



#### Rapporto dal gruppo 4: **Il lavoro di équipe in salute mentale: Percorsi e formazione.**

Coordinatori: Rosanna Ugenti e Maria Grazia Giannichedda

Rapporteur: Antonello d'Elia

Hanno presentato: Silvio Garattini, Anna Maria Tanzi, Secondo Fassino, Silvana Mordegli, Luigi Janiri, Raffaele Barone, Cristina Brandolin, Marco D'Alema, Angelo Bottini, Gian Luigi Bettoli, Domenico Tancredi, Sarantis Thanopoulos, Paola Carozza.

Perché abbinare i temi équipe e formazione? Perché la salute mentale territoriale ha come dispositivo di cura centrale la confluenza di più professionisti in un unico gruppo di lavoro, l'équipe, e perché in nessun contesto formativo questa soluzione, che non è solo organizzativa, viene insegnata e può essere appresa. Eppure, avvalendosi di una metafora attinta dalla pratica medica, nessuno pretenderebbe che un chirurgo operasse in condizioni ordinarie senza una squadra in cui sono presenti diverse professionalità. La salute mentale si confronta con una quantità e qualità di sofferenza umana che parte dalle manifestazioni sintomatiche psichiatriche e coinvolge spesso l'intera vita della persona e dei suoi familiari: una sfida che non può esaurirsi nel solo trattamento farmacologico e richiede un elevato livello di specializzazione ed esperienza da parte di molti professionisti per essere affrontata.

I contributi, pertanto, hanno come comune denominatore la combinazione di quantità e qualità nelle pratiche di salute mentale:

La dimensione quantitativa rimanda alla drastica riduzione del personale in tutte le sue qualifiche. Con Servizi chiusi o accorpati si è indebolito il loro rapporto con i territori e le comunità. La mancanza di risorse umane e relazionali ha spinto verso un'operatività centrata quasi solo sulla somministrazione di farmaci e sulla collocazione in strutture in cui le persone sono separate dagli ambienti di vita e le manifestazioni sintomatiche e di sofferenza decontestualizzate e private di storia e senso. La dimensione pubblica e accessibile delle cure viene fortemente minata.

Non meno problematica la tematica qualitativa della formazione, dell'insegnamento e dell'apprendimento della cultura e degli strumenti indispensabili per praticare il lavoro di salute mentale: lavoro altamente specialistico, teoricamente e praticamente raffinato, quanto mai complesso e articolato perché operare a contatto con la sofferenza mentale è difficile e potenzialmente dannoso, in assenza di adeguate competenze, anche per gli operatori. Di questo non si occupano sistematicamente né le Università, né le scuole di specializzazione, né il sistema degli ECM.

Tutti gli interventi hanno messo a fuoco questi temi, con angolature differenti ma con unanime descrizione analitica dei problemi in campo e buona concretezza nelle proposte.

Provo a schematizzare:

- Si è sottolineata la debolezza del modello bio-psico-sociale in cui lo sbilanciamento è tutto a favore della componente biologica, oggettivante, ispirata alla medicina secondo lo schema diagnosi, prognosi e trattamento che si risolve nella somministrazione di farmaci come soluzione privilegiata (Fassino, Thanopoulos, Tavolo Tecnico) e può essere, a sua volta, iatrogeno. Le scelte di politica sanitaria richiedono di tornare a porre al centro la salute e

non la sola economia. Un approccio alla salute mentale include molte competenze e saperi: medico, psicologico, sanitario, sociale, mirato all'inclusione lavorativa e ad assicurare esistenze tendenzialmente autonome a partire dall'abitare, e relazionale, finalizzato al mantenimento e alla costruzione di legami e scambi sociali (Brandolin, Mordaglia).

