

Alcologia oggi

dalla clinica alla scienza

dalla persona alla società

L'attività clinica multiprofessionale integrata in alcologia

Roma, 18 settembre 2013

*Intervento a cura di: M. Raffaella Rossin- psicologa-
psicoterapeuta – responsabile NOA Perini – Coordinamento
Tecnico-Scientifico NOA Aziendali – ASL di Milano*

Il lavoro multiprofessionale integrato

È riconducibile alla legge 23 dicembre 1978 n. 833, istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale, in cui *“alla gestione unitaria della tutela della salute si provvede in modo uniforme sull’intero territorio nazionale, mediante una rete completa di Unità sanitarie locali, le USL le cui competenze vengono poi ampliate ai settori socio sanitari e socio assistenziali Ulss (Unità locali socio sanitarie)”*.

Da allora, anche grazie a modelli operativi già sperimentati in Italia (consultori familiari – 1975) e in alcuni paesi europei, si avviano servizi territoriali per la prevenzione di patologie e per la cura dei pazienti e delle loro famiglie (salute mentale – SPDC -; consultori familiari; dipendenze patologiche - SerT), attraverso la costituzione di èquipe multiprofessionali che devono lavorare in sinergia.

Dopo i decreti legislativi 23 dicembre 1992 n. 502 e 7 dicembre 1993 n. 517 che modificano la Sanità in Italia e prevedono, tra l'altro, che l'Usl diventi azienda dotata di personalità giuridica pubblica, guidata da un direttore generale e gli ospedali aventi determinate caratteristiche vengano scorporati e diventino aziende.

Tenendo conto che nei prossimi anni le scoperte scientifiche, le tecnologie e le sempre nuove apparecchiature allungheranno sempre più la sopravvivenza, *" si deve ipotizzare un eccezionale cambiamento nell'organizzazione dei servizi e la conseguente esigenza di una sempre più stretta integrazione socio sanitaria e socio assistenziale"*.

In questo contesto si colloca l'importanza del lavoro integrato nelle èquipe multiprofessionali che si occupano di dipendenze e, quindi, di alcologia.

Ma il "lavoro integrato" è molto complesso da realizzare.

Spesso per "lavoro integrato" si intende ritrovarsi in una riunione di èquipe una volta alla settimana o più raramente e parlare di alcune situazioni cliniche o di problemi organizzativi.

Per realizzare il lavoro integrato in un'èquipe, gli operatori devono attuare un profondo cambiamento culturale che li porti ad abbandonare le visioni monoprofessionali in favore di una visione multiprofessionale.

Solo in questo modo gli apporti delle diverse professioni saranno organicamente connessi e daranno vita, a livello operativo, ad una progettualità che dipende da chiari protocolli clinici in cui è definito chi fa che cosa.

Gli esiti del lavoro dell'èquipe non sarà più, quindi, dipendente dal caso o dagli interventi spontaneistici e individuali degli operatori.

Questo non significa rinunciare alla propria professionalità o annullare le singole specificità ma avere tutti pari dignità anche nella condivisione di alcune fasi di lavoro (es. accoglienza; conduzione di gruppi) per raggiungere gli obiettivi comuni che l'èquipe si è prefissa.

L'efficacia del lavoro dell'équipe multiprofessionale

(costituita da almeno 1 ass.sociale, 1 educatore profess., 1 infermiere, 1 medico e 1 psicologo/psicoterapeuta)

che si occupa di alcologia dipende da:

- **la preparazione e il carisma del responsabile del servizio (di alcologia o del SerT);**
 - **la chiarezza degli obiettivi che gli operatori devono perseguire nel lavoro con gli utenti;**
 - **la buona integrazione del gruppo di lavoro;**
 - **la definizione di precise tappe di lavoro (sperimentazione; messa a regime; revisioni periodiche in base al risultato delle valutazioni);**
 - **la definizione di indicatori per il raggiungimento degli obiettivi;**
 - **valutazioni periodiche del lavoro individuale e di squadra.**
-

É ormai consolidato che il lavoro integrato sul paziente, pur prevedendo l'impiego di tempo di più figure professionali contemporaneamente:

