



Liberi di divertirsi senza droghe

Fe Der Ser D, aderendo alla giornata internazionale del 26 giugno contro l'uso e il traffico illecito di droghe, ha promosso un incontro di celebrazione al Piper di Roma

Liberi di divertirsi senza droghe 1

ORGANIZZAZIONE

Ancora sul Dipartimento delle Dipendenze: dalle parole ai fatti
Alfio Lucchini, Riccardo De Facci 3

L'incontro di Perugia del 9-10 maggio: "La tutela della salute nell'area delle dipendenze: l'offerta dei servizi pubblici e del privato sociale nel panorama nazionale" 9

Assemblea Nazionale di Fe Der Ser D 24

LEGISLAZIONE

D.M. 14 giugno 2002, n. 147. Disposizioni di principio sull'organizzazione e il funzionamento dei servizi per le tossicodipendenze delle AUSL - Ser.T di cui al D.M. 30 novembre 1990, n. 444 5

Una prima riflessione del Direttivo Nazionale Fe Der Ser D 6

INTERVENTO

Siglato il regolamento della Consulta delle Associazioni e Società scientifiche - l'annuncio di Maurizio Coletti 7

- il testo del regolamento 7

RECENSIONI

Gabriella Ventavoli
Tossicomane: un'epidemia psicosociale 10

CONTRIBUTI SCIENTIFICI/RICERCHE

I costi dei programmi di trattamento per l'abuso di sostanze
Pietro D'Egidio 13

Prima la strategia
Matteo Pacini, Icro Maremmani 18

Alcol, alcolismi: cosa cambia?
Biagio Sanfilippo 22

CONGRESSI E CORSI

Prima Conferenza nazionale sul trattamento con buprenorfina 16

LETTERE/DIBATTITI

AMARCORD 19

FORMA MENTIS 19

DALLE REGIONI

Campania
Convegno Fe Der Ser D (Aversa 8 maggio 2002) 21

Lombardia
"A che servono i Ser.T?" (Milano 29 maggio 2002) 21

Abuso alcolico in adolescenti e giovani adulti (Milano 12 giugno 2002) 21

NOTIZIE IN BREVE

GHB in Tabella IV 19

Fe Der Ser D accreditata per E.C.M. Corso di management 22

24

Il 26 giugno si è celebrata la giornata internazionale della lotta alla droga, fortemente voluta dall'ONU.

Numerose sono state le iniziative in Italia, di carattere culturale e scientifico, ed anche istituzionale, quale quella organizzata a Roma, presso la scuola di polizia, dal Governo. Oltre ad aderire a numerose iniziative in varie parti del Paese, Fe Der Ser D ha scelto di celebrare a Roma questa ricorrenza in una discoteca, per evidenziare che la prevenzione, per essere efficace, deve privilegiare i luoghi in cui i giovani preferibilmente si ritrovano e comunicano.

Quale discoteca meglio del Piper poteva offrire la sua disponibilità ad ospitare l'iniziativa?

Abbiamo voluto coinvolgere il mondo del divertimento, dello spettacolo, dello sport, del lavoro, le istituzioni, al fine di dare una testimonianza che per tutelare il benessere in un contesto di vita sana dei nostri giovani è necessario attivarsi anche con modelli di prevenzione innovativi.

A conferma di questo, sono state coinvolte in questa iniziativa la Consulta nazionale delle Associazioni scientifiche, la Federazione Italiana Comunità Terapeutiche - FICT, il SILB - Associazione Imprenditori Locali da Ballo, l'AIDOS - Associazione italiana degli Operatori di Sala e Servizi di tutela, e altre associazioni legate al settore.

È nostra intenzione proporre, in accordo con le realtà interessate, nuove strategie e modelli di prevenzione e studiare interventi sempre più efficaci nell'azione in tema di droghe. I giovani devono esprimere le proprie potenzialità, e noi adulti dobbiamo capirne i bisogni e valorizzarne le azioni. La discoteca è uno dei luoghi privilegiati nel quale le diverse culture e tendenze si incontrano e confrontano.

Il Piper è simbolo di tutto questo.

