga tali attività, le domande inerenti questi aspetti vengono poste di volta in volta a diversi interlocutori, con il risultato che nessuno realmente assume una funzione consulenziale volta a trattare le questioni nella loro complessità. Ogni servizio si sente legittimato ad occuparsi solo della parte di propria competenza, perdendo di vista gli aspetti più generali della questione e vivendo l'impotenza dell'intrattabilità della domanda.

Le domande che arrivano e non arrivano al Servizio PPR parlano del modo con il quale è rappresentato il servizio: l'operatore chiede al Servizio PPR di tutelare la sua salute, alleandosi con lui contro una dirigenza che è solo orientata alla produzione; di contro, la dirigenza non chiede nulla al Servizio PPR, lasciando intendere che la salute e la sicurezza non abbiano a che fare con il processo produttivo.

Le risposte che il Servizio PPR fornisce sono culturalmente determinate dal modello medico prevalente di riferimento, per formazione più preparato a focalizzare l'attenzione su singole patologie che non ad analizzare le complesse relazioni tra chi lavora ed il contesto lavorativo di riferimento, valorialmente orientato a curare e assistere senza porre limiti al diritto dell'individuo alla salute. Il Servizio PPR vive la difficoltà di gestire un difficile equilibrio tra funzioni legali e assistenziali. Se si dimentica il contesto di riferimento si è soli di fronte al paziente ed alle sue pretese di tutela, con la possibilità di optare per l'offerta di un servizio che si schieri con il lavoratore erogando salute e sicurezza senza limiti, oppure per l'erogazione di un servizio che si schieri con il dirigente ed elargisca solo i benefit di salute e sicurezza previsti e circoscritti dall'azienda.

Anche le domande rivolte al servizio di psicologia rispondono a tale modalità relazionale. Per cogliere nello specifico il modello di organizzazione delle relazioni, ritengo utile fare un inciso su due tipologie di attività che il servizio di psicologia svolge nel Servizio PPR: il contributo dato alla sorveglianza sanitaria ed alla valutazione del rischio.

La sorveglianza sanitaria è il sistema di monitoraggio della salute degli operatori dell'Azienda Ospedaliera. Viene effettuata dal medico attraverso le visite sanitarie rivolte al personale, finalizzate ad accertare l'idoneità alla mansione e a verificare periodicamente la salute dei lavoratori. Il medico può avvalersi, per accertamenti diagnostici, della consulenza di specialisti. Una consulenza psicologica può essere necessaria qualora il medico ritenga utile approfondire problematiche di tale natura, individuate durante la visita.

La valutazione del rischio è invece uno strumento di pianificazione della prevenzione, realizzato sulla base del sistema di organizzazione aziendale. Rappresenta un punto di riferimento sia per l'individuazione e l'analisi dei rischi che per l'elaborazione di metodi per la verifica della efficacia ed efficienza nel tempo dei provvedimenti di sicurezza adottati. Dalla nascita del Servizio PPR fino al 2007 l'attività valutativa si limitava al rischio biologico, chimico, fisico e di movimentazione manuale dei carichi. La valutazione del rischio psicosociale è un'attività che il servizio di psicologia ha attivato recentemente. L'entrata in vigore del nuovo decreto legge sulla sicurezza (D.Lgs. 81/2008) rende infatti obbligatorio valutare, oltre agli altri rischi, anche il rischio psicosociale.

Inizialmente l'attività psicologica era più orientata verso l'area della sorveglianza sanitaria. A partire dal 2008 ha invece assunto importanza primaria la valutazione del rischio psicosociale. Tale cambiamento comporta una diversa proposta di servizio psicologico.

Nel tempo, il servizio psicologico erogato è stato modificato a partire da una verifica dell'attività effettuata. Si è riscontrato ad esempio che le consulenze psicologiche finalizzate all'accertamento dell'idoneità alla mansione rendono impossibile un lavoro psicologico di sospensione dell'azione e di utilizzo della relazione per esplorare i modelli di rapporto dell'operatore con il lavoro e l'ospedale. Infatti il servizio psicologico è vissuto (come quello medico), come una funzione ispettiva, di valutazione, controllo e tutela della salute dei singoli operatori. Trattando con il singolo operatore sganciato dal contesto lavorativo di riferimento, lo psicologo ha vissuto, come il Servizio PPR, la difficoltà di rispondere alle richieste (che talvolta diventano pretese) di tutela avanzate dal lavoratore. Ciò ha comportato da una parte l'erogazione di certificazioni di disagio psicologico utili ad evitare le condizioni lavorative che peggioravano il disagio stesso (ad es. i reparti "critici" e i turni notturni), dall'altra l'impossibilità di trattare le modalità relazionali disfunzionali operatore-contesto alla base delle difficoltà psicologiche incontrate. Volendo mettere da parte la questione dei limiti insiti nella valenza medico-legale attribuita alla consulenza, nei casi in cui a prevalere era il modello medico-assistenziale su quello ispettivo, la difficoltà è stata quella di definire i limiti dell'intervento. Senza obiettivi convenuti con il servizio e l'azienda, la richiesta di salute dell'operatore poteva essere illimitata e si traduceva, generosamente, in psicoterapie sine die oppure, parsimoniosamente, in consulenze psicologiche brevi. Una volta verificata l'impossibilità di un lavoro psicologico inserito nel contesto culturale dell'attività di sorveglianza sanitaria, è iniziata una riflessione volta ad individuare altri spazi di intervento possibili.

La valutazione del rischio psicosociale rappresenta attualmente l'attività sulla quale il servizio di psicologia sta investendo prevalentemente le proprie energie. Essa ha infatti il pregio di rappresentare un ottimo strumento di lavoro per promuovere le finalità del Servizio PPR.

Tale tipologia di intervento, che consente di assumere una funzione di consulenza organizzativa, si colloca infatti in una posizione diversa da quella occupata dall'attività medico-legale di sorveglianza sanitaria e può contribuire a sviluppare una proposta di servizi più ampia da parte del Servizio PPR nei confronti dell'azienda (servizi che possano andare al di là di prestazioni tecniche e dei semplici adempimenti di legge). Si tratta di uno strumento che, a partire dal rischio psicosociale inteso come discrepanza tra obiettivi e cultura, intende implementare il mandato istituzionale che vede la sicurezza come progetto di managerialità orientata ai clienti, sia interni che esterni, dell'ospedale. La valutazione, avvalendosi della metodologia psicosociale di ricerca-intervento che permette alle persone implicate nella ricerca di partecipare attivamente alla stessa, contribuisce a promuovere il passaggio dalla sicurezza, pretesa come tutela da parte della dirigenza, al prendersi cura attivamente della propria salute e sicurezza.

Il cambiamento della proposta di funzione psicologica nel Servizio PPR ha coinciso nel 2008 con l'attivazione della convenzione tra l'Azienda Ospedaliera e la Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Psicoanalitica.

In una fase iniziale, così come si stentava ad individuare risorse utili nelle attività di consulenza psicologica effettuate nell'ambito della sorveglianza sanitaria, era altrettanto difficile vedere un'utilità nell'attività di tirocinio. In questo frangente, la presenza della prima tirocinante ha contribuito ad attivare una riflessione sulle difficoltà e sulle prospettive che il servizio psicologico stava affrontando, a partire dall'attività svolta in rapporto al cliente più vicino: il Servizio PPR. La questione posta dalla tirocinante ("in che modo posso essere utile al servizio

psicologico?”) era la stessa che si stava ponendo la tutor (“in che modo posso essere utile al Servizio PPR e all’ospedale?). Porsi tale questione, declinata nella specifica attività di valutazione del rischio psicosociale, ha significato operativamente istaurare un confronto con il Servizio PPR volto a mettere in discussione le modalità valutative adempitive basate sull’utilizzo dei questionari tradizionali, che orientano lo studio sull’individuo e sono diretti ad individuare il disagio psicologico dell’operatore a prescindere dal rapporto tra questi e il suo contesto. Questo ha comportato l’assunzione di una funzione consulenziale a partire dal primo cliente della valutazione (il Servizio PPR stesso), supportando il Servizio nel trattare quelle difficoltà che sorgono tutte le volte che si mette in discussione una prassi, considerandola non un dato di fatto ma come un aspetto culturale, un patrimonio co-costruito dentro il contesto del rapporto Servizio PPR-Ospedale. Proprio lavorando sull’ovvietà è stato possibile rintracciare risorse. Proprio nel dire *“la prassi è questa, le valutazioni del rischio funzionano così, come Servizio PPR mi sono sempre pensato in questi rapporti, ma ora individuo limiti, incontro problemi e posso partire da queste ovvietà per avviare un mio sviluppo”*. Introdurre una metodologia di lavoro esplorativa, promuovere l’implicazione degli operatori nell’intervento, attivare domande è stato possibile a partire dalla messa in discussione della scontatezza che caratterizza l’atto dell’ottemperare ad una legge, la presunzione di “sapere di cosa l’ospedale ha bisogno” a prescindere dal rapporto con gli operatori.

In una seconda fase, con l’attivazione della valutazione del rischio psicosociale e l’ingresso di altre due tirocinanti, è iniziata un’attività molto impegnativa di analisi della domanda in 16 unità operative. La concentrazione era orientata ai singoli problemi portati dai dirigenti, dai coordinatori e dai gruppi intervistati. E’ stato difficile tenere l’attenzione sulla domanda portata dai clienti, sul rapporto tra loro e la nostra proposta di lavoro. La difficoltà a pensare la relazione quale unico criterio di lettura trasversale ci ha fatto correre il rischio di perdersi nell’esplorazione degli specifici problemi che ciascuna unità ha portato. Trattandosi di un’Azienda Ospedaliera ad “alta specializzazione”, il pericolo corso è stato quello di sommarci, quali tecnici esperti della metodologia di lavoro psicosociale, agli altri numerosi specialisti presenti nell’ospedale. In questa fase le tirocinanti si sono interrogate sulla difficoltà a riflettere in merito alle proprie modalità di rapporto con il servizio psicologico. La totale identificazione con il servizio psicologico le aveva infatti condotte a dimenticare la propria appartenenza ad una scuola di specializzazione. Il servizio psicologico aveva inoltre stabilito una simbiosi con i singoli reparti e unità operative, giungendo a perdere di vista in alcuni casi il Servizio PPR. Definire i confini dell’attività di tirocinio e recuperare i limiti stabiliti nel progetto iniziale e condivisi con il Servizio PPR è stato un processo utile a contenere l’attività di valutazione del rischio psicosociale. Lavorare prestando attenzione alla promozione dell’intervento e all’ascolto delle problematiche portate dalle diverse unità operative, ha portato all’attivazione di focus group produttivi e interessanti. Riflettere sulla difficoltà a “tenere le fila” del lavoro svolto ha evitato di vedere vanificato un grosso sforzo. Il servizio psicologico ha vissuto la stessa difficoltà che il Servizio PPR vive nel trattare problemi che richiedono una competenza consulenziale, questioni che richiedono un approccio di tipo non solo tecnico. E’ fondamentale quella competenza organizzativa che, ogni volta che lavoriamo, ci spinge a rispondere alla complessa domanda “chi fa cosa e per chi?”, ponendo l’attenzione sul rapporto tra servizio e domanda del cliente.