- **porta migliori risultati sui trattamenti;**
 - **riduce i costi del servizio perché abbassa notevolmente il rientro di pazienti che hanno interrotto il programma;**
 - **evita l'instaurarsi di stati di cronicità che caratterizzano i soli trattamenti di mantenimento farmacologico o uniti a trattamenti psico-socio-riabilitativi scollegati.**
-

Gli aspetti negativi dell'assenza di lavoro multiprofessionale integrato sono:

- **ridondanza;**
 - **inefficacia degli interventi con dispersione delle risorse;**
 - **sovrapposizione degli interventi con effetti negativi sul paziente;**
 - **scarso utilizzo delle competenze professionali;**
 - **clima di tensione e di scarsa collaborazione tra gli operatori.**
-

• *Criticità*

- *Fatica, da parte di ogni operatore, a mantenere un comportamento coerente con i colleghi; una comunicazione chiara ed efficace con i colleghi e con i pazienti;*
 - *fatica per mantenere un lavoro di squadra che consenta di definire gli obiettivi e di raggiungerli;*
 - *fatica a gestire situazioni cliniche complesse mettendo al primo posto il paziente e la sua storia ma non dimenticando i limiti del servizio offerto;*
 - *Fatica a mantenere una chiara deontologia professionale quando viene chiesto di rinunciare alla qualità dell'intervento.*
-

*Un'èquipe multiprofessionale ha bisogno,
per funzionare adeguatamente, di:*

- una comunicazione tra operatori chiara e rivolta alla risoluzione dei problemi;*
 - un lavoro clinico integrato e non un lavoro clinico individuale sganciato dalle altre figure dell'équipe;*
-

- *precise tappe di lavoro da rispettare;*
 - *un costante monitoraggio in équipe delle difficoltà che si presentano nei programmi di trattamento;*
 - *un costante monitoraggio in équipe dei risultati raggiunti ;*
 - *alleanza terapeutica forte su tutte le decisioni da prendere nella gestione del paziente e della sua famiglia.*
-

*Che cosa funziona nella
cura del bevitore
eccessivo,
dell'alcol dipendente e
della sua famiglia?*

Ricerche di **efficacia** sui trattamenti rivolti a persone con problemi alcolcorrelati mettono in luce che

non esiste un trattamento più efficace degli altri, ma, piuttosto, ci sono una serie di interventi con grado di efficacia da discreto a buono. Di conseguenza sarebbe sensato che un programma offrisse a ciascun paziente una **serie di approcci** piuttosto che un solo trattamento.

(Reid K. Hester, 1996)

Quindi, quello che fa la differenza, è la definizione, da parte dell'èquipe multiprofessionale, di un protocollo di lavoro sulla specifica situazione del paziente e, se c'è, dei suoi familiari .

*Non è vero che si possono trattare indifferentemente tutte le dipendenze secondo uguali protocolli. Il bevitore eccessivo o l'alcolista che usano anche cocaina **non sono** trattabili allo stesso modo di un cocainomane che beve anche; o di un giocatore compulsivo che è anche alcolista.*

Esiste, da sempre, in Italia, una fascia di utenza con PPAC e loro familiari che si rivolgono direttamente all'auto-aiuto (siano AA o CAT) e riescono, in quel contesto, a trovare risposte, anche se periodiche, al loro problema.

Esiste un'altra fascia di utenza che non trova risposta nell'auto-aiuto perché ha caratteristiche differenti e ha bisogno di protocolli clinici su misura.

Sempre di più, nella realtà italiana, si ritiene che questa seconda fascia di utenza possa avere risposte general generiche in servizi per le dipendenze (SerT – SerD) in cui alle équipe che vi operano è richiesto di lavorare su tutte le dipendenze indistintamente.

Ma perché nell'ambito delle dipendenze patologiche esiste questa svalorizzazione dell'intervento sul paziente?

Perché, nonostante siano passati 35 anni, non c'è mai stato un lavoro di valutazione della qualità dell'intervento attuato nei servizi per le dipendenze e, quindi, una validazione ministeriale o regionale di protocolli clinici.

Lo stigma sociale che, in particolare, caratterizza il bere in eccesso assegna minor valore ai problemi alcolcorrelati rispetto a patologie sanitarie che non sono "vizi"; diventa così più facile ritenere che una cura indefinita vada bene comunque.

