

INDAGINE CONOSCITIVA SU PRASSI E MECCANISMI INTERPRETATIVI DEL CONSUMO DI DROGHE NEI



SERT COINVOLTI

NAPOLI 30

BOLOGNA 11

ROMA 4

TORINO 2

PARMA 2

FIDENZA 1

TOT. 50

RIFERIMENTO LINEE GUIDA NAPDI

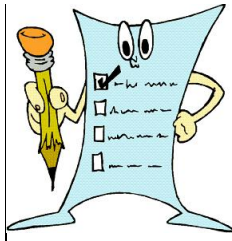
CIASCUN QUESTIONARIO **CON 20 ITEM** A CUI RISPONDERE

MAI TALVOLTA SPESSO SEMPRE

E UNA DOMANDA FINALE APERTA PER RIFLESSIONI E/O COMMENTI

A CHI: DUE FIGURE DIRIGENZIALI PER SERVIZIO

INTERROGATIVI:



L'ASCOLTO E IL RISPETTO DEI MECCANISMI DI AUTOREGOLAZIONE DEL CONSUMATORE FA PARTE DEL LAVORO TERAPEUTICO DEI SERVIZI?

LE FIGURE DIRIGENZIALI TENGONO CONTO DELLE STRATEGIE SPONTANEE DEL CONSUMATORE?

I SERVIZI LAVORANO STRETTAMENTE SUL MODELLO MEDICO E LEGATO ALL'OBIETTIVO DELL'ASTINENZA O GLI OBIETTIVI SONO PLURIMI E COMPLESSI (CONDIZIONATI DA FATTORI DIVERSI DALLA SOSTANZA) ?

L'USO E L'ABUSO DI SOSTANZE VIENE CONSIDERATO NELLA TRIPLICE DIMENSIONE



DRUG SET AND SETTING (Zinberg)?

I PROGRAMMI TERAPEUTICI SONO IN PREVALENZA A LUNGO TERMINE. Esiste l'opportunita' all'interno dei servizi di un offerta diversa (auto mutuo aiuto-programmi a breve termine)?

COME VIENE INTESO IL TERMINE "RICADUTA" E QUALI SONO LE CONSEGUENZE SUL PROGETTO TERAPEUTICO DEL RITORNO ALL'USO DELLA SOSTANZA DA PARTE DEL CONSUMATORE?

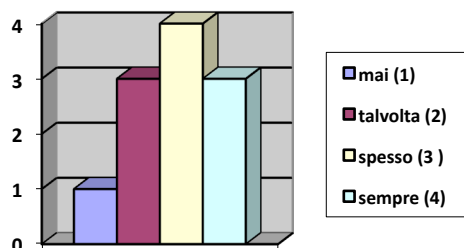
QUAL'E' IL LIVELLO DI SUPPORTO CHE IL SERVIZIO RIESCE A FORNIRE AL CONSUMATORE DI SOSTANZE QUANDO TENTA DI AUTOREGOLARSI ?

11 QUESTIONARI + FOCUS GROUP RESPONSABILI DI SERVIZIO E COORDINATORE AREA SERT DSM AUSL BOLOGNA -IMOLA



ANALISI PER DOMANDA:

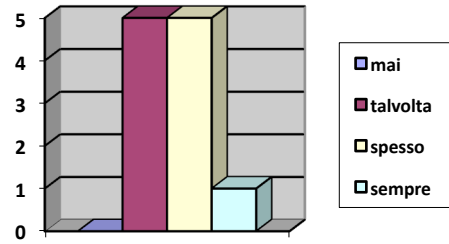
Domanda 1 : nel nostro servizio la maggior parte dei programmi terapeutici si profilano a lungo termine fin dall'accoglienza:



N:MDN SPESSO

- I nostri servizi raccolgono persone con una grave compromissione familiare e socio-ambientale
- Si considera la dipendenza una "malattia " con decorso lungo e soggetta a recidive(OMS)?
- Talvolta:arrivo ai nostri Servizi di altre tipologie di consumatori