Nato nel 1965 dalla geniale intuizione di Giancarlo Bornigia, grande conoscitore delle folle notturne della capitale, il Piper diventa in pochi anni il punto di riferimento e il simbolo di quanto si muove nell'universo del divertimento e della trasgressione giovanili, per tutta l'Italia. È il momento di rottura con il passato e di incontro con le novità che arrivano da oltre oceano. Li iniziano la propria carriera, tra i tanti, Renato Zero, Patty Pravo, Caterina Caselli e Loredana Bertè.

Mission

PERIODICO TRIMESTRALE DELLA FEDERAZIONE ITALIANA DEGLI OPERATORI DEI DIPARTIMENTI E DEI SERVIZI DELLE DIPENDENZE

FrancoAngeli

ANNO I, 2002 - N. 2

Fe Der Ser D

Proprietà: Fe Der Ser D

Sede legale

Viale Europa n. 11/B, 58100 Grosseto

Comitato di Direzione

Alessandro Coacci,

Bernardo Grande,

Alfio Lucchini,

Luciana Bacci,

Roberto Cataldini, Antonio d'Amore,

Pietro Fausto D'Egidio, Maurizio D'Orsi,

Maurizio Fea, Guido Faillace,

Claudio Leonardi, Ezio Manzato,

Norberto Pentiricci, Edoardo Polidori,

Giorgio Serio

Responsabile di Redazione

Alfio Lucchini

Comitato di Redazione

Maurizio Fea, Vincenzo Marino, Laura Tidone,

Giovanni Strepparola, Cinzia Assi

Sede operativa e Redazione Mission

Via Martiri della Libertà n. 21,

20066 Melzo (MI), Tel/fax. 02 95736995

Direttore responsabile: Franco Angeli

Progetto grafico: Elena Pellegrini

Stampa: Mecenate LitoGrafica, via Lazio, 16
S. Giuliano Mil. (Mi)

Copyright by FrancoAngeli s.r.l. Milano

Sped. in abb. post. -45% art. 2, comma 20/b,

L. 662/96. Filiale di Milano Autorizzazione

Tribunale di Milano n. 131 del 6 marzo 2002

Il programma definitivo del Congresso Nazionale di Fe Der Ser D di Cernobbio del 17-19 ottobre 2002 è allegato a questo numero di Mission.

Nel sito www.expopoint.it è in linea, nella sessione congressi, il programma del Congresso con le relative schede di iscrizione.



La serata è stata presentata da Giancarlo Magalli, da sempre vicino alle istanze giovanili, e dalla giornalista Lucia Monnini, che in apertura ha letto una testimonianza del premio Nobel Rita Levi Montalcini.

Magalli ha dato lettura dei messaggi della Presidenza della Repubblica e della Conferenza dei Presidenti delle Regioni e delle Province autonome, che si riportano di seguito.

Ricordati anche i messaggi del Presidente della Giunta Regionale del Lazio Francesco Storace, dell'Assessore alla Sanità della Regione Sicilia Ettore Cittadini, dell'Assessore alla Sanità della Regione Lazio Vincenzo Maria Saraceni.

La serata ha visto, dopo la presentazione di Alessandro Coacci, Presidente di Fe Der Ser D, molte testimonianze: da quella di Giancarlo Barisio, Presidente nazionale del SILB e di Antonio Flamini, Presidente del SILB di Roma, che hanno ricordato l'impegno del mondo dei locali da ballo nella prevenzione, a quella del Vice Presidente della Associazione nazionale familiari vittime della strada, che ha riportato l'attenzione al tema della sicurezza.

Don Egidio Smacchia, Presidente della FICT; Maurizio Coletti, Coordinatore della Consulta delle Associazioni e Società Scientifiche del settore; Alfio Lucchini e Giorgio Serio, di Fe Der Ser D, hanno affrontato, con brevi interventi, il senso dei percorsi di prevenzione ed educativi per i giovani.

L'onorevole Giuseppe Lumia ha confermato il proprio impegno a fianco degli operatori che sono impegnati sia in progetti di prevenzione sia nella cura e riabilitazione dei cittadini con problemi di dipendenza.

La serata si è conclusa con un momento ricreativo per i 200 invitati, con la presenza anche di Jocelyn.

Piace infine riportare alcune frasi dell'intervento del Vice Presidente della Regione Toscana Angelo Passaleva, che riassume il senso della serata.

"Provare a trasgredire sul serio imboccando la strada di comportamenti davvero alternativi, rifiutare il conformismo della trasgressione pataccara, dimostrare che non c'è contraddizione fra la voglia di divertirsi e la capacità di farlo in modo pulito.

