

5 luglio 2006

Società e Salute

**la dimensione della salute mentale tra bisogni e diritti dei cittadini
in una comunità competente**

Il sistema dei servizi tra storia e innovazione: parlano i tecnici

IL PUNTO DI VISTA DEL SERVIZIO DI ASSISTENZA, TECNICO E RIABILITATIVO

Buongiorno a tutti

Porto il saluto di Loris Muzzi che non ha potuto partecipare e si scusa

Questa giornata è un'occasione per riflettere sulla dimensione attuale della salute mentale, sullo stato dei servizi e sul futuro dei **Dipartimenti di Salute Mentale**, dopo la fase di chiusura degli ospedali psichiatrici e dopo la fase in cui si sono istituiti i Dipartimenti di Salute Mentale che, in alcune aree territoriali hanno visto da subito insieme Psichiatria Adulti, NPEE e SERT.

Negli ultimi anni a fronte di un aumento generalizzato dei disturbi psichici e del disagio mentale, questo tema è stato rilanciato.

A livello internazionale con la conferenza di Helsinki, vengono indicate le azioni necessarie per affrontare la salute mentale come una delle componenti della salute globale della persona; più recentemente, a livello regionale si è aperto un dibattito con il documento in preparazione della seconda conferenza regionale sulla salute mentale.

E' in questo contesto che si collocano queste riflessioni che nascono dall'esperienza di molti anni come operatore del servizio di assistenza del DSM

Il Servizio di assistenza del DSM è oggi una realtà importante che comprende non solo un grande numero di operatori - nell'Ausl di Bologna oltre 600 unità, circa i due terzi di tutto il personale del DSM - ma soprattutto molte figure di diverse grandi aree professionali - quella infermieristica, la più corposa, l'area riabilitativa che comprende educatori, fisioterapisti, logopedisti, psicomotricisti, l'area sociale che comprende le Assistenti Sociali e l'area tecnica con le figure degli OSS, OTA e ausiliari. L'insieme di questo servizio presenta non solo una grande forza numerica ma è soprattutto un grande patrimonio di ricchezza professionale.

Per ricordare la storia, almeno di una parte di questi operatori, gli infermieri, vorrei qui citare una Norma tratta dal regolamento di un ospedale psichiatrico:

“Gli infermieri non devono tenere relazioni con le famiglie dei malati, darne notizia, portare fuori senz’ordine lettere, oggetti, ambasciate, saluti: né possono recare agli ammalati alcuna notizia dal di fuori, né oggetti, né stampe, né scritti” (Norma di regolamento in un ospedale psichiatrico) citato in “Morire di classe” a cura di F.Basaglia e F.Ongaro Basaglia 1969

Questa regola oltre ad esprimere la situazione di esclusione e di isolamento dei pazienti ricoverati negli OP, chiarisce bene anche lo scarso grado di autonomia professionale degli allora infermieri psichiatrici: custodi, guardiani, esecutori degli ordini del medico, senza alcun riconoscimento di capacità professionali e competenze relazionali. Esclusi tra gli esclusi!

Da allora e in questi quasi trent’anni passati dalla 180, sono cambiate molte cose: sono stati istituiti i servizi territoriali che hanno cominciato ad applicare i contenuti della legge e dove gli operatori hanno cercato di costruire nuovi modelli del prendersi cura del disagio mentale e nuovi modi di essere operatore della salute mentale, con la preoccupazione di non trasferire la logica manicomiale nel territorio.

Agli infermieri ed agli psichiatri, uniche figure all’interno degli ospedali psichiatrici, si sono affiancate via via nei servizi territoriali molte altre figure professionali: psicologi, assistenti sociali, educatori e più recentemente OSS, andando a costituire équipe multiprofessionali per meglio affrontare il disturbo psichico nelle sue componenti biopsicosociali.

Si è cercato di sviluppare una cultura di servizio centrata:

- sul **lavoro di équipe** nel quale siano riconosciute e valorizzate la soggettività, le competenze, le autonomie di ogni operatore,
- sulla **relazione** e sulla **continuità terapeutica**
- sul **progetto di cura personalizzato** in cui accanto all’intervento strettamente sanitario fossero presenti una gamma di altri interventi (attività riabilitative di gruppo o individuali, formazione e inserimenti lavorativi, inserimenti temporanei in gruppi appartamento o comunità, etc.), ben consapevoli che di fronte a due pazienti con uno stesso disturbo spesso occorre intervenire in modo differenziato, in funzione delle diverse variabili in campo

Si è inoltre posta particolare attenzione a due punti:

- 1 - la **formazione** e l’aggiornamento continuo degli operatori, ritenendoli elemento centrale, parte integrante e sostegno strutturale del modello organizzativo del servizio, strumento di integrazione delle diverse discipline volto alla costruzione di una cultura professionale comune, condivisa e coerente con la mission dipartimentale, un aiuto a rendere il più possibile omogenee le metodologie di intervento

- 2 - la **ricerca di un costante collegamento con l'esterno**: sia per far sì che le abilità acquisite o riacquisite dalla persona potessero articolarsi ed esprimersi nei diversi ambiti del sociale, sia per un confronto/scambio/collaborazione continui con le altre agenzie presenti sul territorio - associazioni, cooperative sociali, altri servizi, MMG e in particolare con gli Enti Locali che nella nostra realtà territoriale hanno sempre dimostrato particolare attenzione, sensibilità e disponibilità su questo tema

Questi sono i contenuti di fondo dell'agire dei servizi dopo la 180 - anche se vi sono differenze legate alle specificità della storia, del contesto territoriale, dei modelli di riferimento -.