Domanda 2 : nel nostro servizio l'astinenza dall'uso di sostanze psicoattive illegali e' l'obiettivo principale della cura



N:MDN TALVOLTA

➤ È obiettivo realistico? **Per pochi**

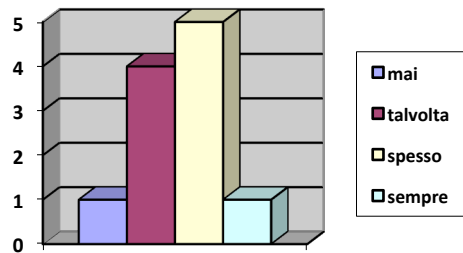
➤ Consideriamo il ridimensionamento dei consumi un obiettivo terapeutico?

Obiettivo è l'aggancio (CURA)

L'astinenza non è l'obiettivo determinato dalla legge, solo quando ci sono vincoli legislativi ci poniamo questa meta.

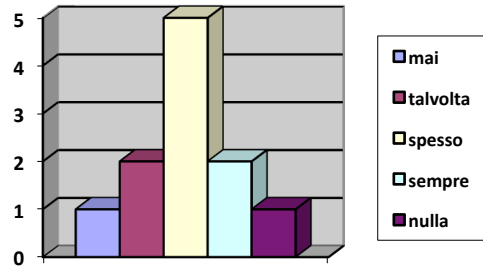
La legislazione non ha nessuna corrispondenza con la clinica

Domanda 3: i tentativi dell'utente di modificare contesti e modi per l'assunzione della sostanza vengono valutati positivamente



N:MDN SPESSO

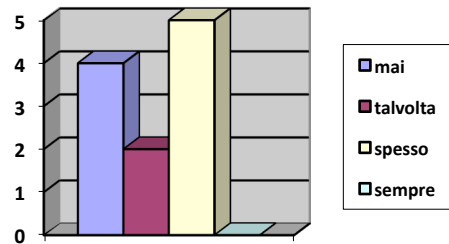
Domanda 4: gli obiettivi e i tempi del trattamento vengono decisi in primo luogo dall'utente



N:MDN TALVOLTA

Non dall'utente ma con l'utente

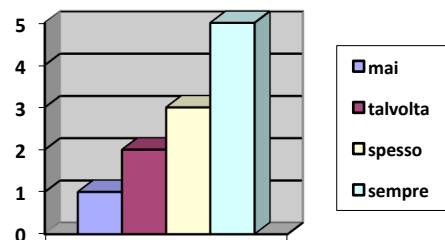
Domanda 5-L'affidamento dei farmaci sostitutivi si discute in equipe per tener conto dei diversi pareri sul paziente



N.MDN SPESSO

L'affidamento dei farmaci viene chiesto al medico e in tempi abbastanza rapidi

domanda 6: nel nostro servizio l'affidamento del farmaco sostitutivo e' di competenza medica e sempre viene deciso in base alla negativita'/positivita' dei liquidi biologici

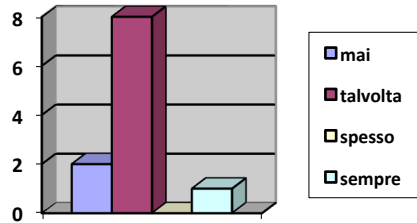


N:MDN SPESSO

Percezioni diverse tra le due figure professionali

E' una decisione medica ma la decisione non riguarda solo i liquidi biologici

Domanda 7: in questa equipe consideriamo i programmi a breve termine una valida opzione terapeutica

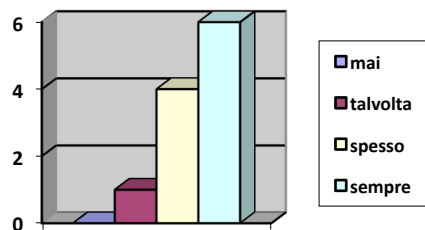


N:MDN TALVOLTA

talvolta?

