U.N.A.SA.M - odv
per la Salute Mentale
Sede Legale c/o Istituzione G.F.Minguzzi Via Sant'Isaia, 90 – 40123 Bologna
Tel.051.6598460/328.7819230 -mail: unasam@unasam.it

C.F.:96256330588

Al Ministro della Salute Dott. Orazio Schillacci

Alla Ministra dell'Università e della Ricerca Dott.ssa Anna Maria Bernini

Al Presidente dell'Istituto Superiore di Sanità Prof. Silvio Brusaferro

LORO SEDI

e p.c. Alle Comunità Scientifiche

Agli Ordini Professionali

Oggetto: proposte per la formazione del personale che opera nei servizi di salute mentale di comunità

L'Unione Nazionale delle Associazioni per la Salute Mentale, unitamente al proprio Comitato Scientifico, presenta qui di seguito le proposte elaborate dai componenti del Comitato per un catalogo delle priorità formative in una salute mentale orientata al cambiamento

Negli ultimi 40 anni la psichiatria nel mondo si è gradualmente spostata da un'assistenza prevalentemente basata sulle istituzioni psichiatriche ad un'assistenza prevalentemente offerta nei luoghi di vita delle persone con malattia mentale, dando vita a Servizi orientati alla Salute Mentale di Comunità (SMC) (Thornicroft e Tansella, 2000, 2009; Cardamone e Zorzetto, 2000).
La SMC travalica considerevolmente il campo della psichiatria. In un'ottica di cura comunitaria, così come sperimentato negli anni '60 e '70 del secolo scorso da Franco Basaglia per lasciarsi alle spalle la tradizione delle istituzioni totali, la psichiatria non può che avvalersi di una prospettiva interdisciplinare e multisfaccettata.
La proposta si pone in relazione a quanto l'UNASAM ha sostenuto nella Conferenza Nazionale Salute Mentale e in particolare a quei punti che in sostanza vorrebbero riflettere i principi della riforma psichiatrica sancita dalla legge n. 180 del 1978, contestualizzata nella realtà odierna, dunque aggiornata e modernizzata alle sensibilità e alle culture contemporanee.
Il tema dei servizi, e non dei saperi in astratto, ne è certamente l'aspetto principale e quindi qualificante. Di seguito alcune delle domande che ci poniamo:

- Come si declina oggi il modello di DSM ipotizzato dal Progetto Obiettivo del 1999 e delle sue "strutture" (CDSM, SPDC, SR, CD, DH), tenuto conto dell'estrema variabilità dei contesti regionali? Si può ragionare ancora per strutture separate e non per percorsi di cura, con al centro la persona come attore principale?

- Come formare le persone che operano nei servizi ad una salute mentale che vede nel territorio / comunità la sua ragione d'essere, nel momento in cui è uscita dai contenitori manicomiali?

- Come organizzare il lavoro terapeutico, attraverso la costruzione dei servizi "forti" e capaci di presa in carico (che siano aperti 24 ore o meno), di evitare il TSO, di evitare la residenzialità passiva, di intervenire proattivamente ed intensivamente sulle crisi a domicilio, di essere assertivi ma non oppressivi, di non delegare agli SPDC, di investire sulle potenzialità dell'utente in termini di autonomia, ripresa e socialità?

- Come offrire risposte che tengano conto delle indicazioni derivanti dallo studio delle determinanti sociali della salute mentale e che siano quindi integrate con le risposte che vengono dal territorio stesso e dagli altri servizi (sociali, terzo settore, ecc.)?

- Come affrontare il rapporto con la medicina, all'interno dei servizi di diagnosi e cura e nei programmi di liaison, ma più ancora nella dimensione del territorio e delle cure primarie, senza essere omologata al modello medico tout-court?

- Come si relaziona la salute mentale, in quanto disciplina che non si riassume nella psichiatria di comunità, al sociale e al sanitario, alla medicina del territorio, ai distretti e alle case della salute?

- Come interpretare il rapporto con la giustizia, e con esso il rischio di sanzione per comportamenti trasgressivi della norma, intervenendo prima delle agenzie dell'ordine pubblico, ed evitando poi, nell'ambito penale, che ci sia di nuovo una delega alla psichiatria oggi chiamata "forense" di occuparsene? Come relazionarsi con i contenitori vecchi e nuovi della devianza (carcere e Rems?)

