

# Le riflessioni sul contributo che la professione infermieristica può dare ai dipartimenti di salute mentale

Author:

M. Faralliaffiliation: Direttore UO Professionale Aziendale DSM Ausl 8 di Arezzo



## Prospettive e pratiche per la salute mentale

Con l'obiettivo di contribuire al dibattito circa la condizione attuale e la prospettiva dei servizi di salute mentale nella Toscana meridionale e nella Regione nel suo complesso, propongo alcune riflessioni su temi che considero importanti. Lo faccio partendo dal mio osservatorio di operatore Dirigente di una professione (quella di infermiere), che rappresenta complessivamente circa la metà (e forse oltre) delle figure professionali che lavorano nei servizi di salute mentale e che nel corso degli ultimi dieci, quindici anni è stata protagonista di una profonda evoluzione. Ma lo faccio anche come osservatore delle dinamiche interprofessionali che si sono in questi anni sviluppate e tra di loro intersecate e che mettono in rilievo, almeno dal mio punto di vista, la necessità di ripensare (e forse rifondare) alcune delle strategie operative dei servizi. Lo faccio infine, proponendo una riflessione in termini interrogativi (e senza soluzioni precostituite), su tematiche, strumenti di lavoro e pratiche che, ancor prima delle "ricette organizzative" (o riorganizzative), dovrebbero essere approfondite e sviscerate, poiché riguardano i prerequisiti stessi dell'operare produttivamente nei servizi.

I tempi sono cambiati e con essi hanno "cambiato pelle" sia i vari interlocutori che i contesti. Di ciò è necessario prendere atto.

### La formazione degli operatori della salute mentale di comunità

Si ripete spesso che una caratteristica peculiare della psichiatria rispetto alle altre branche della medicina è che, nell'ambito della prima, la persona che vi opera, costituisce in se stessa lo strumento di lavoro più importante (1). Questa condizione riflette senza dubbio la consapevolezza dell'importanza della relazione interpersonale tra qualsiasi membro della équipe psichiatrica ed il cittadino assistito (2). Essa trova tuttavia scarsa rispondenza nelle iniziative assunte per formare gli operatori dei servizi di salute mentale. Nel nostro paese, soprattutto in passato, un certo numero di infermieri che operano nei servizi di salute mentale, è stato spesso reclutato, tra quelli che avevano lavorato con funzioni molto diverse da quelle a loro richieste. Del resto sappiamo bene come nei servizi di salute mentale, siano spesso gli infermieri, le figure professionali incaricate di seguire da vicino e con maggiore costanza, i pazienti più difficili ed impegnativi.

Nella quasi totalità di questi casi, non si è provveduto a supportare tali operatori nella ridefinizione del loro ruolo e ancora meno, a garantire una adeguata formazione orientata a prepararli agli impegni ed alle sfide professionali che si sarebbero trovati ad affrontare.

Più in generale nel nostro paese, a differenza di molti altri Stati Europei e non, gli operatori dei servizi di salute mentale che non siano medici o psicologi, sono esclusi da un training formale di psicoterapia, senza che peraltro si sia provveduto a sviluppare percorsi formativi specifici per coloro (ad esempio infermieri, assistenti sociali, educatori e terapisti), che non possono formalmente, diventare terapeuti.

In molte di queste realtà extra nazionali, il problema è stato superato attraverso corsi di formazione specificamente costruiti per gli operatori che hanno un contatto quotidiano con utenti interessati da vari disturbi e sono parte integrante di una équipe psichiatrica, anche se non medici o psicologi. Tali corsi hanno le caratteristiche di un training formale di psicoterapia.

In alcuni paesi, tale training è formalmente organizzato in due livelli (ad entrambi dei quali tutti gli operatori possono accedere), in modo che, chi ritiene indispensabile per il proprio lavoro, acquisire una competenza psicoterapeutica di base, senza peraltro mirare a diventare un terapeuta vero e proprio, ha la possibilità di acquisire quelle conoscenze teoriche e pratiche che gli servono a rendere più efficace e finalizzato il lavoro di tutti i giorni.

E' tra l'altro in tale contesto per esempio, che la psicoterapia cognitiva, sia per le caratteristiche che la contraddistinguono, sia per la sua essenza di buon senso, sia infine perché aiuta chi vi si misura, ad acquisire strumenti di lavoro concreti e di relativamente facile applicabilità, ha esercitato un grande fascino ed interesse proprio nelle categorie di certi operatori (infermieri, educatori ecc (1).

La Regione Toscana, su proposta e sollecitazione del Coordinamento dei DSM dell'Area Vasta Sud Est, ha stanziato, nel corso degli anni 2009 e 2010, un specifico finanziamento, orientato ad organizzare un percorso formativo rivolto ad operatori non in possesso della laurea in infermieristica (ma del titolo di studio regionale acquisito con la pregressa normativa), attraverso un corso di formazione di base di 54 ore ed uno avanzato di 117 ore, nell'ambito dei quali sono stati raggiunti (e documentati) tutti gli obiettivi formativi programmati.