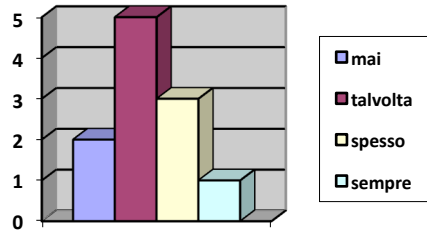
Breve termine: giovani, poliassuntori, a volte consumatori di cocaina.

Domanda 8: gli obiettivi del trattamento vengono decisi insieme all'utente e condivisi con l'equipe



N:MDN SEMPRE

Domanda 9: i tossicodipendenti con migliore compliance al trattamento sono quelli che ammettono la propria impotenza nei confronti della/e sostanza/e

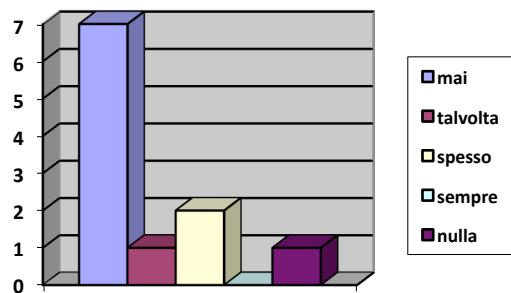


N:MDN SPESSO

La situazione peggiore dal punto di vista clinico si ha quando c'è il meccanismo della delega

La delega ALL'ESTERNO è LA CONFERMA DELLA DIPENDENZA.

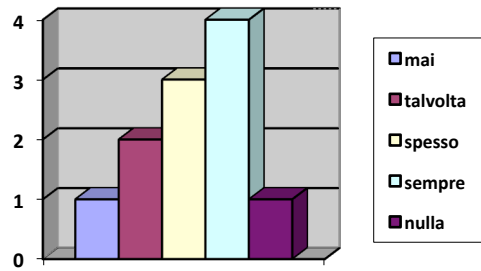
Domanda 10: nel nostro servizio vengono promossi gruppi di auto-mutuo-aiuto **tra utenti senza l'obiettivo dell'astinenza



N:MDN MAI

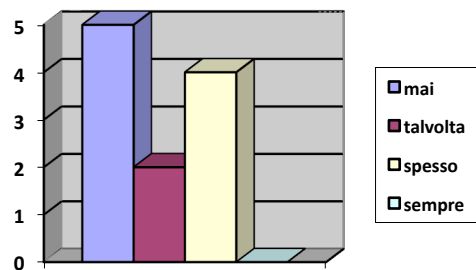
Vuoto rispetto ad interventi di auto mutuo aiuto O NON CONSIDERAZIONE DEGLI STESSI

Domanda 11: parte del nostro lavoro e' far si' che il paziente elicit i meccanismi e le strategie di autoregolazione sulla sostanza che spontaneamente mette in atto.



N:MDN SPESSO

Domanda 12a: i tentativi del paziente di regolare le assunzioni di sostanza/e condizionano il progetto negativamente.



N:MDN TALVOLTA

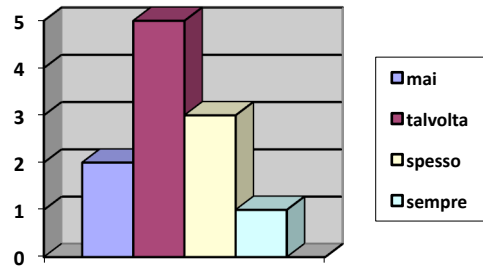
Se la raccontano?(controdipendenza)

o è in atto un cambiamento?