- Come cambiare la cultura dei servizi incentrandola sul rispetto dei diritti umani, che l'OMS mette al centro anche rispetto ai problemi di salute mentale di richiedenti asilo e rifugiati, riconoscendo che non c'è "recovery" senza diritti e che la violazione dei diritti umani può determinare problemi psicologici e psicopatologici?

- E in tutto questo, come si declinano oggi i ruoli professionali, da quello piuttosto equivocato del "dirigente" medico o psicologo alle spinte emergenti che vengono dalle scienze infermieristiche, dal management, dai saperi psicologici, riabilitativi ed educativi? Come deve interpretarli ciascun operatore per evitare di ricreare nuove istituzioni oppressive sul territorio oppure (di nuovo, le Rems e il carcere) fuori di esso?

Nel discutere le implicazioni sulla formazione del personale, derivanti dall'orientamento dell'assistenza in salute mentale verso i modelli basati sulla comunità, nel quadro dell'abolizione dei manicomi e del contrasto a nuove forme di istituzionalizzazione, dobbiamo considerare non solo i servizi per gli adulti, dato che quasi tutti i settori della psichiatria coinvolgono interventi che si attuano a livello extraospedaliero ed extraistituzionale.
Per questo, le nuove abilità, conoscenze ed attitudini, richieste per affrontare le sfide comportate dall'offerta di assistenza psichiatrica sia nella comunità che nei contesti ospedalieri, devono riguardare tutto il personale e tutte le professionalità, operanti nelle diverse componenti dei DSM (CSM, SPDC, UONPIA, SerD, Residenze pubbliche e private, Centri Diurni). Lo sviluppo di tali competenze è essenziale per offrire servizi sicuri, efficaci e sostenibili per le persone con bisogni complessi di salute mentale.
Una formazione in salute mentale orientata alla Salute Mentale di Comunità deve:

- Essere ispirata ai suoi principi fondanti. Definiamo "Salute Mentale di Comunità" una prassi di salute mentale focalizzata sull'individuazione, la prevenzione, il trattamento precoce, la riabilitazione e l'inclusione sociale delle persone con disturbi emotivi e cognitivi, desocializzazione e marginalità e devianza, tenendo conto dei loro percorsi evolutivi nei loro contesti di vita e non limitandosi a "visitarle in ambulatorio" o a "collocarle in strutture psichiatriche". Particolare enfasi è posta sui fattori sociali, interpersonali e ambientali che contribuiscono alla malattia mentale, sulla precocità dell'intervento e sul fatto che primo erogatore di supporto e di assistenza è la comunità di appartenenza della persona, e non una specifica struttura, come un ospedale o una residenza. In questo senso, la Salute Mentale di Comunità si caratterizza sia come strategia preventiva sia come azione che si declina nel contesto sociale e si configura come un approccio che si interessa in modo primario della salute della popolazione e non solo di quella dei singoli individui, e che si radica in territori definiti, offrendo cure che si realizzano nei contesti di vita utilizzando le risorse dei servizi di comunità e altre risorse disponibili sul territorio, ma anche orientandosi alla promozione della salute, alla prevenzione e allo sviluppo di comunità e al riconoscimento del ruolo e del valore della dimensione culturale nella comprensione delle sofferenze individuali e collettive nei processi di cura.

- Essere fondata sulla conoscenza delle caratteristiche attribuite dalla Organizzazione Mondiale della Sanità ai servizi di salute mentale, basati sulla comunità e responsabili di territori definiti, che devono includere tutte le componenti necessarie in modo integrato (*comprehensive)*, essere accessibili ed efficaci, nonché orientati a difendere e sostenere i diritti umani e la recovery, capaci di favorire l'empowerment individuale, collettivo e culturale, di ridurre l'esclusione sociale e contrastare l'abbandono, l'abuso, il maltrattamento e la violazione dei diritti umani delle persone con malattie mentali. Servizi infine chè siano capaci di porre attenzione alle persone i cui problemi di salute mentale possono essere messi in connessione diretta o indiretta alla violazione dei loro diritti umani (richiedenti asilo e rifugiati). Essi devono essere orientati all'intero ciclo di vita degli individui, ed essere responsabili in modo continuativo dei bisogni di salute mentale di una comunità, favorendo l'accesso, la partecipazione, la promozione e l'offerta di trattamenti appropriati, basati sui diritti, sui valori e sulla capacità di mediazione nei confronti delle diverse visioni culturali che rinviano ad appartenenze e ad attaccamenti specifici delle persone, oltre che sull'evidenza scientifica.