E' pur altrettanto vero che oggi molto più che in passato, possiamo contare su operatori che manifestano, sin dal corso di laurea in infermieristica (corso di base), una forte vocazione all'impegno operativo nel campo della salute mentale ed una propensione all'approfondimento di queste tematiche, nell'ambito dei percorsi specialistici universitari (master).

Desideriamo a tal proposito sollecitare la Regione Toscana, da sempre sensibile alla qualità delle competenze tecnico professionali e le Università Toscane, a misurarsi sul terreno dello sviluppo delle competenze relazionali e "terapeutiche" degli operatori, nei servizi di salute mentale.

### Attività istituzionale e libera professione

Trenta anni di riforme e riorganizzazioni hanno sempre confermato una specie di compromesso sottoscritto dai medici e dallo stato: lo stato definisce il medico come un comune funzionario del pubblico impiego pagandolo meno che se lo considerasse un medico, ma in cambio gli concede di essere un libero professionista (3).

Il compromesso consiste nel permettere al medico di avere contemporaneamente un rapporto pubblico ed uno privato. Questo modo di essere promiscuo ha sempre provocato difficoltà, comportamenti opportunistici, fenomeni speculativi, ma ha anche condizionato molto la qualità del servizio pubblico, la sua disponibilità, la sua accoglienza. In precedenza le disuguaglianze erano giustificate da due sistemi distinti e separati.

Oggi, gli effetti di tale promiscuità stanno tutti dentro il sistema pubblico, cosicché abbiamo liste di attesa separate, trattamenti differenziati, prestazioni qualitativamente diverse.

Questa è peraltro una delle ragioni per le quali l'Italia, rispetto a paesi come l'Inghilterra registra una elevata percentuale di spesa privata, sostenuta per pagare prestazioni di diritto (LEA) (3).

Risoltasi ormai pressoché definitivamente, la fase propulsiva post istituzionale, sostenuta da una notevolissima spinta ideale e morale ed una adesione senza compromessi alla prospettiva dell' "intervento pubblico", da parte di tutti gli operatori, queste contraddizioni, seppur forse in maniera attenuata, interessano anche il sistema dei servizi di Salute Mentale.

## **Concetto di cura. L'irrisolta questione delle professioni e del loro apporto alla cura**

Definizione di cura: il complesso dei mezzi terapeutici e delle prescrizioni mediche relative a determinate malattie, o a stati morbosi generali.

Il termine cura ed il significato che più comunemente gli viene attribuito, sono ancora oggi idonei ad interpretare esaustivamente il sistema vasto delle attività e degli approcci che vengono garantiti in un servizio di salute mentale?

E per complesso dei mezzi terapeutici e delle prescrizioni mediche, debbono essere intese quelle del medico come figura professionale o quelle della scienza medica in senso lato, a cui possiamo considerare afferenti, almeno potenzialmente, ulteriori discipline (es. nelle facoltà di medicina e chirurgia sono presenti specifici corsi di laurea in infermieristica, fisioterapia ecc).

Quanto pare angusta ed asfittica per la esperienza operativa dei servizi di salute mentale, una interpretazione restrittiva del termine cura (secondo la definizione soprarichiamata)?

Il termine di "trattamenti" non è in grado di rappresentare meglio la complessità delle risposte assistenziali nei servizi? Penso in questo senso ai molteplici trattamenti che figure professionali diverse da quella del medico (anch'esse laureate) garantiscono ogni giorno nei nostri servizi.

Possiamo oggi escludere la valenza "terapeutica" di specifici approcci relazionali quali quelli psicoeducativi o cognitivo comportamentali rivolti a gruppi di utenti, che sono condotti da operatori non medici, i quali utilizzano con competenza ed appropriatezza metodi validati scientificamente e di provata efficacia secondo i dettami della evidenza scientifica?(4)

Così come del resto, il termine cura, nella accezione di impegno assiduo e diligente nel provvedere a qualcuno, appare inidoneo a tradurre il termine anglosassone, senz'altro più completo e pregnante di care: cura, attenzione, protezione, responsabilità. Non si tratta di questioni meramente semantiche; le parole hanno un loro significato e provocano, nella quotidianità, effetti che a questo significato sono legati. Oltre a determinati paradigmi, è forse giunto il tempo di rivisitare lo stesso lessico che utilizziamo.

## **Concetto di responsabilità**

Responsabilità nel diritto: situazione per la quale un soggetto può essere chiamato a rispondere della violazione colposa e dolosa di un obbligo.

In passato la responsabilità di cui trattasi gravava prevalentemente sulla figura del medico, essendo gli altri operatori, interpreti di attività meramente esecutive, emanazione diretta del volere – potere del medico stesso. Non vi è dubbio che, in virtù dello status giuridico normativo e della accresciuta competenza, tutte le professioni cosiddette intellettuali, a cui appartengono a pieno titolo quelle rappresentate da una specifica ordinistica e quindi tutte quelle che operano in salute mentale, sono chiamate a rispondere, spesso solidariamente di fatti o circostanze suscettibili di essere perseguiti giudiziariamente (5).