Il cambiamento riguarda l'utenza dei Servizi (gioco, alcool poliassunz)

La valutazione varia se si tiene conto del set e del setting

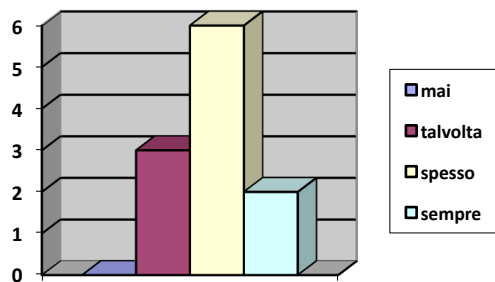
Domanda 12b: i tentativi del paziente di regolare le assunzioni di sostanza/e condizionano il progetto positivamente



N:MDNTALVOLTA

Anche un tentativo sballato va bene

Domanda 13: nella pratica del servizio osserviamo che la dipendenza e' di per se' il fallimento dell'autocontrollo



N:MDN SPESSO

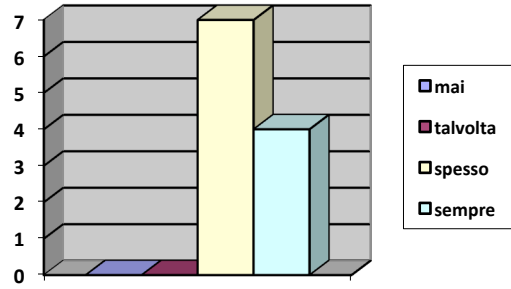
Percorso lineare?

La perdita di controllo segna la vita di una persona, che da lì in avanti avrà sempre il problema di riacquisire il controllo su quella sostanza.

Dipendenti compensati

Quando intervengono problemi psicopatologici

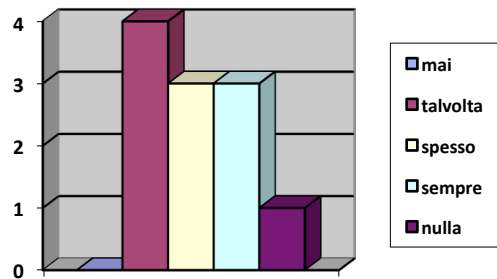
Domanda 14: ho potuto osservare che la capacita' di controllo sulla/e sostanza/e puo' variare nel tempo a seconda degli eventi della vita della persona e del contesto



N:MDN SEMPRE

Drug set and setting?

Domanda 15: valutiamo il ritorno all'uso della/e sostanza/,anche se con modelli meno rischiosi e intensivi, come "ricaduta"

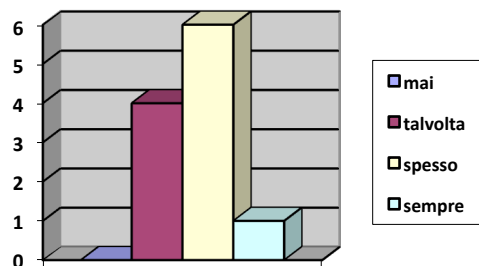


N.MDN:SPESSE

La ricaduta è quando una persona riprende i meccanismi tipici della dipendenza

Differenza tra passo falso e ricaduta

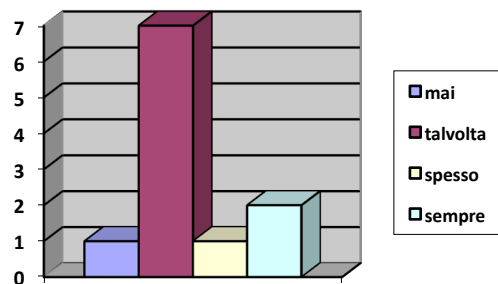
Domanda 16: il ritorno all'uso della/e sostanza/e ha inevitabili conseguenze sul trattamento (percorsi formativi, inserimenti lavorativi, affido e assunzione dei farmaci)