Ma anche essere fondata sulla conoscenza delle esperienze virtuose che, tra gli anni '60 e '70, nel nostro Paese, hanno lasciato esempi paradigmatici di psichiatrica non custodialistica e non repressiva."

- Promuovere l'integrazione tra servizi territoriali (e con i CSM prima di tutto, in quanto centri nevralgici della cura) e setting ospedalieri, per consentire la massima collaborazione possibile.

- Offrire strumenti per la prevenzione primaria (promozione di condizioni per prevenire lo sviluppo di disturbi mentali), per la prevenzione secondaria (trattamento precoce per prevenire l'ulteriore sviluppo del disturbo e la sua più grave conseguenza, ossia la disabilità) e per la prevenzione terziaria (applicazione di misure riabilitative per ridurre la disabilità e lo svantaggio sociale).

- Offrire strumenti per comprendere l'impatto del contesto sociale e culturale sulla salute/malattia mentale e sui processi di cura e per conoscere, individuare ed

isolare i fattori sociali, culturali e ambientali, che contribuiscono alla genesi delle malattie mentali, come anche ai processi di recovery e di inclusione sociale.

- Permettere agli operatori di ponderare il ruolo dei processi migratori (interni o internazionali) nella genesi e nel mantenimento dei disturbi psichici.
- Offrire strumenti per lo sviluppo di servizi di salute mentale onnicomprensivi, con particolare attenzione ai servizi ambulatoriali ed extramurali, al fine di supportare il maggior numero possibile di persone nei loro luoghi di vita ed evitare che vengano di nuovo collocate in istituzioni totali.
- Offrire strumenti per lo sviluppo di una rete comunitaria, risultato degli sforzi di tutte le organizzazioni a vario titolo implicate nella promozione della salute mentale (ospedali generali, dipartimenti sanitari, scuole, servizi sociali, associazioni religiose e laiche, mondo dell'imprenditoria e dell'industria, sindacati, organi legislativi, tribunali e carceri, terzo e quarto settore).
- Offrire strumenti per lavorare secondo il modello basato sulle risorse e centrato sul soggetto fruitore di servizi.
- Favorire la conoscenza e l'applicazione dei principi di recovery e della riabilitazione psichiatrica.

Specifiche Abilità

Lavorare nei servizi di Salute Mentale di Comunità richiede l'abilità di:

1. Essere flessibili, ossia disponibili ad incontrare le persone soprattutto nei rispettivi contesti di vita (domicilio, scuola e lavoro innanzitutto), ed anche nei servizi (dal CSM al SPDC, agli ambulatori dei medici generici, negli appartamenti supportati (compresi gruppi appartamento), in carcere e in Rems, e in ogni possibile contesto sociale in cui essi si trovino, dalla strada al bar, sapendo individuare per ciascuno di essi io specifico contributo delle varie professioni e discipline e le loro specifiche potenzialità.
2. Valutare i bisogni e il funzionamento della persona in modo multidimensionale nei contesti della comunità (casa, lavoro, tempo libero, scuola), sviluppando un rapporto di fiducia non solo con lei, ma anche con chi interagisce e si prende cura di lei (famiglia, amici, partner, ecc.). La formazione deve comprendere anche la valutazione dei bisogni complessi dei pazienti con malattia di lunga durata, compresi quelli che sono stati inseriti nelle residenze o negli appartamenti supportati.
3. Affrontare le crisi acute in un contesto comunitario, evitando il più possibile l'ospedalizzazione, e, nel caso in cui si debba ricorrere ad un ricovero, negoziare l'ammissione e renderla comprensibile, evitando che venga vissuta come una punizione o come un arbitrio dei professionisti.
4. Nel raccogliere gli elementi della biografia della persona, dare rilievo non solo all'esame dello stato mentale, ma anche al funzionamento sociale, alla maturità emotiva e alla regolazione delle emozioni, all'inserimento nei contesti di vita e alle logiche culturali che sottendono simili punti di forza.
5. Revisionare la terapia farmacologica frequentemente e regolarmente e condurre l'attività prescrittiva sulla base del processo decisionale condiviso e dei principi di

farmacoterapia razionale ed etica, con attenzione agli effetti collaterali e al rapporto danno-beneficio degli psicofarmaci.