La disattenzione alla domanda del cliente è un sintomo che sta a indicare la presenza di rischio psicosociale, di conflitto tra cultura e obiettivi. Questo aspetto è emerso in tutte le unità operative con le quali si è lavorato. Trattarlo a partire dalla disattenzione vissuta dal consulente psicologo sta consentendo attualmente di costruire criteri orientanti la fase successiva di lavoro: l’analisi emozionale dei testi prodotti nei focus group. Questa attività è in corso d’opera e porterà a declinare in maniera più specifica i diversi modi con i quali le unità operative non sono orientate ai clienti. Contestualizzarli significherà anche renderli più trattabili di quanto sinora non abbiamo già fatto.

Dalla formazione all'intervento: i tirocini di specializzazione nei servizi psichiatrici di diagnosi e cura di Marco Sparvoli*, Salvatore Gibilisco**, Rossella Roselli**, Fiorella Bucci**, Santina Di Massimo***

Premessa

Questo contributo si inserisce all'interno dello scambio tra scuole di psicoterapia e servizi di salute mentale avviato dal convegno sul tirocinio nelle organizzazioni sanitarie e di salute mentale¹.

La questione su cui siamo al lavoro, e sulla quale proponiamo alcune prime considerazioni, è tirare le fila dell'esperienza di collaborazione che abbiamo fatto negli ultimi anni, come tutor dei tirocini e come tirocinanti di specializzazione presso un Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC)².

Vorremmo estrarre dall'esperienza una buona prassi, un metodo di lavoro replicabile e certamente migliorabile nel futuro. Presenteremo un'introduzione su alcuni snodi teorici dell'intervento psicologico nei servizi per la salute mentale che riteniamo interessanti per contestualizzare la funzione dei tirocini. A seguire, con accenni ad uno specifico caso clinico, parleremo delle variabili che dalla nostra esperienza stiamo capendo essere rilevanti per rendere competente e più efficace il rapporto tra le scuole, i tirocinanti ed il servizio, sia rispetto agli obiettivi formativi del tirocinio che agli obiettivi operativi del SPDC.

Modelli relazionali e contestuali nei Dipartimenti di Salute Mentale

I Dipartimenti di Salute Mentale (DSM) sono sistemi sociologicamente complessi: molte persone, molti pazienti, molte informazioni, piani relazionali paralleli sovrapposti e interferenti tra loro. Vengono trattati problemi non solo di natura psichiatrica, c'è un'interfaccia continua con la politica, con il management sanitario, con la polis. Vi è un incessante funzionamento di meccanismi a feedback che determina un continuo aggiustamento delle azioni, dei comportamenti e degli equilibri interni (Morin, 1993). In questa complessità organizzativa gli operatori psichiatrici pubblici, ma in particolare gli psicologi clinici, devono imparare a coniugare i concetti di emozionalità e di razionalità.

Il SPDC è, entro la rete dei servizi del DSM, uno dei luoghi in cui viene trattata la crisi psichiatrica. Poiché la crisi, dal nostro punto di vista, non è solo un evento individuale, ma piuttosto un evento sociale, concernente la relazione tra persone entro un contesto, è necessario intervenire anche con un modello psicologico centrato sulla relazione e non solo sulla persona. Secondo Eugenio Borgna (2000):

Non c'è psichiatria, dunque, che possa fare a meno di una psicologia considerata nella sua inesauribile significazione di disciplina che abbia ad analizzare e a descrivere, a isolare e a tematizzare, i fenomeni (i segni) che riemergono dal fluire ininterrotto della vita psichica. [...] Sottratta

* Dirigente psicologo, Servizio Psichiatrico per la Diagnosi e la Cura, Ospedale Carlo Forlanini, ASL RMD.

** Psicologi, allievi della Scuola di Specializzazione quadriennale in Psicoterapia Psicoanalitica di SPS (Studio di Psicosociologia), Roma.

¹ Nel mese di giugno 2009 si è tenuto, a Roma, il Convegno: "Il tirocinio nelle strutture sanitarie e di salute mentale" organizzato dalla Scuola di specializzazione quadriennale in "Psicoterapia psicoanalitica. Intervento psicologico clinico e analisi della domanda" di SPS (Studio di Psicosociologia). In proposito si veda Carli (2009), Bucci, Gibilisco & Roselli (2009).

² Per ulteriori approfondimenti si rimanda a Carli et al. (2009), Ducci & Polselli (2008).

alle sue fondazioni psicopatologiche la psichiatria si svuota fatalmente del suo statuto di scienza dialettica e di scienza umana, inaridendosi in modelli di conoscenza incentrati sulla tecnica e sulla "malattia", o desertificandosi in modelli pratici di discorso: banali e designificati.

Se il ricovero nel SPDC viene gestito con metodi miranti a valorizzare l'instaurarsi di una relazione e non solo come trattamento contenitivo, il paziente può sentire che l'inevitabile violenza connessa al ricovero stesso è un prezzo significativo da pagare per la nascita di una forma sia pure embrionale di relazione.

È ormai opinione condivisa dalla letteratura specialistica che la qualità della relazione sia uno degli strumenti terapeutici più efficaci nel produrre cambiamenti significativi nei pazienti. La relazione è quel mezzo, quello strumento necessario per veicolare emozioni, assetti clinici e tecniche terapeutiche in grado di determinare evoluzioni e trasformazioni. Per lo psicologo rappresenta quindi il tentativo di incontrare l'altro, di entrare nella sua territorialità, di riconoscerlo nella sua storia, nel suo dolore e nei suoi bisogni. L'obiettivo è quello di cercare storie e non sintomi, di incontrare uomini e non malattie (Sparvoli & Di Massimo, 2006).

Questa intenzione clinica, faticosa e considerata da alcuni decadente, risulta invece assolutamente competente per poter pensare l'altro, coniugando l'analisi di realtà, i vissuti personali e le emozioni, anche di tipo controtransferale, che si attivano nell'incontro.

Specie nelle fasi di acuzie l'incontro è il prodromo di un rapporto, che può diventare "metafora e laboratorio" di rapporti altri. Può così essere riattivata, già nei momenti di crisi, una lettura personale e transgenerazionale che permette una ri-storicizzazione del paziente (Sparvoli & Di Massimo, 2006). Sappiamo bene che più i pazienti sono gravi, meno conoscono la propria storia personale e quella della loro famiglia (Pontalti, 2000). Questo compito, che abbiamo definito di archeo-antropologia (Sparvoli & Di Massimo, 2006), non si limita alla mera cronologia di fatti ed avvenimenti, ma si interseca e si vincola strettamente ai vissuti personali, familiari e sociali. Tali vissuti sono iscritti nella memoria esistenziale del paziente e ne influenzano gli attuali comportamenti.

Nei contesti psichiatrici tale complessità teorica e metodologica va resa immediatamente fruibile dal paziente, va tradotta in un agire elementare, semplice, scevro da ambiguità, chiaro, facilmente riconoscibile, difficilmente equivocabile.

Il modello di intervento dello psicologo nei SPDC è in genere attivo/attento, i tempi ristretti del ricovero determinano interventi intensivi a volte molto sollecitanti per il paziente. Va fatta molta attenzione a non entrare in simmetria (corto circuito psicologico, in cui si raggiunge un territorio psichico e di organizzazione della mente non suscettibile di elaborazione). Lo psicologo deve riuscire a realizzare il paradosso di sospendere l'azione, continuamente sollecitata dai molti eventi che accadono in reparto, come reazioni che la crisi del paziente attiva, per poter pensare il paziente nell'intervento (non dopo ma durante).

Le condizioni necessarie per realizzare una buona relazione sono iscritte nelle regole del setting terapeutico. Ciò è certamente più semplice nei setting di cura privati, nei quali il rapporto di committenza e di prestazione viene definito, con sufficiente chiarezza, tra terapeuta e paziente. Al massimo, può essere coinvolta nella formulazione del contratto terapeutico la famiglia del paziente. Ma anche questo coinvolgimento avviene dentro un codice di lettura epistemologico delle situazioni cliniche da parte del professionista. L'adesione del paziente, ed eventualmente della sua famiglia, alle regole del setting definisce un contratto teoricamente semplice. Le variabili che organizzano il setting di cura sono poche, ed è compito del professionista tenerle sotto controllo.

Nei servizi psichiatrici pubblici la situazione è ben diversa. Il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) istituzionalmente è tenuto a farsi carico di tutta l'utenza che si rivolge ai diversi servizi che articolano i DSM. I setting di intervento risentono di una forte variabilità sia legata alla domanda che all'integrazione tra le componenti professionali che caratterizzano i servizi.

Ciò ha comportato e comporta una continua revisione dei paradigmi clinici di assistenza e cura. In questo senso divengono altrettanto fondamentali oltre alle pratiche cliniche, i contesti nei quali la "cura" viene praticata. Si determinano così, come oggetti di studio non

solo il prodotto finale dell'esistenza dell'organizzazione stessa, nel nostro caso la salute mentale, ma altri campi del sapere.

Quando lo psicologo lavora all'interno di un'organizzazione, non può tenerla fuori dal suo setting di intervento. Ne agisce, invece, più o meno consapevolmente, la "cultura locale" e le fantasie che la simbolizzano e la rappresentano. Se lo psicologo non è in grado di leggere la cultura locale alla quale partecipa, può trovarsi senza altri strumenti se non quelli permessi dalla tecnicità. Diviene, quindi, fondamentale per lo psicologo avere una formazione sulla competenza organizzativa. La competenza organizzativa, secondo Carli, è la capacità di una persona di leggere il contesto in cui si trova, e di collocarsi utilmente, realisticamente al suo interno. Una competenza a prima vista ovvia, alla portata di molti se non di tutti. Le cose non stanno così, la lettura competente del contesto è difficile, perché comporta un pensiero emozionato su di esso (Carli & Panizza, 2005).

Vincoli tra formazione ed intervento

Nei DSM, ed in particolare nei servizi di emergenza (SPDC), il lavoro è reso complesso da un lato dal mandato istituzionale di intervenire sulla crisi, dall'altro dal faticoso sforzo di convergenza di diverse azioni professionali, psichiatrica, psicologica, sociale e infermieristica, per il perseguimento di obiettivi condivisi dell'intervento.