N.MDN SPESSO

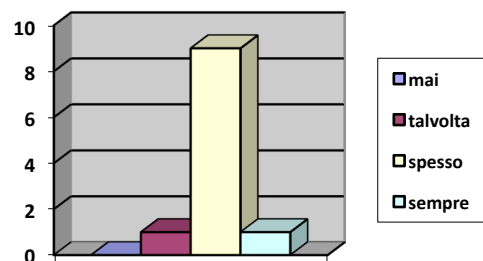
Si adegua il trattamento all'episodio

Domanda 17: mi capita di stupirmi favorevolmente della capacità del paziente di agire in alcune circostanze meccanismi di autoregolazione efficaci



N.MDN TALVOLTA

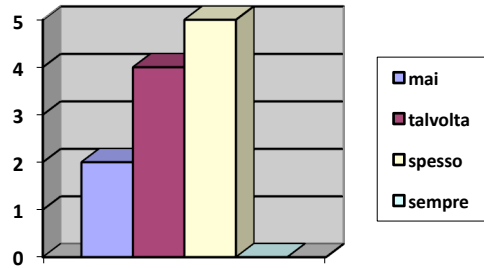
Domanda 18: nel corso del trattamento terapeutico vediamo che la capacità del paziente di controllare i propri consumi migliora.



N:MDN SPESSO

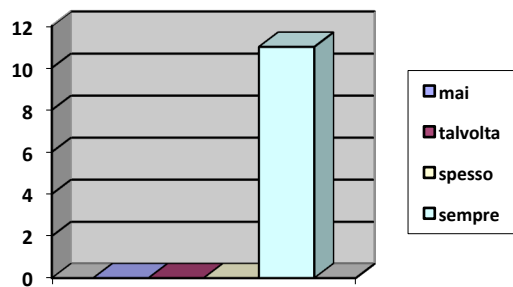
➤ Miglioramento dell'autocontrollo: obiettivo realistico

Domanda 19: ho potuto osservare che per alcuni pazienti la dipendenza e' solo una fase della traiettoria del loro consumo



N:MDN TALVOLTA

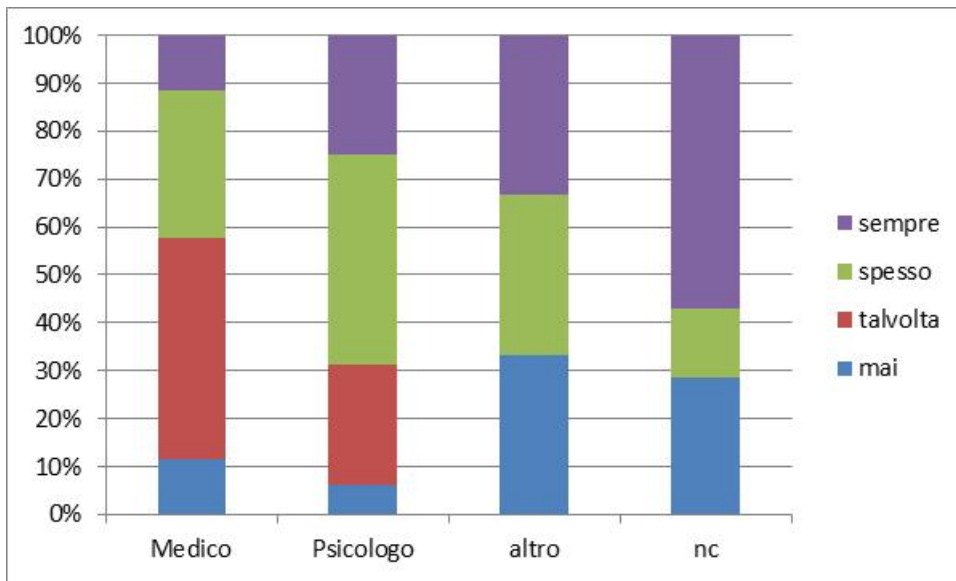
Domanda 20: nel momento in cui l'obiettivo dell'astinenza fallisce, il servizio e' disponibile a rivedere tempi e obiettivi del programma terapeutico insieme all'utente