6. Saper lavorare nell'équipe multiprofessionale, effettuare valutazioni condotte in équipe e favorire l'omogeneità dell'approccio al paziente e alla sua famiglia, in modo da evitare scollamenti, frantumazioni o incoerenze degli interventi e favorire la continuità terapeutica.

7. Intervenire in modo proattivo e tempestivo, evitare un atteggiamento di attesa, ma nel contempo non impedire i movimenti emancipativi dell'utente.

8. Saper costruire un rapporto di partnership, improntato al dialogo, alla negoziazione, al processo decisionale condiviso e alla mediazione dei valori e delle visioni culturali, considerando il consenso informato e le disposizioni anticipate di trattamento.

9. Saper relazionarsi alle categorie più marginali, portatrici di problemi psichiatrici (senzatetto, immigrati, rifugiati politici, ecc), e possedere competenze culturali per la lettura e il soddisfacimento dei bisogni di popolazioni di diversa etnia e provenienza culturale.

10. Saper individuare tempestivamente le esacerbazioni della malattia e offrire, con altrettanta rapidità, un intervento intensivo e limitato nel tempo, fornito in un ambiente comunitario, includendo, nell'offerta del supporto, anche i membri della famiglia.

11. Gestire il carico dei casi e sapere quando e come dimettere gli utenti dai servizi di salute mentale, e con quali eventuali supporti. Questo anche perché l'incremento del tasso di prevalenza e di incidenza delle diverse malattie mentali, a cui si assiste da diversi anni, determina il rischio che i carichi dei pazienti si espandano oltre la reale capacità di gestirli.

12. Saper gestire la frustrazione dell'insuccesso degli interventi, interrogandosi sui relativi motivi e offrendo all'équipe e all'utente ulteriori possibilità.

13. Condurre una lettura sistemica del disagio portato dall'utente sia nella crisi che nelle condizioni di sofferenza e disabilità protratte o croniche. Tale lettura dei problemi aiuta gli operatori a superare la tendenza a colpevolizzare, senza tuttavia rinunciare ad attribuire ruoli e compiti che, con una modalità di assunzione di impegni reciproci, connette gli attori del sistema chiamato in causa. All'interno del sistema vi è anche il servizio, che deve quindi imparare a considerarsi non solo il soggetto che cura, ma anche un "terzo" fuori dai giochi rispetto allo specifico utente e il suo sistema.

14. Sviluppo dell'autoconsapevolezza, che non può essere affrontata solo nelle (spesso sporadiche) occasioni di supervisione, ma come un tema di riflessione in tutto il percorso di formazione di base e poi in quella continua, secondo un modello di cura continua, nel lavoro e nella vita. Questo permette all'operatore di cogliere se stesso come "strumento di lavoro" tra gli altri e di identificare i propri limiti e le proprie qualità e potenzialità. Lo sviluppo dell'autoconsapevolezza favorisce la capacità di gestire la frustrazione del fallimento, senza attribuirne la colpa a se stessi né all'utente, e quindi riduce il rischio del burn-out. Significa anche far sì che la maturazione dell'operatore in quanto individuo privato contribuisca alla maturazione dell'operatore in quanto cittadino e viceversa, e promuova uno degli

aspetti fondamentali della formazione e della pedagogia, che è quello della crescita combinata e sinergica della persona e del professionista.

15. Saper vedere il proprio sapere tecnico come un sapere comunicabile al pubblico e agli utenti, in modo che la propria competenza non sia una barriera alla comunicazione, bensì un ambito di condivisione. Questo è indispensabile se si vuole costruire conoscenza condivisa e co-progettazione, in cui non solo gli operatori capiscono, problematizzano e accolgono il punto di vista di utenti, familiari e altri soggetti coinvolti, ma anche forniscono elementi con cui questi possono interagire, senza assumere le competenze tecniche del tutto a scatola chiusa.