Nella fase istitutiva dei tirocini il problema formativo che si pone al tirocinante è conoscere le regole, i vincoli istituzionali del servizio, la cultura locale, la sua storia; quell'insieme di vincoli che agli operatori strutturati spesso sembrano limiti dati e invalicabili, non implicanti la necessità di un continuo pensiero su.

I servizi sono sempre più costruiti su protocolli e tecniche di intervento. Tali percorsi rischiano di determinare scissioni profonde tra aspetti clinici e organizzativi; l'utilizzo dei protocolli, incentrati su un principio economico tipico del lavoro aziendale, finalizzati ad orientare e ottimizzare il lavoro del servizio, rischiano di diventare "cose fatte" predeterminate, ovvero che prescindono dalla specificità di ogni individuo, dalla storia della persona.

La componente di estraneità degli specializzandi diventa utilmente problema/risorsa, nella misura in cui è in grado di riavviare processi di pensiero sulla quotidianità del lavoro nei servizi.

Presentiamo ora un caso in cui la collaborazione tra un tirocinante specializzando nel SPDC e lo psicologo tutor ha prodotto risorse, utili per un'evoluzione della problematica e delle competenze del paziente e utili al reparto per svolgere un'azione di cura soddisfacente.

Spesso nei servizi di salute mentale si parla di limitatezza delle risorse, come causa principale del malfunzionamento dei servizi e della frustrazione degli operatori. Noi vorremmo proporre un rovesciamento del senso comune che si assegna all'espressione risorse limitate. Le risorse non sono limitate nel senso di scarse, ma sono esse stesse limiti. L'aggettivo limitate qualifica l'essenza dell'oggetto. Le risorse sono limiti. Limiti che, laddove li ammettessimo, ci solleciterebbero a pensare al senso e ai risultati del lavoro che si fa nei servizi, poste le risorse disponibili. Pensiamo che l'insufficienza di risorse che si sente nei servizi sia l'indicatore di un'incompetenza delle relazioni organizzative a generare pensiero sulle azioni e sulle prassi che si compiono. Nel caso che presentiamo, le diverse figure professionali coinvolte, sono riuscite a condividere dei setting di lavoro che si immaginavano utili per il paziente e praticabili nel reparto ed entro quei setting hanno via via verificato i risultati che si stavano raggiungendo.

La costruzione di setting psicoterapeutici nel SPDC: il problema del tempo. Un caso

Franco è un uomo di circa quarant'anni che viene ricoverato in SPDC, in seguito all'assunzione di una dose impropria, come recita il referto del pronto soccorso, di benzodiazepine. Prima di perder coscienza, Franco telefona alla psichiatra del Centro di Salute Mentale (CSM), presso il quale è in

cura da alcuni anni, al suo psicoterapeuta e al fratello maggiore. La psichiatra chiama il 118 che in breve tempo porta Franco al pronto soccorso. Da qui, a seguito di una consulenza psichiatrica, si decide con lui un ricovero volontario.

I primi venti giorni di ricovero Franco li passa quasi invariabilmente a letto, indolentemente. Entro l'equipe, concordando fra psicologi strutturati e specializzandi, decidiamo di proporre al paziente alcuni colloqui, con l'obiettivo di raccogliere dettagliatamente la sua storia personale e familiare. Pensiamo che una depressione come quella di Franco sia una presenza granitica, riflettiamo dunque su quanto possa essere più utile lasciar perdere come oggetto di interesse l'ideazione suicidaria, di non poterla aggredire perché monolitica. Decidiamo di concentrare gli sforzi esplorativi nella direzione della storia familiare e sul fatto che Franco sembra avere delle risorse, delle possibilità. In effetti nell'equipe del reparto molti sembrano convinti di questa latenza di risorse.

Pensiamo così di proporre a Franco un ciclo di colloqui con cadenza settimanale, così da accompagnare l'esperienza di ricovero fino al momento delle dimissioni. Ci accordiamo affinché sia uno specializzando ad occuparsi dell'intervento.

La storia di Franco è una storia densa di eventi traumatici, di lutti, disagi economici, di lunghe permanenze entro orfanotrofi, collegi, istituti pubblici. Franco ha un fratello di poco maggiore, con una diagnosi di schizofrenia, con il quale vive in un piccolo appartamento nella periferia romana, e di cui, dopo la morte della madre avvenuta circa due anni fa, si prende quasi esclusivamente cura. Gli altri tre fratelli, in un certo senso gli hanno delegato questo compito. Ciò che colpisce in questi primi colloqui, dove con il pretesto di ricostruire questa storia, proviamo a costruire col paziente una relazione di apertura, di presa in carico, di ascolto, è l'attenzione, la puntualità, la ricchezza di dettagli con la quale il signor Franco si dedica a questo lavoro.

Crediamo che questa sia la questione centrale di questo intervento.

Il signor Franco si presentava come senza speranze. Appiattito su una dimensione di immutabile ed eterna disperazione. Il lavoro psicologico in questo caso ha contribuito alla reintroduzione di un criterio temporale per descrivere l'esistenza. Abbiamo lavorato col paziente a ridare una cornice temporale all'esperienza entro la quale potevamo lanciarcisi nell'esplorazione del passato, del presente e del futuro. Il futuro inteso come ricerca delle risorse da mettere in gioco uscendo dal reparto. Crediamo che il lavoro fatto con Franco sia stato un lavoro di costruzione e manutenzione di un setting ove potesse emergere da parte del paziente una domanda di lavoro psicologico, meno appiattita sulla dimensione psichiatrica del suo disagio. Insomma meno aderente al suo interpretarsi come depresso cronico. Il paziente terrà a mente e organizzerà per certi versi una parte della sua esperienza di ricovero, in ordine a questo lavoro.

Si ricorderà gli appuntamenti con lo psicologo, li ricorderà al resto dell'equipe medica, aggiornandola sul lavoro che si stava facendo. Si farà mettere da parte il cibo per fare un colloquio che era stato programmato in parziale corrispondenza dell'ora del pranzo. Insomma ci terrà a esserci e a "difendere" gli incontri dall'indolenza che caratterizza certe dimensioni dell'esperienza di ricovero entro un SPDC.

Il progetto con il signor Franco è stato quello di provare a riattivare delle risorse, aiutarlo a comprendere cosa gli stesse capitando, in relazione agli eventi accaduti. Il momento che stava vivendo. Abbiamo lavorato insieme alla contestualizzazione temporale delle sue emozioni. L'obiettivo era di dargli uno spazio dove potessero essere presi sul serio, non solo le sue manifestazioni psichiatriche, ma anche le sue passioni, i dettagli marginali, le increspature della sua storia di vita.

Riflessioni conclusive

Ora, come spesso accade, nei resoconti clinici si propongono situazioni che hanno avuto un buon esito. Ma il nostro obiettivo non è tanto quello di raccontare il processo di uno snodo psicologico, a nostro parere ben trattato, ma piuttosto di riflettere su come sia difficile la pensabilità in psichiatria ed in particolare in un servizio che si occupa di emergenza e di crisi. Questo caso ci ha permesso di riflettere e costruire un modello di intervento che ci ha consentito di utilizzare nel modo migliore il valore terapeutico del ricovero.

La possibilità di disarticolare il percorso terapeutico dalle vicende istituzionali della durata del ricovero è fondamentale. Occorre qui ricordare che i ricoveri tendono ad essere molto brevi e questo per limitare gli effetti cronificanti che possono determinare, e che il prolungamento degli stessi incontra resistenze di vario tipo amministrative, economiche e di efficienza del servizio. Per cui, la proposta di "tenere qualcuno" è possibile se si è

individuato uno snodo psicologico che può essere affrontato in un regime di ricovero. Nel caso descritto, il ricovero durato molto, è stato caratterizzato da una prima fase in cui il paziente viveva ritirato, chiuso nel letto a rimuginare su tematiche di tipo catastrofico, avviluppato su colpe e mancanza di speranze. In questa dimensione depressiva sono trascorsi diversi giorni, il paziente tuttavia lasciava trasparire un mondo interno ricco e pieno di risorse, ma non c'era verso di "stanzarlo dal letto" e di farlo partecipare alle attività che si svolgevano in reparto. Il suo comportamento rendeva impotenti gli interventi, metteva in scacco, grazie ad un condotta formalmente ineccepibile (veniva in visita, assumeva la terapia, mangiava nel refettorio con gli altri pazienti e manteneva una discreta cura dell'igiene personale) qualsiasi intervento psicologico. Franco diceva in visita che "per lui non c'era più niente da fare, il treno era perso", e si preparava ad un'infinita "aspettativa" dal lavoro e ad una sospensione di responsabilità individuali e sociali (per cui non se la sentiva di uscire dal reparto). Solo, disperato e senza speranze, l'anima stropicciata, il cuore polveroso, questa era la dimensione esistenziale di Franco in quel momento.

In questi casi una buona strategia ci è sembrata poter essere quella dell'attesa. Lasciarlo un po', e al contempo impedirci come operatori di sentirci strangolati dal senso dell'urgenza del tempo da un lato e dall'impotenza terapeutica dall'altro. Lui continuava a dire che niente aveva più senso e che la cosa migliore sarebbe stata quella di farla finita. In quel momento era utile accogliere quelle parti fragili e dolenti. Nel corso dei giorni lentamente, come ci auguravamo, sono emersi anche altri aspetti molto più vitali e creativi. Aveva anche iniziato, sempre molto timidamente, a partecipare ad alcuni gruppi terapeutici in reparto. Abbiamo conosciuto la sua compagna e una sorella. Siamo anche andati al bar. Il primo obiettivo era raggiunto, farlo uscire dal letto. Ora cominciava il difficile: progettare con il paziente un percorso terapeutico da effettuare durante il ricovero.

Abbiamo così pensato di attivare dei colloqui psicologici con una cadenza di tre volte a settimana con il compito di ripercorrere non solo le vicende relative all'ultimo periodo della vita del paziente, ma riguardanti piuttosto l'intera storia di vita dello stesso. Questa dimensione clinica narratologica, poteva nelle nostre intenzioni desaturare il campo psichico del paziente nonché permettere una ricostruzione che individuasse non solo perdite ma anche risorse.

