Alcuni spunti di riflessione sul gruppo di lavoro multiprofessionale in salute mentale

Author(s):
S. Castagnoli affiliation: Psichiatra, Responsabile Struttura Semplice SMA 11 Valdarno-Valdisieve ASL 10 FI
S. Giaccheriniaffiliation: Psicologa, Responsabile Riabilitazione, Prevenzione e Promozione della Salute del SOS SMA 11 Valdarno-Valdisieve ASL 10 FI
A. Giannini affiliation: Psichiatra, Responsabile Modulo Riabilitazione UFSMA Siena ASL 7 SI

Riassunto

La crescente domanda di valorizzazione dell'autonomia professionale, incentivata dal consolidamento di percorsi formativi sempre più articolati per le diverse professionalità che operano all'interno dei Servizi di salute mentale, diviene il punto di partenza per attivare una riflessione sull'organizzazione dei servizi.
Tenendo conto che, oltre alle spinte che provengono dalle professioni, molteplici sono le forze in campo che a diversi livelli esercitano pressione per un cambiamento dell'assetto organizzativo (una nuova valorizzazione del modello medico-biologico che trova una sua sinergia con l'organizzazione per processi, una crescente domanda di salute, cambiamenti socio-economici, ristrettezze di risorse per i servizi), si ripropone con forza un'organizzazione dei servizi centrata sul territorio e sul gruppo multidisciplinare, orientata alla comunità. Come modello organizzativo di riferimento viene assunto quello dipartimentale con le sue articolazioni territoriali (UFSMA e SOS), pur evidenziando la necessità di una maggior chiarezza nei processi decisionali e nell'assegnazione delle risorse. La presa in carico unica del paziente pur nel differenziarsi dell'intensità e complessità delle azioni terapeutiche di cui ha bisogno, la diffusione capillare sul territorio e radicata nella comunità locale risultano i punti cardinali su cui orientare i servizi. Il gruppo multidisciplinare, quale spazio di valorizzazione e integrazione dei diversi saperi e nello stesso tempo confine all'autonomia professionale, è considerato lo strumento d'elezione per comprendere la complessità del paziente e sviluppare una coerenza operativa tra specifici interventi.

Summary

The growing demand for enhancement of professional autonomy, boosted by the consolidation of training increasingly structured by the professionals working within mental health services, becomes the starting point to trigger a reflection on the organization of services.
Taking into account that, in addition to the pressures that come from the professions, there are many forces in the field and at different levels exert pressure for a change of the organization (a new value of medico-biological model that finds its synergy with the organization to processes, an increasing demand for health, socio-economic constraints of resources for services), it carries a strong organization of services centered on territory and on the multidisciplinary team, community-oriented. As a reference organizational model is assumed the departmental ones with its territorial divisions (UFSMA and SOS), even emphasizing the need for better clarity in decision making and resource allocation. The unique taking in charge of patient while in differentiating the intensity and complexity of therapeutic actions that it needs, the diffusion throughout the territory and deeply rooted in the local community are the cardinal points on which to direct services. The multidisciplinary team, as an area of development and integration of different disciplines and professional autonomy at the same time the border, is considered the tool of choice for understanding the complexity of the patient and develop an operational coherence among specific interventions.

Introduzione

Le riflessioni che seguono riguardano, in termini generali, la questione dell'autonomia professionale all'interno di un servizio multiprofessionale per la salute mentale, ma anche i rapporti di fiducia tra gli operatori. Il tema è estremamente attuale e ben più ampio, considerata la direzione di evoluzione che sta prendendo l'organizzazione dei servizi sanitari, in particolare nella nostra regione, ma non soltanto. Nell'ultimo incontro del Coordinamento degli psichiatri toscani si è discusso della questione e la sollecitazione a scrivere ci viene anche da questo.

La cornice di riferimento

Negli ultimi anni si sta procedendo verso una promozione ed una riqualificazione di alcune professioni la cui presenza nei nostri servizi (intesi di qui in poi come servizi multiprofessionali per la salute mentale di comunità) è imprescindibile. I percorsi formativi degli infermieri, degli educatori professionali, degli assistenti sociali sono ormai consolidati come percorsi che prevedono il conseguimento della laurea e cominciano ad essere diffuse anche le specializzazioni post-laurea per migliorare la professionalità nell'ambito della salute mentale. Niente di strano, quindi, che ciò si accompagni alla rivendicazione di una forte autonomia professionale, sancita anche da nuovi contenuti legislativi nazionali. D'altra parte è pure consolidato, non soltanto nella nostra regione, un sapere scientifico relativo ai nostri servizi, che li vuole multiprofessionali, a direzione unica, con gruppo di lavoro unico tra ospedale e territorio.
Si tratta del modello organizzativo dipartimentale che, sul piano normativo regionale, si realizza in un ruolo di coordinamento di un'articolazione territoriale la cui direzione operativa è data alle Unità Funzionali – in coerenza con la valorizzazione delle zone e la nascita delle SdS -intese come multiprofessionali e con personale assegnato, costituendo, di fatto, il vertice di un modello sotto-dipartimentale di zona. Tale modello organizzativo è condizione necessaria per rispondere alla cultura di riferimento dei nostri servizi, consolidata da molti anni di applicazione della legge 180, potendo garantire, con nostra ferma convinzione, le migliori potenzialità in termini di efficacia e di efficienza, favorendo una diffusione capillare sul territorio e radicata nella comunità locale della cura ed assicurando una presa in carico unica del paziente pur nel differenziarsi dell'intensità e complessità delle cure di cui ha bisogno (quello che molti riconoscono come il modello toscano per la salute mentale).
Nella ASL fiorentina, ad esempio, il modello organizzativo dato per i servizi per la salute mentale è, in coerenza con le leggi regionali, quello dipartimentale, ma è tuttavia