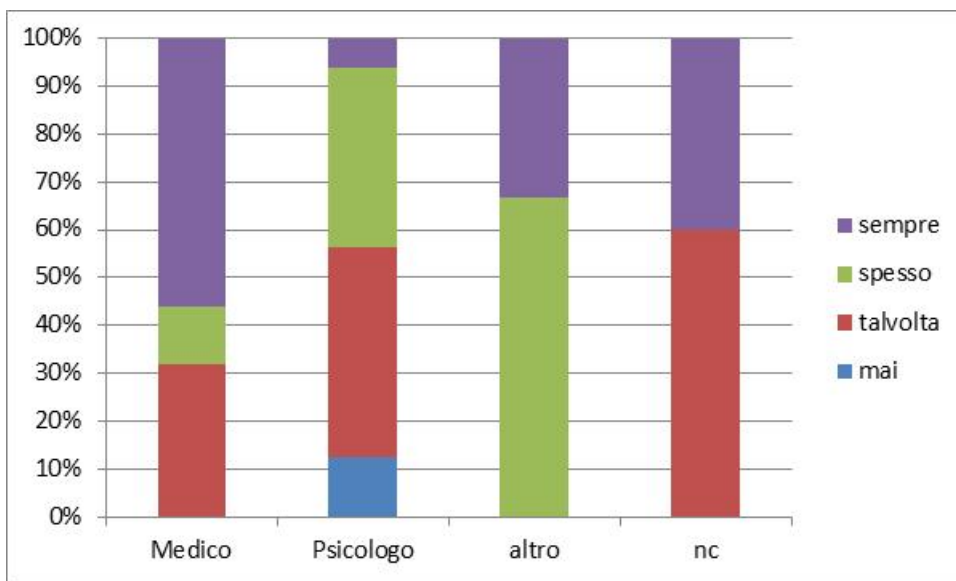
N:MDN SEMPRE

RISPOSTE:DIFFERENZE SIGNIFICATIVE PER PROFESSIONE

D3: I TENTATIVI DELL'UTENTE DI MODIFICARE CONTESTI E MODI PER L'ASSUNZIONE DELLA SOSTANZA VENGONO VALUTATI POSITIVAMENTE



15. VALUTIAMO IL RITORNO ALL'USO DELLA/E SOSTANZA/, ANCHE SE CON MODELLI MENO RISCHIOSI E INTENSIVI, COME "RICADUTA"



EMERGENTI

Programmi a lungo termine no programmi stepped care o a breve termine

Non valorizzazione o non conoscenza di reti di auto mutuo aiuto

Percezioni diverse da parte degli operatori dello stesso Servizio

Modello medico-sanitario/ modello psico-socio-educativo(buone contaminazioni equipe?)

Farmaco contrattazione medico-paziente non valorizzazione degli aspetti simbolici

Motivazione dell'utente considerata indispensabile nel lavoro terapeutico

Necessità dell'operatore di essere riconosciuto nel proprio ruolo ed essere incluso in un rapporto di fiducia

Empowerment del paziente vissuta dal Servizio in modo ambivalente

CONCLUSIONI?

TROVIAMOLE INSIEME

-AMPLIAMENTO RICERCA

-ANALISI PIU' PUNTUALE DEI DATI

-EVENTUALI MODIFICHE

-BRAINSTORMING SUMMER SCHOOL



I COMMENTI

UOS FIDENZA RESPONSABILE

DIPENDENZA: condizione di vita sempre più frequente, da sostanze o da comportamenti, all'interno di una cultura individualista e narcisista, che rifugge i legami, barattati con stili di dipendenza; AUTOREGOLAZIONE: obiettivo di un percorso terapeutico e riabilitativo; RICADUTA: evento da "leggere" e da utilizzare come risorsa per riprendere il percorso terapeutico; AUTOEFFICACIA/EFFICACIA: riconoscere le risorse personali e sapere utilizzare strumenti per affrontare eventi di vita di difficoltà; MALATTIA: paradigma troppo semplificatorio, se applicato tout court alle dipendenze. Conseguente rischio di medicalizzazione eccessiva; CONSUMO: idolo del nostro tempo; tutto è merce da usare e consumare. Lo stesso è per il consumo di sostanze psicotrope, illegali o legali, funzionale anche alla soppressione del pensiero critico.