- In psichiatria, come in medicina, manca una formazione orientata alla prevenzione: ne risulta il ricorso alle terapie farmacologiche in senso riparativo di condizioni che potrebbero essere intercettate e trattate precocemente. Esiste un conflitto di interesse tra la prevenzione e il mercato del farmaco, la cui informazione non è indipendente (Garattini).
- La personalizzazione delle cure (Carozza, Tancredi, Bottini, Tavolo Tecnico) implica il supporto nei luoghi di vita e il riconoscimento della soggettività delle persone non riconducibili alle loro espressioni sintomatiche. La presa in carico deve poter affrontare la sofferenza psicosociale, gli ambienti di vita e i legami sociali agendo attivamente in tutti questi ambiti (Barone, Mordaglia, Carozza). Trasparenza e rispetto sono fondamentali e non vanno intese solo come doti individuali ma ingredienti del lavoro trasmissibili (D'Alema).
- La centralità dell'équipe nel lavoro di salute mentale territoriale vuol dire centralità della clinica: l'équipe multiprofessionale è lo strumento specifico e irrinunciabile per la presa in carico, la recovery e il reinserimento sociale (Barone, D'Alema, Thanopoulos, Brandolin). La necessità di una risposta complessa ai bisogni complessi delle persone in sofferenza si mostra anche nei momenti della crisi che richiede un'ospedalizzazione e che spesso viene soffocata anche con il ricorso alla contenzione meccanica: su 380 SPDC solo 20 funzionano senza contenere. Anche in un contesto di acuzie l'équipe è centrale per non intervenire sulla crisi unicamente con gli strumenti della medicina o col ricorso alla neutralizzazione della persona (Tancredi). I sistemi informativi correnti inoltre non riescono a rappresentare la complessità degli interventi (Giannichedda) e non sono al servizio di una pratica connessa alla ricerca e alla formazione permanente degli operatori sul luogo di lavoro (Thanopoulos, Carozza). Importante sottolineare che, come tutti i luoghi del confronto, l'équipe non è esente da conflitti e necessita di modelli organizzativi che includano pratiche di mediazione (Brandolin) anche rispetto a paradigmi contraddittori e prassi potenzialmente incoerenti (Carozza).
- La relazione interpersonale e terapeutica è il focus della pratica e della formazione al lavoro territoriale (Fassino, Janiri, Thanopoulos, D'Alema). E' questo il vero perno dell'équipe che non è la somma delle molte professionalità che ne fanno parte ma richiede una reale integrazione per risultare realmente trasformativa (D'Alema) e preventiva della cronicità (Thanopoulos). La psichiatria degli ambulatori specialistici si differenzia in questo dalla salute mentale di comunità. La proposta di convenzione con specialisti privati esterni al servizio pubblico per le psicoterapie pone in luce il nodo irrisolto del rapporto pubblico/privato (Janiri) che si presenta anche nella relazione tra pubblico medicalizzato e privato sociale (Bettoli).
- La formazione non si identifica con l'insegnamento/apprendimento di tecniche ma con l'acquisizione di competenze trasversali a partire dall'ascolto e dal saper stare in una relazione interpersonale finalizzata alla cura della persona sofferente. Deve essere continua (Tanzi, Barone), trasversale per tutte le professionalità (Carozza, Tavolo Tecnico), coinvolgere utenti e familiari con un conseguente benefico indebolimento delle barriere professionali (Carozza, Barone, D'Alema, Tancredi) ma anche specifica per la salute mentale territoriale. Appare necessario trasmettere competenze avanzate agli infermieri (Tanzi, Brandolin – che ricorda come essi rappresentino il 45,1% del personale dei DSM e non hanno valorizzazioni interne al loro ruolo) e includere nei piani formativi il personale delle Cooperative B, che costituisce il 50% circa degli operatori impegnati nei progetti di inclusione

lavorativa che posseggono specifiche capacità professionali (Bettoli) nonché i Terapisti occupazionali, impegnati nel lavoro di recovery (Bottini).

- Sono state avanzate proposte riguardanti la specificità sociale della salute mentale territoriale che richiede percorsi e formazione congiunte tra operatori sanitari e sociali sia per promuovere l'integrazione operativa che per sventare il rischio di dispersività a causa delle diverse appartenenze istituzionali (Mordegli, Tavolo Tecnico). Appare necessario anche un raccordo con il Ministero dell'Università e della Ricerca Scientifica per elaborare programmi formativi adeguati al lavoro di comunità (Tavolo Tecnico). Il FNOPI si è dato come obiettivo qualificare entro 10 anni il 20% dei professionisti infermieri attraverso un'elevata specializzazione (Brandolin). La distanza storica del mondo accademico non fornisce strumenti adeguati al lavoro di territorio, a nessun livello (Giannichedda, Tancredi, Tavolo Tecnico). Una proposta è offrire programmi di formazione all'atto dell'assunzione in Salute Mentale e l'istituzione di un portale unico Salute Mentale con documenti, linee guida e segnalazione di buone pratiche (Tavolo Tecnico). Indicazioni provengono per l'adozione di modelli formativi specifici per la psicoterapia nei servizi dedicati a medici e psicologi (Fassino, Janiri). Su un livello di competenze ed esperienze trasversali si collocano altri approcci che mettono al centro la condivisione, come le pratiche dialogiche (Barone, D'Alema, Carozza), i gruppi e in particolare la Psicoanalisi Multifamiliare come modalità di confronto aperto con la sofferenza personale e familiare che vede coinvolti anche tutti gli operatori e non è da intendersi pertanto solo come modello tecnico con specifiche indicazioni d'impiego (Barone, D'Alema). Anche gli operatori e i sistemi di cura vanno curati ovvero non abbandonati a se stessi (Carozza).

Appare infine chiaro che le prospettive che si apriranno in seguito alla pandemia da COVID dovranno andare nel senso di una rinnovata territorializzazione delle cure in salute mentale riproponendo la complessità del lavoro d'équipe e la necessità che gli operatori impegnati, vecchi e nuovi, ne apprendano i principi e le pratiche che lo contraddistinguono e ne garantiscono l'efficacia.