Specifiche conoscenze

Lavorare nei Servizi di Salute Mentale di Comunità richiede:

- Conoscenza dei modelli di servizio e degli interventi innovativi, in particolare del loro ruolo nel prevenire l'ospedalizzazione, nel facilitare le dimissioni, nel migliorare il funzionamento sociale e nell'integrarsi con i servizi sociali e con le risorse della comunità. Questo perché la Salute Mentale di Comunità accorpa varie forme di trattamento e utilizza diversi modelli di erogazione dei servizi.

- Conoscenza approfondita sia dal punto di vista teorico che applicativo degli interventi psicosociali, al fine di favorire un cambiamento di approccio, da quello basato sulle sindromi mediche tradizionali a quello basato sulla persona, con un focus sulle vulnerabilità, sugli stressor ambientali, sui contesti di vita, compreso quello familiare, e sulle dimensioni culturali. In quest'ottica diventa fondamentale prendere in considerazione e dare la giusta rilevanza agli interessi e agli obiettivi personali degli utenti.

- Conoscenza del lavoro multidisciplinare. Questa può essere una transizione difficile da compiere e le competenze per gestirla devono essere apprese. È essenziale la conoscenza dei ruoli dei medici, degli infermieri, degli assistenti sociali, dei tecnici della riabilitazione psichiatrica, degli psicologi, degli educatori e degli operatori di supporto e delle aree di sovrapposizione e complementarietà dei ruoli nel lavoro d'equipe. Essa va declinata in aree diverse, ad esempio nel trattamento nella fase acuta, nella prevenzione delle ricadute e nella gamma degli interventi psicosociali, ma anche nella costruzione dei progetti personalizzati e nella comprensione dei fattori psicosociali e di recovery.

- Conoscenze relative al ruolo della leadership nei servizi di salute menale, alle sue competenze cliniche, ma anche alle capacità motivazionali e trasformative e alle strategie per promuovere processi di cambiamento del sistema dei servizi.

- Conoscenza dei principi della presa in cura territoriale, che implica come stendere un progetto terapeutico (ri)abilitativo finalizzato all'inclusione sociale (e che prevede conoscenza della storia personale e familiare, rilevazione dei punti di forza e debolezza, dei bisogni di cura, e costruzione di un piano di cura e trattamento - farmaci, interventi riabilitativi e psicoterapici, interventi in caso di crisi e di emergenza, interventi assistenziali e quant'altro), un piano di prevenzione delle ricadute, nell'ottica più generale di co-costruire un progetto di vita nei vari aspetti e domini (obiettivi di vita, abilità e supporti da sviluppare, necessari per il suo raggiungimento) e del relativo percorso di recovery.

- Conoscenza dei principi della presa in carico e del *case management*, individuale e di equipe, svolti di solito da infermieri, tecnici della riabilitazione psichiatrica o assistenti sociali.

- Conoscenza della stretta relazione tra fattori e determinanti sociali avversi (per es. essere senza casa, senza lavoro o senza attività significative, stigma, stereotipi sociali e discriminazione) e malattia mentale e di come contrastarli e ridurli possa influenzare positivamente la salute mentale e i processi di recovery. Ciò comporterà il collegamento con tutte le risorse non sanitarie della società e della specifica comunità (servizi sociali, terzo e quarto settore, ecc.)

- Conoscenze delle competenze relative all'uso della mediazione linguistico-culturale in salute mentale, alla formulazione culturale della diagnosi e alla presa in considerazione dei fattori culturali che influenzano i processi di cura.

- Competenze in ambito epidemiologico e valutativo. Queste hanno a che vedere con l'approccio critico rispetto al proprio lavoro e la disponibilità ad un miglioramento continuo delle prestazioni, delle competenze e delle attitudini. L'efficacia del proprio operato non può essere valutata solo dal singolo operatore, né dalla singola équipe. E' necessario utilizzare parametri che consentano di leggere l'attività del servizio rispetto ai valori che si vogliono vedere realizzati e ad obiettivi che devono venire raggiunti in base ai bisogni della popolazione seguita. Occorrono strumenti per la costruzione di un bilancio sociale del servizio trasparente e per saperne trarre delle indicazioni.