In una civiltà che vorrebbe vederci tutti quanti appiattiti sulle logiche di un consumismo avvilito, la trasgressione può essere perfino un dovere così come il divertimento può esistere senza scadere in forme di piatto conformismo: droghe, rumore, sballo, stili di vita alternativi solo in apparenza.

Con le droghe e gli sballi non si va poi molto lontano.

Anzi, si resta fermi, facili prede di chi ha qualche interesse affinché le persone annehino le loro potenzialità creative e restino imbambolate per limitarsi a svolgere meglio un ruolo di soldatini sempre pronti a chinare la testa".

In data 20 giugno 2002 il Segretario Generale della Presidenza della Repubblica Gaetano Gifuni ha inviato il seguente messaggio al nostro Presidente Alessandro Coacci:

"Signor Presidente della Federazione Italiana degli Operatori dei Dipartimenti e Servizi delle Dipendenze - Fe Der Ser D, il Presidente della Repubblica esprime apprezzamento in occasione dell'iniziativa organizzata in discoteca dalla Vostra Federazione nell'ambito della Giornata internazionale contro l'uso e il traffico illecito di droga.

L'impegno di Associazioni, istituzioni, famiglie e mondo della scuola, svolge un ruolo essenziale nel rafforzare una rete di solidarietà capace da un lato, di promuovere lo sviluppo economico dei Paesi da cui l'offerta di droga proviene e, dall'altro, di sostenere un'efficace azione di prevenzione, educazione e recupero, nei confronti dei giovani.

Con questo animo, il Capo dello Stato Ciampi invia agli organizzatori e a tutti i presenti un saluto cordiale, cui unisco il mio personale".

Comunicato stampa del 25 giugno, dichiarazione del Presidente Enzo Ghigo:

"La Conferenza dei Presidenti delle Regioni e delle Province autonome ha voluto patrocinare l'incontro di celebrazione, nell'ambito della Giornata internazionale contro l'uso e il traffico illecito di droghe, in programma per il 26 giugno 2002 a Roma, perché fortemente coinvolta attraverso le azioni degli Assessorati agli Affari sociali nella lotta e nella prevenzione della tossicodipendenza.

Sono certo che la stessa scelta simbolica di una celebre discoteca romana come luogo per celebrare questa Giornata sia assolutamente in linea con l'idea di trasmettere un messaggio positivo ai giovani, efficacemente riassunto nello slogan della manifestazione 'Liberi di divertirsi senza droghe'.

La Conferenza dei Presidenti sarà rappresentata dal Vice Presidente della Regione Toscana, Angelo Passaleva.

Una partecipazione che si inquadra in un programma teso a costruire nuove strategie e nuove opportunità di intervento e prevenzione.

Un impegno che è peraltro confermato dalle numerose campagne di educazione, informazione e prevenzione promosse dalle Regioni e dalle Province autonome".



Ancora sul Dipartimento delle Dipendenze: dalle parole ai fatti

Alfio Lucchini e Riccardo De Facci**

Il "plurirevisionato" nuovo DM 444 è stato recentemente pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale.

Il testo, che viene pubblicato in questo numero di Mission, merita una analisi dettagliata e attenti approfondimenti, mentre resta da capire (e agli operatori questo interessa molto) il livello di condivisione istituzionale decentrata dell'atto, base per ogni possibile applicazione.

Nel frattempo, due atti di intesa della Conferenza Stato Regioni datati 1999, il primo concernente la riorganizzazione dei servizi e la istituzione del Dipartimento delle Dipendenze e il secondo relativo alla autorizzazione al funzionamento e all'accreditamento del sistema di intervento, in tutte le Regioni sono ancora lettera morta.

Da queste non entusiasmanti premesse, in Lombardia i direttori dei servizi e dei dipartimenti già istituiti, Fe Der Ser D e il CEAL si sono messi attorno ad un tavolo e siglato un accordo sul primo dei due temi sopra ricordati, quello del Dipartimento delle Dipendenze.

Presentiamo il documento siglato, che viene sottoposto agli organi regionali per una seria riflessione sul futuro del sistema di intervento.

Riteniamo che lo scenario prefigurato in questo testo possa garantire una certezza di assistenza per i nostri utenti e una serietà nella programmazione per chi opera nel settore, lo conosce e può valutarne i bisogni.