È invece molto importante che:

- che il paziente alcolista e i familiari vengano accolti in un Servizio di Alcologia accogliente in cui gli operatori riescano a metterli a proprio agio;*
 - un Servizio di Alcologia che abbia un programma molto chiaro e definito e lo possa spiegare al paziente per fargli capire che c'è una terapia possibile per migliorare la sua vita e quella dei suoi familiari;*
 - un Servizio di Alcologia in cui gli operatori credono in quello che fanno;*
-

- *che il servizio di cura sia costituito da un'équipe multiprofessionale (Ass. Sociale, Educatore, Infermiere, Medico, Psicologo);*
 - *che le figure professionali dimostrino esperienza e competenza in ambito alcolologico e abbiano una formazione di base omogenea che comprenda anche gli interventi sulla famiglia e la capacità di gestire un gruppo;*
-

che il servizio di alcologia operi con chiari protocolli di collaborazione con:

- i SerT, i servizi dell'ASL e degli Ospedali*
 - i Medici di medicina Generale*
 - i reparti ospedalieri*
 - il TM; il Tribunale Ordinario*
 - le agenzie territoriali*
 - le Comunità Terapeutiche*
 - i gruppi di auto-aiuto alcologico AA- AlAnon e CAT*
-

- che le varie figure professionali adottino una comunicazione funzionale e chiara volta a far capire all'utenza che gli operatori sono concordi sui programmi trattamentali proposti e sulle decisioni da prendere nel percorso di cura;

- che ogni decisione sul programma di trattamento del paziente e della famiglia venga presa in équipe e mai dal singolo operatore;

- *che ci sia impegno nel creare un gioco di squadra, all'interno dell'équipe, per non disconfermare il lavoro degli altri;*
 - *che ci sia un ricambio generazionale nelle équipe per consentire una formazione costante di nuovi operatori e l'avvento di nuovi stimoli e occasioni di confronto.*
-

- che gli operatori affinino la propria capacità empatica per “ingaggiare” il paziente in un percorso che deve essere:

- 1. gratificante e stimolante per l'operatore;*
 - 2. utile per il paziente per raggiungere l'astinenza alcolica;*
 - 3. utile per il paziente e i familiari per raggiungere un nuovo stile di vita;*
-

- *che gli operatori cerchino stimoli sempre nuovi per rendere creativo il lavoro clinico con l'utenza;*
 - *che comunichino in modo efficace e coinvolgente al paziente che l'équipe multidisciplinare sta lavorando con lui/lei per ottenere dei risultati tangibili;*
 - *che si privilegi il lavoro di gruppo in tutte le fasi del percorso (accoglienza, motivazione, informazione trattamento a breve e medio termine).*
-

*Che cosa NON funziona
nella cura del bevitore
eccessivo,
dell'alcoldipendente e
della sua famiglia?*

- la presa in carico e il trattamento svolti singolarmente dal medico, dallo psicologo, dagli operatori socio-educativi, magari con un tour nover costante di operatori che non hanno neppure il tempo di riflettere da soli sui singoli pazienti;

- il lavoro di équipe inteso come una riunione in cui si discute di organizzazione e dei pazienti ma senza un progetto comune e multidisciplinare condiviso sul trattamento da realizzare;

- *la comunicazione poco chiara e disconfermante tra i membri dell'équipe;*
 - *la comunicazione confusa e scarsamente empatica con il paziente;*
 - *un progetto terapeutico poco chiaro e non condiviso tra i membri dell'équipe;*
 - *la comunicazione non verbale al paziente che gli comunica che l'operatore "sta lavorando per forza";*
-

- *l'assenza di incontri informativi in cui si coinvolgono bevitori e familiari sulla conoscenza della malattia "alcolismo" e delle problematiche ad essa connesse sia sul versante sanitario che psico-sociale;*
 - *la difficoltà a trasmettere sicurezza al paziente e alla famiglia;*
-

- *non lavorare anche con i familiari o con persone significative per il paziente perché è difficile ingaggiarle;*
 - *credere che sia più veloce e meno costoso (e serve ugualmente ai pazienti) dare qualche farmaco e vedere il paziente ogni tanto (senza chiedersi perché) o inviare ai gruppi di auto-aiuto o mandare in CT senza un progetto definito e strumenti per verificarne l'efficacia.*
-