Determinato l'obiettivo il passo successivo è stato quello di considerare le risorse professionali attivabili in reparto per questo progetto. Per il lavoro con il paziente è stato individuato uno specializzando che condivideva il progetto, era genuinamente interessato alle vicende di Franco, poteva flessibilmente rispettare la cadenza degli incontri. L'altro aspetto riguardava la condivisione con l'équipe curante, che doveva garantire lo spazio non solo fisico ma soprattutto il tempo per consentire l'intervento. Il lavoro non ha fortunatamente incontrato resistenze ambientali ed istituzionali. La bontà dell'intervento proposto abbiamo potuto rilevarla in modo decisivo dopo pochi giorni, quando incontrando Franco nel reparto ci ha ricordato lui stesso la data dell'appuntamento con il collega specializzando. Le categorie del tempo e dello spazio erano riuscite a ridelinearsi all'interno della sua esistenza. Le cose avevano ripreso ad avere senso e il senso era il luogo e il momento in cui lui poteva esistere in modo competente. Durante la crisi, la ferita maggiore è quella riguardante la competenza, l'individuo scivola indietro come su una pietraia, il vissuto prevalente è quello di perdita. Si perde qualcosa e questo è catastrofico. Il nostro modello sociale prima ancora che clinico non tollera, non sopporta le perdite e le sconfitte. La crisi ed il ricovero sembrano essere imprigionate in queste dimensioni sterili e colpevolizzanti. Dovremmo invece riscoprire la grande valenza terapeutica dell'ospitalità (matrice linguistica di ospedale) dell'accoglienza e delle competenze. Saremmo tenuti a stare attenti a quello che resta e non a quello che si è perduto (ripensare alla clinica riabilitativa). Allora se questo diventa un vertice clinico praticabile, ben vengano giovani ed entusiasti specializzando che già con la loro semplice presenza destrutturano campi saturi. Certo non basta il solo entusiasmo, la necessità dell'irrompere di nuovi modelli e di nuovi pensieri è fondamentale per cortocircuitare il modello dell'autoreferenzialità che organizza il più delle volte il funzionamento dei servizi. Lo specializzando può così assumere una funzione clinica importante e rappresentare un "grimaldello" per aprire cerniere arrugginite e cigolanti. Come dicevamo all'inizio però non basta buttarli "nell'arena" e confidare in una sorta di darwiniana

sopravvivenza. E' piuttosto la definizione di un obiettivo chiaro, semplice, realizzabile e condiviso che può rendere gli interventi efficaci. A quel punto il luogo perde la simbolizzazione reclusiva che spesse volte lo caratterizza ma diviene spazio protetto e laboratorio per fare esperienza di sé. Il paziente non è più spaventato e può accedere, in modo molto più intensivo di qualsiasi altro setting di cura istituzionale, alle sue parti dolenti e fragili. La possibilità di fare con lui un lavoro coerente quotidianamente diviene ricchezza e gli specializzandi risorsa.

Bibliografia

Borgna, E. (2000). C'è ancora un senso nella psicopatologia? *Psychomedia. Telematic Review*. Sezione: Modelli e ricerche in psichiatria. Area: Psicopatologia, 1 settembre 2000.

Bucci, F., Gibilisco, S. & Roselli, R. (2009). Il tirocinio nel SPDC. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1.

Carli, R. (2009). Il tirocinio nelle strutture sanitarie e di salute mentale. Relazione introduttiva. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1.

Carli, R., Giovagnoli, F., Paniccia, R.M., Bucci, F., Dolcetti, F., De Berardinis, D. et al. (2008). Servizi psichiatrici per la diagnosi e la cura (SPDC) del Lazio: cultura locale e indicatori di sviluppo. *Rivista di Psicologia Clinica*, Supplemento al numero 3.

Carli, R., & Paniccia, R.M. (2005). *Casi clinici: Il resoconto in psicologia clinica*. Bologna: Il Mulino.

Ducci, G. & Polselli, G.M. (2008). SPDC del Lazio: aspetti istituzionali ed epidemiologici. In M. Sparvoli & S. Di Massimo (Eds.), *La psicologia nella crisi psichiatrica* (pp. 1-12). Roma: Alpes.

Pontalti, C. (2000). Comunicazione personale.

Sparvoli, M. & Di Massimo, S. (2006). *Lo psicologo nel SPDC. Attività e modelli di intervento nel Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura*. Roma: Alpes.

La relazione di tirocinio tra fantasia e realtà

di Daniela De Berardinis*, Tiziana Ragni Raimondi*, Simona Sacchi**, Grazia Stocchino**

Premessa

Il presente lavoro nasce dalla riflessione sull'esperienza di tirocinio condivisa tra le tutor dell'Unità Operativa di Psicologia clinica e due allieve del Corso di Specializzazione in Psicoterapia Psicoanalitica di SPS.

Il tirocinio è un momento d'incontro tra mondo della formazione e mondo del lavoro e pone problemi con cui confrontarsi a molteplici livelli. La costruzione dell'identità professionale, come integrazione delle conoscenze espresse in un saper fare coniugato al saper essere e i processi organizzativi, all'interno dei quali si esprime la domanda d'intervento rivolta agli psicologi, costituiscono, a nostro avviso, il focus che ogni agenzia formativa dovrebbe tenere presente.

Alla luce di queste considerazioni ci sembra necessario pensare e costruire un circuito dell'area formativa che attiene alle scuole di formazione in psicoterapia e dell'area formativa che attiene ai Servizi del Sistema Sanitario Nazionale, sedi privilegiate di tirocinio per gli psicologi che intendono formarsi alla psicoterapia.

In questo senso pensiamo che le Scuole e i Servizi siano due agenzie formative per lo sviluppo della professione psicoterapeutica.

Tratteremo dell'esperienza di tirocinio condivisa tra tutor, tirocinanti, modelli formativi, contesto di lavoro, tematiche queste, dibattute e affrontate nel convegno di giugno 2009: "Il tirocinio di specializzazione in psicoterapia nelle organizzazioni sanitarie e di salute mentale" ¹.

Modello organizzativo dell'U.O. Semplice di Psicologia Clinica

L'Unità Operativa di Psicologia Clinica dell'Ospedale Generale "San Giovanni Calibita" Fatebenefratelli dell'Isola Tiberina di Roma, è sede di tirocinio dal 1991 per gli psicologi allievi delle scuole di specializzazione universitarie e private riconosciute dal MIUR.

Uno sguardo al modello organizzativo che gli psicologi dell'U.O. hanno costruito, sembra necessario per contestualizzare l'esperienza di tirocinio e sviluppare il tema della formazione alla professione di psicoterapeuta.

Crediamo che l'agire professionale non possa prescindere da una riflessione su tale modello, che sta in rapporto all'organizzazione ospedaliera.

Nel processo di articolazione di un modello organizzativo per il lavoro psicologico/psicoterapeutico abbiamo dovuto affrontare, nel tempo, il complesso rapporto tra scienze mediche e scienze psicologiche.

Nell'istituire ambiti di lavoro congiunto tra medici e psicologi, ci siamo dovuti confrontare ad esempio con un particolare simbolismo attribuito al nostro lavoro: il *plus valore* o valore aggiunto alla professione medica.

Il recupero della specificità dell'intervento psicologico ha richiesto un passaggio dalla logica consulenziale, cioè della richiesta di intervento psicologico dei sanitari sui pazienti (che rimandava alla frammentazione e parcellizzazione del corpo umano così come degli

* Psicologhe U.O.P.C Ospedale Fatebenefratelli S.Giovanni Calibita;

** Psicologhe specializzande del Corso Quadriennale di Psicoterapia Psicoanalitica, intervento clinico e analisi della domanda, Roma.

¹ Il convegno è stato organizzato dalla Scuola di Psicoterapia Psicoanalitica di SPS. Si vedano i contributi sul tema "Il tirocinio nelle strutture sanitarie e di salute mentale" comparsi sul n. 1/2009 della Rivista di Psicologia Clinica (<http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>).

interventi), alla logica di intervento nei dipartimenti, nell'intento di costruire un approccio alla persona malata, condiviso con le diverse figure professionali.

Un ulteriore passaggio a cui stiamo lavorando e che ci sembra più in sintonia con il concetto di Unità Operativa con funzioni trasversali, è quello della definizione di percorsi di salute dei pazienti e della organizzazione delle attività in centri (Accoglienza, Adolescenti, Psicoterapia, Laboratorio di studi cognitivi ...).

Modello formativo

Le trasformazioni organizzative hanno inevitabilmente interessato anche il settore della formazione degli psicologi.

Si è passati da un modello di formazione, che possiamo definire di adesione ed imitazione, ad un modello di sperimentazione orientata all'assunzione di responsabilità professionale.

Nel primo caso il tirocinante affiancava il tutor nelle sue attività specifiche di reparto e ambulatorio, sostenendo le fantasie per il tutor di *avere un aiuto* nel suo lavoro e per il tirocinante l'idea di una professione psicologica identificata con il luogo dove era svolta (lo psicologo della rianimazione, della neonatologia, della neurologia, dell'ambulatorio dell'adolescenza...).

Nel secondo caso, i tirocinanti sono stati inseriti in équipe di progetto, messi nella condizione di sperimentare il lavoro con colleghi specializzandi provenienti da scuole di formazione di diverso approccio teorico, con i medici e gli infermieri dei reparti. In questo assetto la relazione con il tutor oscilla continuamente tra dimensioni individuali e gruppali privilegiando la condivisione rispetto all'imitazione.

Il processo formativo si articola in un primo momento di conoscenza, in cui il tirocinante segnalato dalla scuola di formazione, effettua un colloquio di orientamento e riflette su una situazione clinica insieme allo psicologo dell'U.O., responsabile della formazione.

Preso visione del regolamento sulla frequenza e del progetto formativo, monitorato con un colloquio ogni sei mesi e al termine del periodo di tirocinio, lo specializzando inizia il suo percorso.

Le dimensioni della professione monitorate del progetto formativo sono:

- *l'inserimento nel contesto professionale*, inteso come sviluppo delle capacità di comprensione del contesto organizzativo e d'inserimento nel gruppo di lavoro (équipe degli psicologi, équipe multidisciplinari);
- *l'autonomia professionale*, intesa come sviluppo delle capacità di scegliere interventi psicologici adeguati alla domanda;
- *la responsabilità*, intesa come sviluppo della consapevolezza della propria responsabilità umana e professionale nelle scelte d'intervento e nei modelli di verifica;
- *l'acquisizione e/o consolidamento di competenze professionali*, inteso come acquisizione dei modelli psicologici d'intervento nel contesto ospedaliero;
- *la promozione d'iniziativa*, intesa come sviluppo delle capacità progettuali.

Queste aree ci sembrano fondamentali in una formazione attenta alla costruzione di un'identità professionale coerente con una crescita non scissa tra competenza e percorso personale e tra diverse agenzie formative.

Il rapporto tra tutor e tirocinante: riscoprire l'utile sensatezza dei limiti di realtà.