realizzato in modo parziale poiché intersecato ad aspetti del modello professionale. Valgano, per chiarire questo punto, le considerazioni che seguono. Sono nel DSM le U.O. professionali di Psichiatria, Psicologia, Neuropsichiatria infantile; non ci sono invece apicali nel DSM della U.O Infermieristica, della Riabilitazione e del Servizio Sociale. Sono assegnati ai servizi (UFSMA/UFSMIA e MOM - adesso SOS -) le risorse umane di medici, psicologi, neuropsichiatri, infermieri, educatori, ma, ad esempio, non gli assistenti sociali. Questa organizzazione, determinata da fattori coerenti con le complesse necessità della ASL (che naturalmente non possono tenere conto delle sole esigenze del DSM), contiene un livello di difficoltà aggiuntivo, che richiede evidentemente un maggior senso di responsabilità in tutti i dirigenti coinvolti nella gestione delle risorse umane, siano essi fuori o dentro il DSM.
Un modello operativo multidisciplinare di tale complessità, necessita sicuramente di un'organizzazione il più possibile chiara e definita dei percorsi che lo compongono, dei gruppi in cui si articola e dei processi decisionali, onde evitare paralisi operative per la confusione o i conflitti che le ambiguità organizzative talvolta ingenerano.

La tentazione di semplificare il meccanismo porta a percorsi segmentati in cui prevalgono o la linea professionale o quella operativa, (per esempio creazione di équipe per la linea ospedaliera, "territoriale", residenziale, etc.) a scapito dell'integrità del gruppo di lavoro o dell'interconnessione con il territorio.

A quello dipartimentale si contrappone, infatti, il modello organizzativo professionale. Questo modello è evidentemente applicabile in tutte le branche specialistiche in cui: a) non è prevista la necessità della costruzione di un pensiero comune del gruppo di lavoro attorno all'oggetto dell'intervento; b) il percorso di cura è suddiviso in più segmenti non sovrapposti, nei quali i singoli professionisti prestano la loro opera, diciamo così, in serie; c) la relazione terapeutica (intesa anche solo come la comunicazione verbale) con il paziente è di contorno (perché è molto più rilevante l'azione).

Nel campo della salute mentale l'applicazione di questo modello in modo rigoroso si scontra con notevoli problemi, se si assume come paradigma il modello bio-psico-sociale. Le criticità divengono, al contrario, un po' meno rilevanti, se si assume come criterio di riferimento, quello che riduce i disturbi mentali, o comunque la loro parte più rilevante, a pure disfunzioni biologiche (modello medico-biologico), nel quale la dimensione sociale riceve un'attenzione successiva e secondaria. Esso non prevede una lettura dei sintomi in termini di crisi del percorso di vita individuale/familiare, un'impostazione evolutiva del progetto terapeutico attraverso la risignificazione del disturbo, un orientamento alla valorizzazione delle risorse autonome del sistema, un'articolazione costante e coerente tra le molteplici dimensioni attraverso una altrettanto stretta articolazione tra le diverse competenze dell'équipe e, soprattutto, non prevede un'attitudine condivisa a cogliere la complessità. Esso, anzi, predilige la lettura dei fenomeni in termini di linearità. E', purtroppo, forte la sensazione che questa visione stia prendendo campo nuovamente, anche perché in sintonia con le necessità di semplificazione ed economia organizzativa di cui si parla in queste riflessioni.

Non dimentichiamo, infine, come elementi rilevanti del quadro, ancora due fattori che riguardano l'aumentare della pressione della richiesta sui servizi di salute mentale.
Il primo è relativo al mutamento della cultura intorno alla domanda di salute che, in termini generali, risente del fatto che i cittadini "pretendono" la "guarigione" anche dalle patologie più drammatiche in tutte le età (è diminuita la tollerabilità della morte e dell'esito permanente) e, contemporaneamente, chiedono sollievo anche dai disagi più lievi. Rispetto allo specifico campo di lavoro della salute mentale, si aggiunge a questi elementi l'impatto della crisi economica che riduce il benessere, aumenta il numero delle situazioni marginali e delle emergenze sociali e azzera spesso la disponibilità alla solidarietà, in particolare verso chi è portatore di una diversità. Senza contare poi la forte plasticità che sta assumendo il disagio psichico sempre meno codificabile nelle categorie nosologiche tradizionali.
Il secondo fattore è la progressiva riduzione delle risorse disponibili per il servizio pubblico che, nei fatti, deve fronteggiare un forte aumento della domanda di salute facendo i conti con un depauperamento ormai divenuto considerevole delle risorse sia umane che economiche.
A maggior ragione si rende necessario un approccio capace di interpretare in maniera "critica" la domanda, anziché rispondere in modo standardizzato, ancorché efficiente, secondo un paradigma medico che rischia di essere inappropriato.