MEDICO DSB24 ASL NA 1

Nella mia prassi di lavoro sono parole ricorrenti e condivise

PSICOLOGO DSB24 ASL NA 1

Parole ampiamente usate nella prassi quotidiana ma talvolta non condivise nei loro significati, intendendo con ciò la presenza nell'équipe di paradigmi diversi di comprensione del fenomeno

PSICOLOGO DSB 32

il servizio è diviso tra operatori che ragionano ancora in termini di dipendenza, malattia, ricaduta e operatori che ragionano in termini di consumi, efficacia, autoefficacia, autoregolazione. Lo sforzo del gruppo di lavoro è di trovare una mediazione tra i due punti di vista. Ciò comporta molta fatica e frustrazione, ma anche qualche piccola soddisfazione.

PSICOLOGO DSB 24 NAPOLI

le prassi operative sono influenzate da queste parole

MEDICO DS 32 NAPOLI

Ho qualche perplessità sul concetto di autoregolazione in un circuito dove la molla del craving è sempre pronta a scattare; inoltre somiglia molto ad un incitamento ad un "adattamento" in uno stile di vita che, senza pregiudizi moralistici e fermo restando le libertà individuali, non mi sento di condividere come una mission di servizio. E' un dato di fatto che le sostanze illegali sono tali in quanto attualmente in un circuito malavitoso sia per quanto concerne la preparazione, che la distribuzione e per quanto riguarda le legali (alcol, farmaci, psicofarmaci) non si può da un lato demonizzarle e dall'altro ammetterne un consumo sia pure disciplinato. Lo stesso dicasi per una visione troppo integralista della dipendenza come malattia che tende a deresponsabilizzare il soggetto talvolta completamente per cui si finisce per includere tutti in un circuito assistenzialistico, medicalizzato, psichiatrizzato funzionale piuttosto al discorso della scienza o del capitale che all'individuo con le problematiche di dipendenza.

DIRETTORE UOC PARMA

Stupisce la domanda D1: la nostra professione è fatta di osservazione, di scienza, di un'accurata raccolta delle esperienze cognitivo-comportamentali dei nostri pazienti, ma soprattutto di assenza di giudizio. Dobbiamo comunque come medici essere in grado di formulare oltre alle diagnosi e i progetti terapeutici anche esprimere una prognosi basandoci sui criteri di vulnerabilità, senza dimenticare che gli effetti della speranza e della resilienza, spesso, riescono ancora a meravigliarci. Dobbiamo ritenere che la dipendenza non sia più una malattia cronica recidivante che colpisce una precisa zona cerebrale? Dalla vostra lettera di accompagnamento pare quasi che siano i percorsi Ser.T che cronicizzano le persone e non che per molti colpiti da questa sindrome l'andamento cronico sia la conseguenza della malattia stessa uno dei fattori che può portare a burn out gli operatori dei Ser.T è quello di lavorare con la cronicità e di gran lunga preferiremmo avere dei percorsi brevi con empowerment dei pazienti stessi, ma, come è ben noto, le conseguenze dell'uso di sostanze purtroppo deteriora gli aspetti.

Sottolineo il fatto che Sarebbe anche opportuno che queste raccolte dati non fossero avulse dalla conoscenza delle risorse date ai servizi sia di tipo economico-

finanziario che di forza lavoro messe in comparazione con le prestazioni comunque erogate all'utenza.