Abbiamo detto che il tirocinio è utile per l'allievo specializzando che incontra, mentre si sta formando ad un metodo di lavoro, un contesto nel quale apprende dall'esperienza e mette a verifica la costruzione della competenza psicoterapeutica. Dunque può riflettere sul proprio lavoro mentre lo fa. Il tirocinio così inteso apre all'elaborazione di un'identità professionale che comprende la riflessione costante su metodo, obiettivi e prodotti della formazione.

Il tirocinio permette allo specializzando una verifica della scelta del percorso formativo, del modello teorico e di intervento che approfondisce e della spendibilità di questo nei contesti professionali.

Crediamo che il tirocinante diventi risorsa per il servizio quando si assuma una *funzione meta* sulla propria esperienza, formativa e professionale; quando possa pensarsi in una relazione clinica, individuare interlocutori e domande e costruire setting di intervento psicologico.

Proviamo ora a descrivere le rappresentazioni sulla relazione tra tirocinante e tutor che hanno attraversato l'esperienza di tirocinio, utilizzando la categoria *visibilità/invisibilità*. Usiamo questa categoria avendo a mente il costrutto di *estraneità*, che propone l'individuazione dell'altro come interlocutore da conoscere, facendo incontrare le fantasie con gli elementi di realtà proposti.

Il costrutto dell'estraneità si declina con la possibilità di pensare che il tutor sia un committente del tirocinio, di pensare cioè alle sue proposte di lavoro al tirocinante, in relazione al mandato sociale e agli obiettivi del servizio in cui lavora.

Crediamo che questo sia stato possibile soprattutto a partire dalle riunioni di équipe e nei due briefing settimanali che si svolgono nel servizio, spazi nei quali tirocinanti, tutor e le altre psicologhe strutturate, possono confrontarsi. Una riflessione sull'utilizzo di queste riunioni come situazioni cliniche sembra una via per lo sviluppo della relazione tra tutor e tirocinanti dentro l'Unità Operativa.

Non è stato immediato, riconoscere e trattare sul piano emozionale questa evidenza, dentro il tirocinio in ospedale; qui le dimensioni del potere e della dipendenza affiliativa organizzano una cultura condivisa nelle relazioni tra medici e pazienti, ma anche tra gli operatori. Pensiamo che sia stato possibile recuperare una posizione di estraneità nella relazione tra tutor, tirocinanti e servizio, nel momento in cui sono stati riportati argini temporali e di progettualità².

*La funzione psicologica e la funzione tirocinante: la resocontazione*³

Pensiamo che il resoconto sia uno strumento di lavoro dello psicoterapeuta e anche un metodo di intervento che, attraverso la sospensione dell'agito e l'utilizzazione di categorie psicologiche cliniche, si ponga l'obiettivo di costruire senso, con chi partecipa all'esperienza. Questa competenza e il suo utilizzo, ci sembra molto utile da sviluppare per lo psicologo in ospedale; ci rappresentiamo questo contesto come caratterizzato dal susseguirsi di situazioni che sembrano assecondare la tendenza ad agire le emozioni, anziché pensarle.

² "La seconda caratteristica del tirocinio, apparentemente ovvia, è la provvisorietà reversibile dell'esperienza. Una riflessione al proposito; quando manca la committenza della scuola, il tirocinio può essere banalizzato nella ricerca di situazioni psicoterapeutiche coerenti con la tecnica di riferimento o, in alcuni casi, nel disinteresse per l'esperienza. Ma nel tirocinio si possono anche strutturare appartenenze profonde, impegnate emozionalmente e operativamente nel servizio; appartenenze che comportano un'identificazione con il ruolo svolto nel tirocinio; sino alla confusione, nel lavoro svolto, tra ruolo di tirocinante e appartenenza al servizio. Si tratta di un processo difensivo problematico, in quanto fondato su dinamiche "come se": si fa "come se" l'appartenenza alla scuola e ai suoi obiettivi d'apprendimento non ci fosse; al contempo si fa "come se" si appartenesse al servizio, senza peraltro quel ruolo che deriva soltanto da un'appartenenza reale." (Carli, 2009).

³ Si vedano in proposito i contributi delle "Giornate sulla resocontazione come metodo d'intervento in psicologia clinica" (maggio 2008) con i contributi di Paniccia, Freda, Carli, Venuleo, Giovagnoli, Glejises, Cordella, Margherita, pubblicati sul n. 2/2008 della Rivista di psicologia clinica; con i contributi di Gentiloni, Padiglione e Paniccia, Giovagnoli pubblicati sul n. 3/2008 della stessa rivista (<http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>).

Prendiamo ad esempio la dimensione dell'urgenza che caratterizza l'intervento medico, questo è il caso in cui il rapporto inscritto in una ritualità ripetitiva e con un basso tasso di variabilità, sostiene la percezione di una maggiore efficacia dell'intervento.

Tale aspetto permea e caratterizza fortemente la cultura medica ospedaliera e organizza le relazioni. In questo contesto un aspetto centrale del lavoro dello psicologo è rintracciabile nell'individuare aree di competenza specifiche della psicologia, non declinabili con la categoria medica della cura.

Pensare alla domanda dell'interlocutore, non inscrivendola scontatamente dentro il mandato dell'ospedale, sembra un primo prodotto del tirocinio che si è reso evidente nell'aver individuato, in altre relazioni, oltre che in quella con i pazienti, la possibilità di un intervento psicologico, inteso come pensiero sulla relazione.

Facciamo un esempio: la responsabile dell'Unità Operativa propone ad una tirocinante di partecipare ad una riunione con gli psicologi che collaborano con il reparto di Terapia Intensiva Neonatale (T.I.N.). La collaborazione degli psicologi con questo reparto si declina in varie attività sviluppate nel tempo, a partire dalla domanda degli infermieri di uno spazio per riflettere sul proprio lavoro: gruppi di formazione per l'équipe infermieristica, gruppi con i genitori per riflettere sull'esperienza del ricovero dei figli neonati, la partecipazione ai briefing con l'équipe multidisciplinare del reparto e l'accoglienza della domanda dei genitori durante l'allattamento.

Il gruppo di lavoro degli psicologi (composto da 4 specializzandi, 1 psicologa borsista, 1 psicologa consulente, con funzione di coordinatrice dell'équipe, 1 psicologa strutturata con funzione di responsabile dell'équipe) si riunisce per riflettere su una criticità emersa in rapporto al reparto con il quale collabora; questa criticità sembra in primo luogo avere a che fare con il rapporto degli psicologi con le infermiere e le mamme.

Pochi giorni prima la responsabile dell'équipe degli psicologi e la caposala della T.I.N. decidono di comune accordo, dopo alcuni eventi problematici, di interrompere il servizio di *accoglienza* rivolto ai genitori dei bambini ricoverati.

L'evento critico sembra racchiuso in una frase che un'infermiera dice ad una delle psicologhe, riportando la dichiarazione della mamma di un bambino ricoverato: *gli psicologi sono sentiti intrusivi e quindi non graditi*.

Il reparto si trova a gestire in quegli stessi giorni l'emergenza del contagio di una malattia virale, tra alcuni neonati prematuri ricoverati.

Il reparto di Terapia intensiva culturalmente organizzato come un reparto chiuso, sembra aver utilizzato anche l'emergenza del contagio, per espellere l'intruso.

La tirocinante, che ha da poco iniziato il tirocinio nel servizio, partecipa alla riunione interessata a conoscere le attività portate avanti nei reparti dall'Unità di Psicologia.

La riunione si apre con l'obiettivo di riflettere sul servizio di accoglienza nel reparto di T.I.N. e sui suoi cambiamenti nel tempo, ma la fantasia, che non viene sufficientemente esplorata entro l'équipe, è quella di essere stati espulsi dal reparto, perché inadeguati, per decisione presa dalla responsabile e dalla caposala.

La coordinatrice dell'équipe parla di come il servizio di accoglienza sia stato inizialmente pensato come un momento di *osservazione partecipante* della relazione madre -bambino, in cui cogliere quegli aspetti di criticità, in un momento di intimità spesso carico di angoscia per le gravi condizioni di salute dei neonati.

Gli psicologi raccontano di avere utilizzato questa situazione per presentarsi alle madri, sperimentando, in alcuni casi, vissuti di intrusività e inadeguatezza.

Durante tutto l'incontro la tirocinante ascolta senza intervenire, ma vive questa emozione di inadeguatezza, anche lei si sente un'intrusa, avendo concordato solo con la responsabile e non condiviso con i colleghi, la sua presenza alla riunione.

L'utilizzo di questo vissuto, come indizio per esplorare la relazione che si sta costruendo tra la tirocinante e l'équipe, ma anche tra le altre tirocinanti e la responsabile, in rapporto al lavoro di *accoglienza* nel reparto, avrebbe permesso, se utilizzata, di pensare alle dinamiche dei rapporti tra Unità Operativa di Psicologia e reparto di TIN.

Un parallelismo interessante è sulla funzione di accoglienza. L'accordo che la nuova tirocinante ha preso con la responsabile, nel partecipare alla riunione, assunto come mandato, non è *bastato* per definire una sua funzione dentro la riunione con le colleghe, così come non era bastato per definire una funzione delle psicologhe nel reparto.

In questo caso, gli accordi presi dalla responsabile con il primario e la caposala, premessa indispensabile per poter lavorare nel reparto, sono stati agiti dagli psicologi nei rapporti con le infermiere e con le madri, con le quali sembra difficile istituire una relazione, in cui poter cogliere una domanda e in cui concordare funzioni e obiettivi specifici di quel rapporto.

Dopo questo incontro le riunioni si interrompono per circa due mesi, senza un accordo esplicitato, ipotizziamo perché vissute dagli psicologi come inutili in assenza del lavoro "effettivo" in reparto.

Dopo qualche mese le riunioni vengono riprese, con la proposta della coordinatrice dell'équipe di ripensare il gruppo di lavoro della T.I.N., collegandolo agli altri progetti del Dipartimento Materno Infantile. L'équipe si propone di lavorare sia sul piano della progettazione di un nuovo intervento nel reparto di ostetricia, sia sulla propria modalità di funzionamento.

Visto che dal momento della ripresa, di lì a qualche mese, la tirocinante avrebbe concluso il tirocinio, propone, nella partecipazione alle riunioni, di assumere la funzione di resocontazione, ponendosi come obiettivo la manutenzione di un pensiero sul processo del gruppo, mettendolo in relazione al lavoro nei reparti.

Questa partecipazione, in continuità con la *fase istituyente* l'ingresso della tirocinante nell'équipe, è stata questa volta esplicitata al gruppo e condivisa.