Alcuni hanno maggiormente privilegiato la centralità territoriale, pensando i CSM come centri di una psichiatria di comunità che mantengono la titolarità della presa in carico e della gestione del progetto terapeutico, anche se utilizzano transitoriamente altre strutture (SPDC, residenze a trattamento intensivo o prolungato, comunità) con le quali intrattengono stretti contatti per confronti e verifiche sull'andamento del progetto.

Questi anni di esperienza, pur declinandosi con modelli differenziati nelle diverse aree territoriali, hanno però visto una presenza degli operatori del comparto che non solo si è arricchita numericamente, ma che si è andata qualificando e si è anche caratterizzata per forti spinte innovative, soprattutto rispetto a percorsi riabilitativi quali l' inserimento lavorativo, la gestione di gruppi appartamento, la promozione di gruppi di auto-aiuto di pazienti e familiari, le attività di socializzazione e di tempo libero.

In numerosi operatori - infermieri, educatori, assistenti sociali - si è sempre più andata sviluppando la consapevolezza che il tema della salute mentale non è affrontabile solo con le risorse dei servizi psichiatrici, sia perché risposte fornite esclusivamente all'interno del sistema psichiatrico rischiano di generare nuove forme di istituzionalizzazione - anche se territorializzata - , in secondo luogo perché la salute mentale è strettamente correlata all' interdipendenza tra interventi sanitari e ciò che si sviluppa in campo sociale e ambientale.

Ciò ha portato ad iniziare nelle diverse aree territoriali un **lavoro di rete** finalizzato a sensibilizzare la collettività, a promuovere coesione sociale, ad attivare risorse presenti nella comunità locale, a stimolare e rafforzare le reti sociali che si possono trasformare in volano per nuove opportunità, per la valorizzazione delle energie e competenze degli utenti, per realizzare progetti emancipativi ed aiutarli a sperimentare forme nuove di autorganizzazione.

Recentemente sono stati introdotti profondi cambiamenti nei percorsi formativi, oggi universitari, delle figure professionali del comparto e, per l'infermiere anche dal

punto di vista dell'esercizio professionale, che le preparano e rendono in grado di affrontare e gestire bisogni e situazioni assistenziali complesse.

Ciò pone le basi per un ripensamento delle funzioni delle diverse figure nel processo clinico-assistenziale e pone l'esigenza di rivalutare i rapporti tra le diverse professioni all'interno delle équipes, migliorando l'integrazione ma contemporaneamente valorizzando le competenze specifiche e l'autonomia professionale di ogni figura.

Questo sarà un lungo cammino a rischio di conflitti, soprattutto per quel che riguarda il rapporto tra la figura medica e la figura infermieristica, caratterizzata storicamente da un ruolo di dipendenza dal medico e che d'altra parte è stata una professione sanitaria ausiliaria fino al 1999.

Resistenze le troviamo in entrambe le figure:

- il medico perché fatica a rinunciare al ruolo di unico titolare nella presa in carico dell'utenza

- l'infermiere perché, applicare ciò che viene previsto dal suo profilo professionale, significa più responsabilità, prendere in autonomia le decisioni che gli competono, migliorare le proprie competenze, studiare, aggiornarsi, etc, cioè come già avviene negli altri paesi, essere professionista tra i professionisti

Ma non vi è dubbio che è un cammino che occorre iniziare a percorrere perché è il panorama del futuro, già tracciato nei percorsi formativi e nei profili professionali delle diverse figure e al quale nessuno può pensare di sottrarsi.

Minori problemi credo siano presenti per le altre professioni – educatori, assistenti sociali e sul versante della NPEE fisioterapisti e logopedisti – per i quali è diversa la storia e la cui professionalità è molto specifica, meglio identificabile e già gode di grande autonomia.

Il DSM non è un dipartimento che necessita di grandi tecnologie, non ha bisogno di attrezzature o apparecchiature costose: ha bisogno di luoghi di lavoro decorosi e accoglienti non troppo sanitarizzati, di automezzi per poter intervenire al domicilio delle persone, raggiungere ambulatori periferici e per svolgere le attività socializzanti e riabilitative programmate, computer per l'informatizzazione.