- Acquisizione di familiarità con la letteratura scientifica. Questo serve a più scopi: cogliere la complessità del dibattito sulla salute mentale e la salute pubblica; essere più informati sui temi e gli interventi potenzialmente innovativi; avere la possibilità di essere critici e non recipienti passivi di interventi e strategie riferiti come imprescindibili o dagli effetti miracolosi; sentirsi parte di una più ampia "comunità di conoscenza" a cui si deve poter sempre avere accesso, nonostante la tecnicità e la specificità dei saperi.

- Conoscenze di natura sociologica e antropologica sul ruolo delle istituzioni e dei servizi e sulla relazione tra utenza e servizi e sul potere che il singolo operatore rappresenta ed esercita, e pertanto sul significato che questa posizione assume nel rapporto con l'utente, che non è mai da vedersi esclusivamente come un rapporto tra i due individui, operatore e utente. La capacità dell'operatore di vedere la propria posizione in un contesto sociale e politico (della polis) si accompagna alla consapevolezza che i servizi e le stesse conoscenze hanno un ruolo che non è solo quello di definire, implementare ed erogare interventi, ma anche di definire regole sociali e morali, oltre che specifiche visioni cultuali.

- Conoscenza dell'esperienza italiana di deistituzionalizzazione, delle sue prerogative e possibilità messe in campo, come guida dalla quale non poter più prescindere in ogni progettazione di presa in cura.

- Conoscenza di pratiche molto efficaci e gradite agli utenti e ai familiari, come l'Inserimento Eterofamiliare Supportato di Adulti (IESA), un progetto di inserimento di pazienti psichiatrici adulti nel contesto di famiglie ospitanti, che decidono di aprire la propria abitazione a un ospite proveniente dal circuito della psichiatria canonica, . o il Dialogo Aperto, utilizzato nell'ambito degli interventi sugli esordi sintomatologici di adolescenti e adulti, attraverso incontri domiciliari che coinvolgono la famiglia e la

rete sociale del paziente, condotti da un'èquipe multi-professionale appositamente formata e organizzata.

Specifiche Attitudini

Lo sviluppo di atteggiamenti appropriati è fondamentale: senza di essi l'uso delle competenze e delle conoscenze acquisite sarà gravemente compromesso.[1] Una formazione orientata alla Salute Mentale di Comunità dovrebbe favorire lo sviluppo delle seguenti attitudini:

- Focus sulla prevenzione, sulla qualità della vita e sulla collaborazione tra operatori/utenti /famiglie, piuttosto che sulla malattia, sui deficit e sul controllo/potere.
- Formazione alla capacità di ascolto attivo, di comunicazione, di dialogo e di negoziazione attiva.
- Tendenza a lavorare in rete (famiglie, MMG, servizi sociali, volontariato ecc). E' auspicabile un'apertura dei servizi alle opinioni di tutti coloro che sono coinvolti nel piano di trattamento del paziente (incluso quest'ultimo), così come la disponibilità, da parte degli operatori, a valutare il proprio lavoro e i propri comportamenti professionali. Dovrebbe prevalere un atteggiamento di partnership e non di paternalismo/potere.
- Disponibilità a svolgere funzioni di advocacy a favore dei pazienti e a lottare per l'ottenimento delle risorse necessarie perché essi raggiungano gli obiettivi di vita (compresi i diritti di cittadinanza e di protezione internazionale).
- Enfasi sulla comunicazione tra tutti i soggetti convolti nel trattamento, promuovendo la condivisione di tutte le informazioni pertinenti e la messa in rete di tutte le competenze.
- Conoscenza di strategie e atteggiamenti funzionali a contrastare lo stigma nelle sue diverse forme e costrutti.