Le relazioni e l'autonomia professionale nel gruppo di lavoro multiprofessionale

Se il quadro di riferimento descritto sopra può essere condivisibile è allora evidente che occorre avere particolare cura delle relazioni nel servizio con la finalità di raggiungere una sinergia culturale e una coesione operativa, attraverso un senso di appartenenza per cui ciascuno possa identificarsi con il proprio gruppo di lavoro senza per questo "sacrificare" l'appartenenza al proprio gruppo professionale. Ognuno deve poter dare il proprio contributo, che risente appunto della propria formazione e che concorre a costruire, di volta in volta, una lettura condivisa e partecipata ed un conseguente progetto individuale per i "pazienti complessi" (quelli che appunto richiedono un intervento di più operatori), così come per la comunità di riferimento (prevenzione e promozione della salute). La sintesi di questo percorso che coinvolge il gruppo di lavoro come mente collettiva è spesso spontaneamente condivisa, ma laddove si confrontino valutazioni, idee e/o proposte diverse compete al responsabile del gruppo perseguirla e prendere le decisioni conseguenti tenendo necessariamente conto del contributo di tutti. E' in questo preciso senso che sosteniamo, senza tema di incorrere in stupidi anatemi, che l'integrazione dei saperi multidisciplinari è fondamento del gruppo di lavoro e che l'autonomia professionale assoluta in un servizio multiprofessionale per la salute mentale non esiste. Non esiste infatti la possibilità per nessuno, compreso ad esempio lo specialista curante, di definire e realizzare un intervento complesso (che cioè coinvolga altre professionalità) senza che questo sia, almeno in larga misura, condiviso con chi è coinvolto nella sua realizzazione. E' evidente che senza questo presupposto fallirebbe senz'altro. Perché? Perché il nostro strumento di lavoro principale consiste nella relazione terapeutica che si realizza attraverso le interazioni che tutti gli operatori hanno con i pazienti, con il loro ambiente, con la comunità. Insomma sono le comunicazioni (verbali e non verbali) che avvengono attraverso i diversi operatori il nostro bisturi e il nostro antibiotico. Dobbiamo sempre tener conto nel nostro operare delle risorse umane in campo (e non solo di quelle interne al servizio), della loro (e nostra) disponibilità a mettersi in gioco, delle loro (e nostre) competenze, delle loro (e nostre) difficoltà, delle loro (e nostre) paure e, naturalmente, dei loro (e nostri) talenti e punti di forza.
Non troviamo affatto problematico riconoscere il limite della propria autonomia professionale in un contesto come quello descritto (che in realtà si confronta anche con mille altre forze in campo esterne al servizio che anch'esse incidono sull'autonomia professionale) e crediamo che sia semplicemente sbagliato e controproducente rivendicarla in assoluto. Troviamo, invece, estremamente positivo che questo limite porti con sé il grande vantaggio dell'arricchimento che deriva dalla collaborazione con gli altri operatori e la forza straordinaria che il servizio può esprimere quando è unito nel perseguire un progetto complesso.
Se si assumono le considerazioni che precedono come sensate ne consegue che il momento della discussione monoprofessionale non dovrebbe costituire, salvo occasioni particolari e problemi specifici, una modalità di lavoro di tipo routinario interna al servizio, mentre vanno salvaguardati momenti monoprofessionali in contesti più ampi di quello del servizio.

Considerando che in un servizio vi siano incontri dei vari presidi (con la partecipazione degli operatori e del dirigente responsabile del presidio), un incontro settimanale dei dirigenti (medici, psicologi, coordinatore infermieristico) e, infine, un incontro settimanale di tutto il servizio che si tiene, a rotazione, nei vari presidi, se il gruppo di lavoro funziona, tutte le questioni, anche quelle più problematiche, dovrebbero poter essere discusse in uno di questi contesti.

Riferimenti

- 1.Coordinamento Psichiatri Toscani "Il modello toscano per la salute mentale" atti congressuali, Siena 2005
  2. Ba G. "Strumenti e tecniche di riabilitazione psichiatrica e psicosociale" Franco Angeli, Milano 2003
  3. U.N.A.SA.M. "Obiettivo Salute Mentale" Percorsi Editoriali, Roma 2000Balestrieri A., Muggia E., Rossi A., Scapicchio P.L., Trabucchi M. "Il pianeta schizofrenia" La Nuova Italia Scientifica, Roma 1996

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