Non è casuale peraltro che, su sollecitazione di una spinta difensivistica (frequentemente eccessiva ed ingiustificata), si siano consolidate le competenze della medicina legale, ma stia collateralmente affermandosi una quasi altrettanto fiorente attività di infermieristica legale, quale disciplina riconosciuta e dal punto di vista formativo sostenuta, da numerose Università.

Del resto, l'abolizione del mansionario degli infermieri (legge n°42 – 1999), delinea una struttura competenziale infermieristica in piena espansione, proprio perché privata degli originari confini ed una conseguente prospettiva di occupazione di nuovi spazi operativi per gli infermieri, operazione certamente suscettibile di creare conflitti di competenza, prevalentemente con la professione medica (vedasi "see and treat" nei Pronto Soccorsi Toscani). Se invece assumiamo la definizione non strettamente giuridica di responsabilità quale congruenza con un impegno assunto o con un comportamento, che presuppongano l'accettazione di ogni conseguenza, specialmente dal punto di vista della sanzione morale oltreché giuridica, anche in questo caso non vi è dubbio che tutti i professionisti debbano considerarsi vincolati ad impegni operativi, sulla base di dettami morali, etici e deontologici (vedansi a tal fine, i codici etici e deontologici delle varie professioni) (6).

## **Integrazione pluriprofessionale**

Rappresenta un elemento portante delle strategie operative dei servizi. In salute mentale essa appare come una esigenza addirittura vitale.

Definizione di integrare: riunire a fini funzionali, fondere, inglobare. Integrato: risultante dalla fusione di vari elementi, nel quadro di una organizzazione unificata.

Le idee per l'integrazione circolavano già negli anni '80, e si riferivano ai concetti di polivalenza, integrazione interdisciplinare, prospettiva multiprofessionale (3).

Erano idee che miravano a superare la rigidità della mansione monoprofessionale, la staticità degli spazi di lavoro confinati ed a favorire alternativamente relazioni e raggruppamenti nei servizi e tra i servizi(3).

Erano idee che miravano a sviluppare le professionalità e la loro capacità di "fondersi" appunto sul terreno pratico della esperienza di lavoro e di rispondere così più adeguatamente alle sollecitazioni della utenza.

Questo concetto alto di integrazione tra servizi e tra professionisti, è compatibile con l'attuale organizzazione dei servizi sanitari, incentrati sulla gestione unilaterale delle aziende e di una apparentemente sempre più rigida articolazione monoprofessionale (responsabilità di strutture più o meno complesse per i medici, per gli psicologi, posizioni organizzative per gli infermieri, gli educatori, i tecnici di laboratorio, di radiologia, della riabilitazione ecc.)? Una organizzazione insomma pensata ed orientata ad erigere steccati ed orti, non produce forse l'esatto opposto della integrazione? Appare evidente che una siffatta articolazione, risponde prevalentemente alla esigenza di continuare a garantire la centralità della professione medica nel contesto della organizzazione dei servizi sanitari. Gli spazi gestionali garantiti alle altre professioni, appaiono spesso orientati più a "piegare" la capacità contrattuale delle stesse e con ciò pertanto la loro potenzialità conflittuale, che ad offrire prospettive di integrazione e cooperazione tra professionisti della salute, maggiormente congruenti con le aspettative della popolazione assistita.

Superare la condizione di separatezza e di incontiguità che interessa oggi i professionisti di tanti servizi di salute mentale e che coarta spesso notevolmente la loro capacità di risposta, passa necessariamente attraverso la ricontrattazione degli spazi operativi dei professionisti, in una condizione di pari dignità tra di essi ed in una cornice di politiche idonee per la salute mentale.

Quando nei servizi di salute mentale, potrà realizzarsi la effettiva condizione di coordinamento di un gruppo di lavoro pluriprofessionale strutturato ed ancor di più di una responsabilità organizzativa, per un infermiere, un educatore o un assistente sociale, avremo senza dubbio imboccato una delle strade che conducono verso la giusta prospettiva di riforma della operatività nei servizi.

## References

- 1 - Perris C., *Psicoterapia del paziente difficile*, Métis Editrice, Chieti, 1994.
- 2 - Piccione R., *Prevenzione e salute mentale*, Carocci Editore, Roma, 1998.
- 3 - Cavicchi I., *Il pensiero debole in sanità*, Edizioni Dedalo, Bari, 2008.
- 4 - Andrew G, Morosini P et Al, *Disturbi mentali – Competenze di base, strumenti e tecniche per tutti gli operatori*, Centro scientifico Editore, Torino, 2004.
- 5 - Cavicchi I., *Medicina e sanità: snodi cruciali.*, Edizioni Dedalo, Bari, 2010.
- 6 - Bassi M. et Altri., *La questione etica in psichiatria*, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma, 2000.

*I dati riportati negli articoli tengono conto delle disposizioni normative di cui al Codice sulla Privacy e dei provvedimenti del Garante consequenziali al trattamento dei dati per scopi scientifici, di ricerca e divulgativi.*

[0] commenti | comments