

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 teorico 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 équipe 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 équipe 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.