Peculiarità della formazione in salute mentale e la formazione sul campo

Da quanto finora affermato si evince che per orientare le pratiche dei servizi alla Salute Mentale di Comunità sono *necessarie specifiche conoscenze, abilità ed attitudini.* Tali competenze professionali non sono finalizzate ad apprendere l'uso di specifiche tecnologie (TAC, RNM) o ad interpretare analisi laboratoristiche, ma ad orientare i comportamenti degli operatori della salute mentale, il loro modo di comunicare, il loro modo di interpretare i comportamenti dei pazienti e il loro modo di evidenziare i relativi risultati *alla luce dei principi della recovery e dell'inclusione sociale, al fine di essere «efficaci».*
Quindi, ancora di più che in altre branche della medicina, la formazione in salute mentale è finalizzata ad acquisire un «tecnica umana» (Anthony 2003) dato che la tecnologia (ossia gli strumenti con i quali si fa diagnosi e trattamento) *sono gli operatori che quotidianamente hanno rapporti con gli utenti e con le loro famiglie.*

1Il Sainsbury Centre for Mental Health (1997) descrive come la formazione tradizionale per gli operatori della salute mentale si sia concentrata più sulla "cura" che sul "prendersi cura/supportare" e afferma che ciò non è più appropriato per lavorare nella comunità con persone con grave malattia mentale.

A questo proposito è necessario che gli interventi formativi siano orientati ai seguenti modelli:

- Formazione pratica *(Experience Training)*, che si avvale di tirocini e workshop, tesi a sviluppare nella personale abilità e attitudini nuove tramite programmi che privilegiano la pratica clinica e che offrono possibilità di sperimentare con gli stessi utenti le conoscenze teoriche.

- Formazione pratica intensiva (*Expertise Training*) che si propone di sviluppare ulteriormente le abilità, inducendo negli operatori cambiamenti comportamentali. Il focus del training è la dimostrazione pratica di abilità da parte di operatori esperti direttamente con i pazienti, seguita da un role play effettuato dagli operatori prima in vitro (ossia in ambiente simulato) e poi in vivo, ossia direttamente con gli utenti e con le famiglie.

- Formazione fondata sul Training Interattivo di Equipe, consistente in incontri dei formatori con i componenti dell'équipe e con i dirigenti sul luogo di lavoro, in modo da affrontare direttamente e collegialmente eventuali fattori ostativi all'applicazione delle nuove metodologie di intervento e di far crescere la cultura complessiva del gruppo.

- Programmi formativi condotti da Utenti "Esperti". Un'incidenza ancora maggiore sulle attitudini del personale, nel senso di predisporlo più positivamente verso la realtà del disturbo psichiatrico, si ottiene dai training formativi sul posto di lavoro condotti da utenti e da ex Utenti "Esperti". La particolare efficaca dei programmi nei quali utenti esperti sono i docenti è dovuta al fatto che il ruolo radicalmente diverso da quello usualmente rivestito (di paziente psichiatrico) incrina i pregiudizi e gli sterotitpi sulla malattia mentale, presenti anche tra gli operatori, i quali scoraggiano l'offerta di trattamenti efficaci e appropriati.

- Programmi formativi condotti da Familiari "Esperti" per:

  - aiutare i politici e i professionisti dei servizi a comprendere le esigenze di salute mentale delle famiglie e a lavorare con le famiglie per soddisfare queste esigenze;

  - promuovere il superamento di attitudini colpevolizzanti, giudicanti o moralistiche da parte dei servizi, sviluppando una prassi caraterizzata da valorizzazione delle risorse delle famiglie, coinvolgendole nelle scelte di trattamento e considerandole agenti di cambiamento;

  - contribuire all'individuazione di indicatori di qualità e di efficacia dei servizi, considerati rilevanti per le famiglie;

  - dotare i servizi di strumenti per sostenere la salute mentale della famiglia, senza avere paura della malattia mentale, ma destigmatizzandola e trattandola allo stesso modo in cui si approccia la malattia fisica, al fine di ridurre al minimo l'impatto della malattia su tutta la famiglia.

  - Aiutare il personale dei servizi a riconoscere che le famiglie sono membri capaci e apprezzati che, con un supporto efficace, possono 'contrastare ' la malattia e vivere in modo più pieno e soddisfacente.