La ricchezza di un Dipartimento di Salute Mentale sono le **risorse umane**, sono la competenza, la motivazione, la capacità relazionale, la flessibilità, la professionalità dei diversi operatori, il sapersi muovere in ambiti incerti e complessi, con persone che a volte non hanno consapevolezza di malattia e che rifiutano le cure, senza necessariamente ricorrere a mezzi coercitivi ma costruendo e ricercando spazi di relazione e percorsi di collaborazione oltre che con l'interessato, con la famiglia, con il MMG, con tutto il contesto sia esso scolastico, lavorativo, sociale, che circonda la persona.

Non utilizzare la contenzione fisica in SPDC è possibile se il numero di personale è sufficiente per lavorare con i pazienti sulla relazione, se nel gruppo curante vi è coesione e un buon clima di lavoro, se c'è la disponibilità "emotiva" negli operatori ad

accogliere i bisogni le ragioni le istanze della persona che sta male ricercando mediazioni e soluzioni che evitino coercizione e sopraffazione.

L'aspetto **etico**, importante in tutto il sistema sanitario, lo è particolarmente in psichiatria, perché essa si rivolge ad un settore di popolazione, i cittadini sofferenti di un disturbo mentale, particolarmente debole, sia sul piano della contrattualità sociale che sul piano dell'affermazione e della tutela dei propri diritti, che può essere più facile che in altri settori sopraffare.

La vigilanza in tal senso non deve mai abbassarsi!

L'investimento nelle risorse umane è un aspetto strategico per un Dipartimento come il nostro e la cura di tali risorse non meno importante delle risposte organizzative.

Lo segnalo come elemento di possibile **criticità** che deve tenere presente chi ha responsabilità di direzione, perché in una situazione così difficile dal punto di vista economico come quella in cui siamo, può essere facile dimenticarlo e farsi prendere dalle turbolenze del turn over e dalle soluzioni precarie, perdendo di vista l'importanza della qualità e della stabilità degli operatori.

Il riequilibrio dei diversi ruoli professionali può essere un'occasione, in primo luogo per un utilizzo corretto delle diverse professionalità, ma anche per un riposizionamento dei costi che vada ad incidere il meno possibile sulla qualità dell'assistenza.

I processi di **integrazione** oggi dobbiamo declinarli su vari livelli.

La sfida che abbiamo di fronte è costruire processi di integrazione trasversali a livello di ogni area funzionale Psichiatria adulti, Sert, Npee, perché l'obiettivo è che tutti i cittadini, a prescindere da dove vivono, abbiano lo stesso livello di servizi.

Ma la specificità del DSM richiede di mantenere e sviluppare l'integrazione tra le varie figure professionali all'interno dell'équipe, l'integrazione con altri servizi ed agenzie esterne a livello di ogni territorio e oggi, che nel DSM sono presenti la NPEE e il SERT, l'integrazione tra queste UUOO e l'Area della Psichiatria Adulti

In alcune realtà già da alcuni anni ci sono esperienze di integrazione tra le diverse UUOO all'interno del DSM. Molto gli operatori hanno lavorato alla costruzione di percorsi di collaborazione per garantire la continuità assistenziale e processi di presa in carico congiunta per situazioni che coinvolgevano più servizi.

Ma questi operatori hanno avuto in più la capacità e la fantasia di pensare, progettare, sviluppare **esperienze innovative**, mescolando saperi e modelli che si sono formati in un settore e che vanno a contaminarne "felicitemente" un'altro, trasformando in grande ricchezza comune saperi che tradizionalmente sono riservati all'una o all'altra area funzionale

Voglio qui ricordare due esempi:

- 1 - gli incontri di sensibilizzazione con classi di studenti delle Scuole Superiori su temi inerenti la salute mentale - pregiudizio, disagio mentale, dipendenza

dalle sostanze, etc - nati dalla collaborazione tra Istituzioni scolastiche e DSM, progettati e portati avanti insieme da diverse figure professionali del CSM, del SerT e della NPEE

- 2 - un progetto sperimentale per un'esperienza di lavoro corporeo con utenti ricoverati, che coinvolge medici e infermieri del SPDC e fisioterapisti esperti della NPEE

Io credo che in questa fase in cui si sta rilanciando il tema della salute mentale, in cui si sviluppa una rilettura critica di quanto si è costruito in questi anni, per consolidare ciò che si valuta positivamente ma anche per proporre cambiamenti ed il superamento delle criticità, non si possa fare a meno di promuovere la partecipazione ed il coinvolgimento delle diverse figure professionali del comparto ai processi di definizione delle linee del futuro DSM.

Perché esse hanno saputo sviluppare e maturare in questi anni un grande patrimonio di esperienze, che a seconda delle diverse figure professionali coinvolte e della loro specifica collocazione lavorativa, va dalla prevenzione alla clinica, dall'emergenza alla riabilitazione in tutti i suoi aspetti, alla risposta sociale, un patrimonio che credo sia interesse di tutti utilizzare e valorizzare.

Pur tra tante difficoltà e problemi ancora da affrontare, credo che ciò sia fondamentale per guardare con fiducia al futuro ed andare avanti nel segno dei diritti di cittadinanza per tutti.

Responsabile SATeR DSM
Loris Muzzi

Responsabile ArOA DSM Area Nord
Mara Monti