Assumere questa funzione è stato utile a ripensare le riunioni di equipe in rapporto alla domanda del reparto; la tirocinante ha sperimentato l'utile sensatezza di assumere una posizione con dei confini, ma dentro un obiettivo condiviso, con la responsabile, ma anche con i colleghi.

A questo punto è stato possibile fare altre ipotesi sul reparto di T.I.N.: esso ospita neonati per la maggior parte prematuri, altri con gravi patologie alla nascita; è un reparto di emergenza.

L'équipe medica è consapevole di avere a che fare con una complessità di rapporti che non si può ridurre alla ritualità tecnica, occupandosi di curare solo gli aspetti malati del neonato ed ha, tra i suoi obiettivi, anche quello di facilitare il rapporto tra genitori e figli.

Nonostante ciò, il reparto è organizzato intorno alla medicalizzazione del rapporto e ad una separazione dei compiti: la domanda agli psicologi è quella di occuparsi dei genitori definiti *pazienti sani* e della loro angoscia, facilitando così all'équipe medica il compito di curare il bambino malato.

Questa separazione, garantisce in parte al medico di potersi occupare della malattia e di ricondurre dentro una ritualità tecnica il suo intervento.

La relazione tra i genitori e il neonato è delegata agli infermieri, che, oltre ad occuparsi delle cure, svolgono una funzione *educativa* ai primi contatti tra genitori e figli.

Il reparto nei confronti dei genitori sembra quindi organizzarsi intorno a posizioni sostitutive e pedagogiche rispetto alla loro funzione nascente.

I genitori hanno spesso raccontato agli psicologi di sentirsi inadeguati rispetto ai loro figli, descrivendo il tempo del ricovero come un tempo sospeso, come se diventare *veramente* genitori, sperimentandosi nella relazione, fosse rimandato a dopo le dimissioni dall'ospedale, che fanno anche paura perché non ci sarà più qualcuno che sa come fare.

L'obiettivo di facilitare la relazione tra i genitori e i neonati sembra fallire nei vissuti dei genitori e forse anche degli infermieri, incaricati a questa funzione.

Pensiamo che questi vissuti di inadeguatezza possano trovare un luogo nel quale essere esplorati e pensati e ipotizziamo che, nell'emozione di inadeguatezza legata all'esclusione di un vissuto angoscioso e della relazione, si situi la domanda agli psicologi. La costruzione di setting dove ciò possa accadere pensiamo sia una specificità dello psicologo in ospedale.

Ci sembra che una funzione essenziale delle riunioni di équipe degli psicologi, possa essere quella di sospendere l'agito dell'emozionalità che organizza le relazioni per poterla pensare. Perché ciò accada, occorre ripensare anche a queste riunioni come setting, in cui il tirocinante può utilizzare la sua competenza psicoterapeutica nel confronto con i colleghi. Abbiamo sperimentato come la resocontazione sia insieme uno strumento e un metodo di intervento dello psicologo utile a pensare le emozioni nella relazione e come il tirocinante possa offrire questa competenza alle strutture di tirocinio, proprio mentre si sta formando ad essa.

Bibliografia

Carli, R. & Paniccia, R.M. (2009). Obiettivi e metodologia della formazione: pensare emozioni entro la relazione clinica. *Rivista di psicologia clinica, teoria e metodi dell'intervento*, 2 (<http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>).

Carli, R. & Paniccia, R.M. (1988). *Il gruppo in psicologia clinica*. Roma: La Nuova Scientifica.

Carli, R. & Paniccia, R.M. (2003). *Analisi della domanda - teoria e tecnica dell'intervento in psicologia clinica*. Bologna: Il Mulino.

Carli, R. (2000). Gli psicologi nel contesto sanitario. Riflessioni e divagazioni sul tema. In Sammastano & Xibilia C. *Dal mito professionale al Servizio di Psicologia*. (pp7-47). Bari: Laterza.

Carli, R., (2009). Il tirocinio nelle strutture sanitarie e di salute mentale. Relazione introduttiva. *Rivista di psicologia clinica, teoria e metodi dell'intervento*, 1 (<http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>).

Guerra, G. (1992). *Psicosociologia dell'ospedale - analisi organizzativa e processi di cambiamento*. Roma: La Nuova Italia Scientifica.

Guerra, G. (2006). Meccanismi difensivi istituzionali. In M., Giordano (Ed.). *Burnout. Seminario gruppoanalitico nazionale* (pp. 155-175). Milano: FrancoAngeli

Olivetti Manoukian, F.(1988). *Stato dei Servizi - Un'analisi psicosociologica dei servizi sociosanitari*. Bologna: Il Mulino.

Stokes, J. (1998). Caos istituzionale e stress personale. In Obholzer, A. & Zagier Roberts, V., (Eds). *L'inconscio al lavoro. Stress individuale e organizzativo nei servizi alla persona*. Milano: ETAS Libri

Il tirocinio presso le strutture per la salute mentale: quale possibile committenza per i servizi?

di Roberto Vari*, Simona Bernardini**

Da molti anni, sia per i corsi di laurea in psicologia che per le scuole di specializzazione, il tirocinio nei servizi socio sanitari è considerato dalla normativa vigente prassi obbligata del percorso formativo. Tale obbligatorietà ci sembra abbia fatto prevalere una modalità adempitiva di guardare al problema piuttosto che un'attenta riflessione sul senso e sull'utilizzabilità dei tirocinanti dentro le strutture socio-sanitarie. Proviamo a fare un'ipotesi sulle ragioni di tale disattenzione.

Relazione tra i soggetti istituzionali

I servizi socio sanitari rappresentano luoghi nei quali convivono differenti discipline e diversi modelli teorico-clinici nell'ambito di una stessa disciplina. Per di più essi si misurano con il contesto socio-economico che sempre e in modo cangiante ne influenza modelli organizzativi ed obiettivi.

Riflettere insieme ai servizi sui tirocini implica interrogarsi circa i presupposti teorico clinici utilizzati, significa confrontarsi con modelli diversi, esplorare un mondo altro rispetto al proprio modello clinico di riferimento. I timori evocati da tale confronto possono far nascere la tentazione, per esorcizzare la realtà multidisciplinare, di istituire una collusione tra servizi e scuole di psicoterapia nella quale si persegue l'omologazione tra modello di orientamento del tutor e scuola di appartenenza del tirocinante. Se, ad esempio, la scuola è di orientamento psicodinamico si "cerca" un tutor di uguale orientamento, se il tutor ha una formazione cognitivista si associa ad un tirocinante di una scuola cognitivista e così via.

In altri termini riflettere sull'esperienza formativa del tirocinio, e costruire un'integrazione tra i diversi soggetti istituzionali coinvolti, comporta inevitabilmente, per le scuole di specializzazione:

- la destrutturazione dei modelli fondati sull'autoreferenzialità.
- Il ripensamento dei modelli teorico-clinici sottostanti su cui la scuola organizza il proprio funzionamento. Ciò implica, in un certo senso, rimettere in discussione un'identità fondata sull'evitamento di ciò che può discostarsi dal proprio modello; quanto meno significa rivedere tali modelli per poterli ricontestualizzare.

Allo stesso tempo anche per i servizi interrogarsi sul senso del tirocinio e integrarsi con le diverse scuole di specializzazione, o con l'università, implica non dare per scontato il proprio modello di funzionamento che, come ha messo in rilievo Carli (2009), appare spesso appiattito sulla tecnica che si auto legittima e che organizza l'ignoramento della potenziale pluralità degli orientamenti teorico-clinici e la multidisciplinarietà attraverso:

- la creazione al proprio interno di gruppi ed equipe che diventano compartimenti stagni
- peggio ancora, attraverso un funzionamento in cui l'individualità prevale sul lavoro di equipe e ogni individuo si chiude e si identifica con la tecnica o con l'orientamento teorico-clinico che legittima automaticamente la validità del proprio operato.

Una recente ricerca sul funzionamento dei CSM (2009) ha evidenziato bene la difficoltà nei servizi di salute mentale di individuare un cliente interno.

* Psicologo clinico, Responsabile "Accoglienza e Interventi Brevi" del D.S.M. 3° Distretto A.S.L. Roma D.

** Psicologa, allieva della Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Psicoanalitica, Roma.

Non molto diversa è la situazione dell'università dentro la quale, per ciò che riguarda i diversi orientamenti, si ripropongono le stesse dinamiche di frammentazione, auto legittimazione e conservazione che tendono a perpetrarsi grazie all'evitamento di un autentico confronto con l'altro.

Modelli di tirocinio

Riteniamo che le esperienze di tirocinio nei servizi socio-sanitari riflettano e siano isomorfe ai modelli organizzativi e di funzionamento del servizio in cui si realizzano.

Se l'identità psicologica di quest'ultimo, come spesso avviene, è basata sulla psicoterapia quale tecnica decontestualizzata che rispecchia e riproduce acriticamente i diversi modelli teorici clinici delle scuole di psicoterapia, il tirocinio viene assorbito all'interno di questa prassi. Al tirocinante si propone di attuare una psicoterapia su un paziente con la supervisione tecnica del tutor; si instaura sostanzialmente un modello duale di relazione in cui tutto ciò che avviene al di fuori e che rappresenta l'inevitabile cornice contestuale del rapporto tirocinante-paziente/tirocinante-tutor, viene considerato solo come un disturbo, una mera interferenza alla sacralità di un setting mutuato da prassi attuate in contesti "altri".

Si prenda in considerazione, per esempio, un elemento contestuale quale le risorse limitate dei servizi pubblici, cui si associa la questione della durata dell'intervento. Se si implica tale variabile diventa evidente l'inadeguatezza della psicoterapia, ove questa si configuri come semplice trasposizione di ciò che si mette in atto negli studi privati. Se invece si intende restare all'interno della logica che ignora il contesto, è sufficiente far finta che il problema delle risorse limitate non esista oppure pensare che la questione sia causata dalla carenza di personale che rende impossibile garantire l'erogazione di psicoterapia appropriata.

In un servizio così modellato si pone peraltro il problema dei tirocinanti universitari cui non è consentito fare psicoterapia.

Carli, in un recente articolo sulla Rivista di Psicologia Clinica (2009), cita il caso di altri servizi, quali comunità, centri diurni, SPDC etc., ove la psicoterapia non è centrale; in cui gli psicologi tirocinanti rischiano di essere impiegati in ruoli del tutto deprofessionalizzati.