Ulteriori aree da considerare per lo sviluppo delle competenze dei professionisti alla luce della Salute Mentale di Comunità

- Favorire il tirocinio degli psichiatri in formazione nei servizi di salute mentale, supervisionandoli sia individualmnte sia in piccoli gruppi, incoraggiandoli ai contatti con i pazienti, soprattuto quelli più complessi e sfidanti, e definendo chiari obiettivi di apprendimento. Si ritiene che i tirocinanti debbano fare un'esperienza di Salute Mentale di Comunità all'inizio della loro carriera e che debbano essereparte integrante dell'èquipe dei servizi. Il loro percorso di crescita e il loro livello di coinvolgimento richiederanno un attento monitoraggio da parte dei tutor clinici per garantire che siano adeguati al loro livello di esperienza. I programmi per la formazione medica specialistica dovrebbero includere sempre l'esperienza di pratiche psichiatriche territoriali, comprese le visite domiciliari, gli interventi nei luoghi di vita delle persone con malattie mentali, la costruzione di rapporti di partnership con utenti e familiari, le modalità prescrittive faramacoterapiche orientate ad una pratica etica e razionale, il lavoro integrato con gli infermieri, i tecnici della riabilitazione psichiatrica, gli assistenti sociali e gli psicologi.

- Contemplare la frequenza dei medici generici in formazione nei servizi di salute mentale, al fine di aumentare le loro conoscenze, non solo sulla patologia psichiatrica, ma anche sulle pratiche della Salute Mentale di Comunità e sull'integrazione tra salute mentale e Cure Primarie.

- Orientare la ricerca e gli audit a modelli di assitenza comunitari.

- Sviluppare le competenze degli psicologi nel lavoro comunitario e territoriale, al fine di aumentare le loro competenze negli interventi nei contesti di vita degli utenti e nei trattamenti psicosociali, anche delle persone con gravi malattie mentali . Favorire e promuovere infine il ruolo degli psicologi nella costruzione dell'equipe multidisciplinare di lavoro.

Ambiti di applicazione:

Corsi di laurea e di specializzazione, dando la priorità a:

- i corsi di laurea in medicina, formalizzando meglio le modalità del tirocinio in psichiatria, alla luce dei principi esposti;

- i corsi di specializzazione in psichiatria, invitando alla costruzione di una base comune per insegnamento e tirocinio che tenga conto del quadro da noi delineato, dai corsi in psichiatria sociale e di comunità all'epidemiologia dei servizi;

- i corsi di laurea e di specializzazione in psicologia;

- i corsi di laurea in tecnico della riabilitazione psichiatrica e in educatore professionale, introducendo i contenuti del nostro documento in coincidenza col tirocinio nei servizi. Dovrebbe essere garantito a tali figure il pieno sbocco professionale nel SSN (non solo nel privato o nel privato sociale);

- i corsi di laurea per infermiere, introducendo l'insegnamento specifico sulla psichiatria di comunità e il tirocinio nei servizi nel triennio di specializzazione. I tirocini devono essere rigorosamente strutturati (tutoraggio, supervisione,supporto didattico individuale e di gruppo);

- i corsi di laurea in scienze sociali per le eventuali professioni di assistente sociale o operatore nei servizi sociali.

Devono esssere organizzati specifici corsi di formazione manageriale per dirigenti dei DSM.
Introducendo le tematiche dell'organizzazione dei servizi e della leadrship motivazionale e trasformativa

Corsi post-laurea:

- Master di 1 Livello, facilitati nella realizzazione e nella partecipazione dei discenti, (tramite supporto delle aziende sanitarie alle quote di iscrizione), riconosciuti nei CV per P.O., di coordinamento e di dirigenza.
- Master di 2 Livello: promossi in collaborazione l' ISS
- Corsi di aggiornamento professionale, aperti almeno a livello regionale, sulle tematiche da noi esposte, includendo l'aggiornamento e la riqualificazione professionale, che deve essere obbligatoria per gli operatori che non hanno un sufficinete bagaglio formativo in salute mentale.

Facciamo appello al Ministro dell'Università, oltre che a quello della Salute, perché si abbandonino i "numeri chiusi" a selezionare gli accessi ai corsi di laurea e di specializzazione nelle Scuole universitarie per Infermieri, Assistenti Sociali, Educatori, Terapisti della Riabilitazione, Psicologi, Medici e Psichiatri. E' necessario e urgente che le Università diplomino operatori professionali in numero adeguato a coprire gli organici dei DSM, da tempo drammaticamente carenti.

Bologna, 27 febbraio 2023

p. Il Comitato Scientifico
Dott.ssa Paola Carozza
Direttore DAISMDP Ferrara

La Presidente
Gisella Trincas