Nel servizio plasmato attorno alla psicoterapia, e questo vale anche per qualsiasi altra tipologia di intervento decontestualizzato, si riproduce nella relazione tutor-tirocinante lo stesso modello collusivo del rapporto terapeuta-paziente. Esso poggia le basi sulla diagnosi e sulla medicalizzazione della relazione terapeutica nel senso descritto da Carli e Panizza (2003). In questo caso l'allievo tirocinante è considerato come passivo, come colui a cui si infonde, dall'alto del proprio sapere, la conoscenza, l'esperienza e la tecnica; qualcuno cioè che non si pensa implicato e protagonista dell'intervento ma a cui si assegna il ruolo di osservatore passivo.

Nell'ambito di una prassi così articolata il tirocinante contribuisce per certi versi a restituire un'immagine apparentemente forte dell'identità dello psicologo, fondata sul sapere tecnico. Allo stesso tempo, in modo ambivalente, è pure vissuto come un fardello impegnativo di cui farsi carico. Questa ambivalenza origina movimenti emozionali di accettazione /rifiuto che si traducono in oscillazioni del grado di impegno/disimpegno del tutor/Servizio nei confronti del tirocinante che, dentro questo schema, non è mai riconosciuto e individuato come un interlocutore attivo, un soggetto che può rappresentare una risorsa per il tutor e per il servizio.

D'altro canto il tirocinante stesso può sentirsi spinto a porsi in modo speculare assumendo i ruoli che permettono la realizzazione di questo modello collusivo col tutor/servizio: sostanzialmente allo stesso modo del paziente, per mantenersi nel parallelismo con la relazione terapeutica, che può assumere ruoli passivi e deleganti. In tale posizione ci si può sentire più protetti e più assicurati ed è possibile evitare di incontrare esperienze potenzialmente arricchenti ma che potrebbero essere vissute come perturbanti.

Il tirocinante ha a che fare con due committenti: la scuola di specializzazione, o l'università, e il servizio dove svolge la sua attività di tirocinio. Si potrebbero immaginare vari scenari caratterizzati da una assente integrazione tra le diverse istituzioni.

Si può dare il caso in cui scuola di specializzazione e servizio propongano modelli e orientamenti diversi e contrapposti. Il tirocinante si potrebbe sentire pressato a prendere la posizione dell'uno piuttosto che quella dell'altro ed essere spinto dentro una logica di appartenenza. Si potrebbe ipotizzare che, in assenza di processi integrativi, nel vissuto del tirocinante convivano modelli contrapposti e contraddittori con i quali identificarsi di volta in volta senza che vi sia la possibilità di una rielaborazione fondata sulla riflessione intorno alla propria esperienza.

Diverso è il caso, che si realizza frequentemente, in cui si istituisce un isomorfismo tra l'orientamento teorico clinico della scuola di specializzazione e quello del tutor. Si persegue una identità che poggia sulla condivisione dello stesso modello e si propone una visione strettamente tecnica in cui prevale il bisogno di appartenenza. In questo caso si pone in essere una fusione tra servizio, o tutor, e scuola di specializzazione che di per sé non necessita di un lavoro di integrazione, di riflessione e di confronto essendo già tutto scontato. Per il tirocinante non c'è altra via che identificarsi acriticamente col modello proposto ed essere convinto che non può che essere il migliore. In questa prospettiva il tirocinante è chiuso in una gabbia di vetro e tutto ciò che sta al di fuori della propria identificazione idealizzata viene svalutato o considerato poco interessante. Tra le cose da svalutare finiscono ovviamente tutti gli aspetti contestuali che sono parte dell'esperienza quotidiana di un servizio.

Un'altra eventualità, non infrequente, è che la relazione tra tutor e scuola di psicoterapia sia caratterizzata da una sostanziale indifferenza nel reciproco ignorarsi. In quest'ultimo caso il tirocinante esperisce contesti e committenze che si alternano senza che vi sia alcuna possibilità che esse assumano un senso durante l'esperienza formativa. In quest'ultima ipotesi non può che prevalere una sorta di relativismo ove si può cambiare modello e prospettiva ma in cui ognuno è automaticamente legittimato e non vi è bisogno di alcuna verifica.

Un'esperienza in un centro di salute mentale

Nel presente paragrafo proporremo delle considerazioni utilizzando l'esperienza di tirocinio svolta presso un centro di salute mentale di Roma; in particolare riferendoci all'utile relazione che il tirocinante può istituire con il tutor, intendendo quest'ultimo come un facilitatore dell'accesso del tirocinante nel servizio ma al contempo come qualcuno interessato a sviluppare un prodotto dall'esperienza di tirocinio.

Il centro di salute mentale (d'ora in avanti CSM) è un servizio territoriale multidisciplinare al cui interno operano psicologi, psichiatri, infermieri ed assistenti sociali. E' definito dal DPR del 1999 come la sede organizzativa dell'equipe degli operatori e sede del coordinamento degli interventi di prevenzione, cura e riabilitazione nel proprio territorio di competenza. E' aperto per dodici ore al giorno. Esso è parte di una rete di servizi quali il servizio psichiatrico di diagnosi e cura (SPDC), le strutture semiresidenziali (centri diurni, day hospital), le strutture residenziali terapeutico-riabilitative e socio-riabilitative (case famiglia, comunità terapeutiche residenziali).

Tutte queste strutture costituiscono il dipartimento di salute mentale.

Nel CSM di cui si parla esiste un'equipe, denominata "Accoglienza, Valutazione e Interventi Brevi", costituita da psicologi e psichiatri, che si occupa di accogliere tramite colloqui clinici i nuovi pazienti o clienti (termine quest'ultimo forse più appropriato ma non usato nei servizi) che pongono una domanda al CSM.

In estrema sintesi la finalità è quella di dare vita, a partire dalle differenti origini formative e dalla interdisciplinarietà che marca un servizio come il CSM, ad uno spazio di confronto e approfondimento su ciò che avviene nella fase di istituzione del percorso terapeutico.

Altra rilevante finalità è quella di sperimentare interventi terapeutici molto brevi, dai due agli otto colloqui, che abbiano per obiettivo la trasformazione del limite, costituito dalla perenne scarsità di risorse, in una opportunità e una risorsa stessa per il paziente e per il servizio.

L'ipotesi che proponiamo è che l'accoglienza così connotata consenta di cogliere le "nuove domande" che arrivano alle strutture di salute mentale perché in qualche modo tenta di allargare la visuale da cui guarda i problemi: non scontatamente dalla malattia ma dall'evento psicosociale che ha generato la domanda stessa. Si pensi per questo al lavoro di Goldberg e Huxley sui disturbi emotivi comuni che ci invita ad un pensiero sulla funzione psicologica in rapporto ai contesti ed alla cultura che ne orienta la domanda. (1993)¹

Gli psicologi che svolgono il tirocinio presso questa equipe effettuano i colloqui clinici di accoglienza e partecipano alle riunioni cliniche settimanali nelle quali si discute dei casi clinici. Il target è lo stesso degli altri operatori di ruolo.

Svolgere il tirocinio in questa collocazione comporta il rischio di pensare e realizzare i colloqui d'accoglienza con un approccio tecnico, in una modalità quindi scissa dal funzionamento organizzativo; ma è anche possibile che i colloqui di accoglienza siano invece connotati come una funzione inclusa nel contesto del servizio. Quest'ultimo allora diventa lo spazio di riferimento per il tirocinante.

Il tutor lavora perché sia più agevole tale integrazione ma ha anche a mente di non essere l'unico interlocutore. In altri termini nel corso dell'intervento il tirocinante deve connettersi con il servizio, e non solo con il tutor, e in questo modo è indotto ad assumersi responsabilità.

Allo stesso tempo deve misurarsi con la competenza ad affrontare da protagonista, e non da passivo e protetto spettatore, i problemi che incontra nel relazionarsi con la committenza simultanea del paziente e del servizio. Rimandiamo ad un lavoro (Bernardini, Giornetti) che, attraverso la proposizione di un caso clinico tratto dall'esperienza di tirocinio, esplora la problematica della committenza simultanea (2009).

Stiamo proponendo un modello di organizzazione del tirocinio nel quale si privilegia un ruolo attivo del tirocinante rispetto ad un ruolo nel quale si è prevalentemente osservatori. In quest'ultimo caso si è più protetti emotivamente ma l'esperienza rimane più ovattata.

Il tutor, più che proteggere ponendosi come cuscinetto tra il servizio e il tirocinante, aiuta quest'ultimo discutendo con lui il senso dell'esperienza che va facendo.

In altri termini il tirocinante non è in relazione quasi esclusivamente col tutor, non si sente un corpo estraneo al servizio ma può avvertire un senso di appartenenza ad una squadra che ha degli obiettivi. Senso di appartenenza che fa i conti allo stesso tempo con un vissuto di transitorietà legato all'essere di passaggio.

Il tutor, in quanto "rappresentante" del servizio, esprime anche una domanda del servizio stesso.

Utilizziamo un breve esempio.

All'inizio dell'esperienza del tirocinio il tutor comunica ai tirocinanti l'importanza e la necessità della loro partecipazione alle riunioni; i tirocinanti hanno due possibilità: considerare questo invito in modo rituale e come mera raccomandazione o prenderlo come espressione di una committenza da parte del tutor, quindi del servizio.

Connotare e assumere questa comunicazione come committenza ha significato, nell'esperienza che stiamo resocontando, dare un senso all'intervento psicologico quale costruzione di un pensiero su quel funzionamento organizzativo che propone con forza la scissione tra la tecnica "psicoterapeutica" dell'accogliere le persone e la competenza a stare nelle riunioni di equipe assumendosi le responsabilità del funzionamento delle relazioni con

¹ In rapporto ad un lavoro di Stephard che aveva illustrato come esistesse un'area del disagio psichico che non sempre arriva allo specialista ma che esiste, caratterizzando gran parte della popolazione e che sembra incontrarsi di più col medico di base, i due autori elaborano un modello per spiegare il sistema di filtro che dal medico di base porta la domanda ad incontrarsi con i servizi. Siamo nel contesto inglese, è vero, quel che preme è sottolineare come anche i nostri servizi possono permettersi di fare un filtro sofisticato oppure no, di incoraggiare o scoraggiare gli arrivi. E promuoverne il funzionamento sul territorio.

gli operatori del servizio stesso. In altri termini se si avvertono i colloqui di accoglienza come la scontata messa in atto di una tecnica psicoterapeutica le riunioni cliniche perdono valore. E' plausibile affermare che uno dei prodotti del tirocinio di specializzazione alla psicoterapia potrebbe essere convenuto nell'individuare degli organizzatori che permettano di comprendere la funzionalità del servizio poiché il tirocinante, stando dentro ma essendo anche esterno al servizio, è nell'utile posizione di poter assumere quell'atteggiamento del "sospendere l'agito" che consente di interrogarsi circa le dinamiche del funzionamento organizzativo.

Collocato in tale posizione il tirocinante può destrutturare la convinzione che l'identità dello psicologo nei servizi consista nell'impegnarsi nella psicoterapia col paziente, isolandosi dal contesto circostante.

Occuparsi di riorganizzare le domande che giungono al CSM tenendo in mente i limiti e gli obiettivi del servizio introduce, come abbiamo più volte ripetuto, un terzo nella relazione terapeuta/tirocinante-paziente costituito appunto dalla committenza del servizio, che occorre prendere in considerazione quanto quella del paziente. Ciò si discosta profondamente dalla percezione che l'unico universo esistente sia quello della diade tirocinante-paziente con la supervisione del tutor. Inizialmente il tirocinante può sentirsi disorientato da un approccio nel quale il contesto entra dentro la relazione col paziente piuttosto che stare sullo sfondo, poiché si viene costretti a cambiare assetto e prospettiva.

Per chiarire meglio ciò di cui parliamo possiamo accennare a quelle situazioni nelle quali il paziente chiede con insistenza di essere "preso in carico" più a lungo reclamando il "diritto", in quanto "malato", ad essere "curato". Il terapeuta, in questo caso tirocinante, deve necessariamente rapportarsi sia alla richiesta del paziente, sia agli obiettivi ed alle caratteristiche del servizio. E' possibile individuare nella domanda del paziente una pretesa, e non, come spesso avviene, semplicemente un diritto, a patto che si sia consapevoli di tutti gli elementi che a vari livelli concorrono a caratterizzare la situazione.

Occorre pensare per esempio che tale diritto non rappresenta solo un principio etico, ma nella sua traduzione applicativa è sempre legato ai limiti del contesto socioeconomico in cui si vive.

Il processo di riflessione su questi temi, con la conseguente destrutturazione di prassi cristallizzate, ha suscitato e suscita tuttora un senso di disorientamento tra gli operatori del servizio.

Ricordiamo come l'introduzione di limiti nella relazione terapeutica comporti una rivisitazione dell'assetto emozionale del terapeuta. Si entra in contatto con tanti vissuti diversi: con le pretese dei pazienti che non pensano in alcun modo di dover avere dei limiti, con il fatto di potersi sentire cattivi e rifiutati, con la necessità di dover rielaborare la fantasia onnipotente di poter "risolvere" i problemi delle persone.

Nell'esperienza di tirocinio così modellata il tirocinante si trova inevitabilmente coinvolto e fa esperienza diretta di dinamiche emotive relative all'organizzazione del servizio. Esse hanno la stessa rilevanza di quelle col paziente, entrano dentro la relazione con quest'ultimo ed occorre esserne consapevoli per comprendere ciò che accade. Utilizziamo, per chiarificazione, alcune situazioni cliniche incontrate dai tirocinanti.

Un nuovo paziente aggira le procedure di accoglienza chiedendo un colloquio direttamente con uno psichiatra che, dopo averlo ascoltato e rassicurato sul fatto che sarà lui a seguirlo in terapia, lo rinvia ai colloqui di accoglienza. Tale rassicurazione di presa in carico da parte dello psichiatra comporta la trasformazione dell'assetto dell'accoglienza in mero passaggio burocratico dove l'esito è già scontato in partenza. La psicologa tirocinante che si è occupata del caso ha dovuto tener conto di tali dinamiche e ha provato a ridare un senso ai colloqui di accoglienza. Ha tentato di chiarire il significato di tali eventi assieme al paziente trasformando un agito istituzionale in potenziale risorsa.

Ancora in un'altra situazione.

La tirocinante ha un primo colloquio fissato ma il paziente si presenta il giorno prima del colloquio asserendo di non resistere fino al giorno successivo.

Gli infermieri che l'ascoltano si spaventano e attivano immediatamente un medico psichiatra che lo accoglie subito e gli prescrive una cura farmacologica. Questo paziente non ha mai avuto accesso ai colloqui di accoglienza ed è stato inserito, attraverso il contatto con diverse

componenti del servizio, dentro un percorso nel quale non è stato più possibile analizzare il significato relazionale della sua urgenza. Pur non avendo mai visto questo paziente, la tirocinante ha potuto fare un'esperienza in cui è stata coinvolta indirettamente (la disdetta dell'appuntamento) in processi emotivi riguardanti l'organizzazione e il contesto dell'intervento e ha potuto provare a dar loro un significato. Ha potuto cogliere alcuni aspetti problematici del funzionamento organizzativo allargato interrogandosi su quella criticità assieme al tutor e ad altri colleghi.

Un ultimo esempio.

Una persona, nel corso dei colloqui di accoglienza con la psicologa tirocinante sperimenta uno spazio, un tempo e una relazione in cui poter esplorare le proprie paure ed i propri progetti. Ciò fa emergere il desiderio di un approfondimento psicologico che richiede un tempo ulteriore. Occorre dunque costruire un invio competente ad uno psicoterapeuta.

L'assunzione da parte del tirocinante di una corresponsabilità rispetto a questo progetto terapeutico ha permesso di cogliere che una parte importante del lavoro al centro di salute mentale è quella di poter attivare le risorse del servizio, oltre a quelle del paziente, per porre in essere un determinato progetto terapeutico. Il tirocinante ha potuto sperimentare direttamente la fatica del CSM di guardare il proprio cliente interno (ad esempio i rapporti con i colleghi psicologi, psichiatri, infermieri) come interlocutore fondamentale per costruire un intervento successivo ai colloqui di accoglienza.

Farsi carico delle relazioni tra gli operatori può comportare avere a mente competenze altre, capacità nuove di guardare ai problemi e collaborare perché il servizio esplori nuove strade verso un suo sviluppo.

Ponendoci nell'ottica del servizio, se passiamo ad analizzare l'esperienza del tirocinio così predisposto, potremmo fare alcune riflessioni.

Prima di tutto il tirocinante non è più sentito come fardello di cui farsi carico, qualcuno a cui bisogna dare in modo unidirezionale. Assume i connotati di una figura che possiede una minore esperienza ma ha competenze che possono essere valorizzate e diventare preziose risorse.

Viene da pensare a come tale approccio sia di nuovo isomorfo a quello concernente la relazione servizio/ terapeuta-paziente nella quale non prevale la ricerca di una diagnosi e di una cura, che tendono a passivizzare quest'ultimo, ma dove l'obiettivo si prefigura come la trasformazione in risorsa di una situazione vissuta come problematica.

Accolto come una risorsa il tirocinante può, anche in virtù della sua peculiare collocazione, del suo essere parte e non parte del servizio, esperire vissuti e cogliere aspetti diversi da quelli, a volte abitudinari e ritualizzati, delle figure in ruolo. In questo senso per esempio è stato interessante notare come il passaggio da un'ottica caratterizzata dall'applicazione di una tecnica psicoterapeutica verso una visione in cui ci si rapporta anche con gli aspetti contestuali, tra i quali i limiti delle risorse, è apparso essere molto più problematico per le figure in ruolo che non per i tirocinanti.

Ancora, sempre osservando dal vertice del servizio, la curiosità e la motivazione del giovane tirocinante, se opportunamente valorizzate, producono un effetto rivitalizzante nei confronti degli operatori di ruolo spesso sclerotizzati in un vissuto professionale frustrante, rassegnato e senza spinte verso il proprio sviluppo, come è emerso bene nella ricerca sul funzionamento dei CSM che abbiamo già menzionato (2009).

Si può citare per esempio l'atmosfera che alcune volte si viene a creare alle riunioni cliniche settimanali. Nonostante si siano effettuati circa dodici primi colloqui d'accoglienza durante la settimana, nessuno sembra avere il desiderio di discutere di un caso. Prevale la passività e un senso di stanchezza, a volte prevale l'assenza del desiderio di approfondire le tematiche. In questo assetto la riunione rischia di diventare uno spazio svuotato di significato dove confrontarsi appare faticoso e poco motivante ed il coordinatore del gruppo deve faticare non poco per cercare di "rianimare" lo spazio della riunione. Gli psicologi tirocinanti con la loro presenza motivata spesso facilitano il superamento di questi difficili e non infrequenti momenti della riunione.

In conclusione si può affermare che la modalità attraverso la quale si organizza un tirocinio in un servizio e si delinea la relazione servizio/tutor-tirocinante riflette il modello organizzativo della relazione servizio/terapeuta-paziente. Entrambe le tipologie di relazione possono venire a configurarsi come fondate su processi di protezione e assunzione di deleghe che rispecchiano un'impostazione prevalentemente medicalizzata; oppure, al contrario, sulla considerazione dell'altro quale soggetto interlocutore di un progetto che ha come obiettivo la valorizzazione delle risorse.

Quest'ultima notazione ci conduce a ritenere che approfondire il tema del tirocinio come esperienza formativa nei servizi socio sanitari implichi necessariamente sviscerare le modalità clinico-organizzative dei servizi stessi.

In altri termini ci sembra che gli obiettivi della relazione servizio/terapeuta-paziente siano strettamente correlati a quelli della relazione servizio/tutor-tirocinante. Un setting clinico e un setting formativo si organizzano, pur nell'ambito delle proprie peculiarità, attraverso modelli isomorfi.

In ultima analisi troviamo importante sottolineare come sia possibile integrare le esigenze formative con gli obiettivi clinici o la mission di un servizio, in questo caso un centro di salute mentale, e come possa realizzarsi un reciproco vantaggio attraverso una reciproca trasformazione in direzione di un vicendevole sviluppo. Ci pare che la riflessione intorno all'esperienza del tirocinio possa potenzialmente rappresentare una sorta di catalizzatore che faciliti un confronto e integri quei diversi soggetti istituzionali: università, scuole di psicoterapia e servizi, di cui si parlava all'inizio di questo articolo.

Bibliografia

Carli, R. (2009). Il tirocinio nelle strutture sanitarie e di salute mentale, relazione introduttiva. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1.

Carli, R., Paniccia, R.M., Di Ninni, A., Scala, V., Pagano, P., Giovagnoli, F., Bucci, F., Dolcetti, F., Bagnato, S., Sesto, C., Terenzi, V. & Bonavita, V. (2009). La Cultura Locale dei Centri di salute Mentale (CSM) in Italia. *Rivista di Psicologia Clinica Supplemento*, 3.

Carli, R. & Paniccia, R.M. (2003). *Analisi della domanda. Teoria e intervento in psicologia clinica*. Bologna: Il Mulino.

Godberg, D. & Huxley, P. (1993). *Disturbi emotivi comuni. Un approccio biosociale*. Roma: Il Pensiero Scientifico.

Bernardini, S. & Giornetti, A. (2009). Il tirocinio presso le strutture sanitarie di salute mentale. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1.