Crediamo che anche i colleghi delle altre Regioni possano cogliere motivi di interesse in qualche passo del documento.

Il Dipartimento delle Dipendenze

CEAL - Coordinamento Enti Ausiliari Regione Lombardia

Coordinamento dei Direttori dei Servizi e dei Dipartimenti delle Dipendenze Regione Lombardia

Fe Der Ser D - Federazione lombarda

Il settore delle dipendenze e dei fenomeni di abuso di sostanze legali ed illegali, oltre a riferirsi ad acquisizioni, saperi scientificamente consolidati, presenta peculiarità quali:

- la complessità e la vastità del campo di azione;
- la relativa velocità nel cambiamento degli scenari con conseguente necessità di analizzare dinamicamente i problemi per produrre risposte coerenti ed efficaci;
- l'importanza di conciliare una visione ampia e prospettica con esigenze e questioni particolari dei diversi ambiti territoriali;
- la capacità di strutturare interventi precoci, in grado di anticipare una domanda che, quando espressa spontaneamente, potrebbe essere già conseguente ad un deterioramento individuale o sociale;
- l'opportunità di armonizzare quanto riguarda il curare ed il prendersi cura, i processi clinici, i processi educativi, gli interventi sociali.

* *Referente Lombardia Fe Der Ser D*

** *Presidente CEAL*

Per la costruzione di una azione preventiva, terapeutica e riabilitativa congruente è, pertanto, indispensabile l'incontro di più discipline, metodologie ed organizzazioni, legate a culture e prassi operative diverse, che si riconoscano in una rete di intervento in cui differenti soggetti pubblici e privati accreditati abbiano una effettiva pari titolarità.

Tenuto conto che al raggiungimento degli obiettivi propri dell'area delle dipendenze concorrono molteplici unità operative e servizi appartenenti a tutte le strutture primarie di diverse aziende sanitarie (distretto, ospedale, ecc.) e gli altri soggetti ed enti pubblici e privati che, a vario titolo e con varia responsabilità, operano sul territorio, viene individuato il modello organizzativo dipartimentale come modalità organizzativa necessaria per affrontare tutti gli aspetti connessi all'utilizzo di sostanze psicoattive.

Gli Enti e le Associazioni che effettuano attività di prevenzione, cura e riabilitazione finalizzate alla protezione e ripristino della salute delle persone con uso, abuso o dipendenza da sostanze stupefacenti e/o psicoattive cooperano al raggiungimento degli obiettivi dello Stato, delle Regioni e, in particolare, del Servizio Sanitario Nazionale, nell'ottica della integrazione socio-sanitaria e interistituzionale dei servizi, della pari dignità e della valorizzazione delle specifiche capacità di intervento, delle potenzialità aggiuntive e delle specificità del volontariato e dell'auto-aiuto.

I medesimi partecipano, nelle forme stabilite dalle leggi ai vari livelli, alla programmazione, alla progettazione, alla verifica e alla valutazione degli interventi attuati.

Quanto sopra in armonia con il DPR n. 309/90 e i decreti attuativi, la LN n. 45/99, la legge quadro n. 328/00, la LR n. 31/97, il D.Lgs. n. 230/99, gli Atti di Intesa Stato Regioni del 1999 sulla riorganizzazione del settore delle dipendenze e la autorizzazione e accreditamento del sistema di intervento, la D.G.R. "Linee guida per la istituzione del Dipartimento delle Dipendenze" del 01/03/00, il PSSR 2002/2004, l'Accordo Stato Regioni 2002 sui livelli essenziali di assistenza sanitaria ai sensi del D.Lgs. n. 502/92 e successive modifiche.

Viene, pertanto, istituito, a livello di ogni ASL, il Dipartimento delle Dipendenze che si configura come una articolazione del Servizio Sanitario Regionale al quale è affidata, sul territorio di competenza, la programmazione, l'acquisizione, il monitoraggio e la verifica degli interventi anche mediante il coordinamento tecnico scientifico dell'interazione tra diversi centri accreditati coinvolti nell'area della dipendenza e dell'abuso di sostanze legali o illegali, in conformità con gli atti nazionali e regionali di riferimento e normato da regolamento specifico.

Spetta al Dipartimento la promozione, l'implementazione e la manutenzione di una rete di intervento che coinvolga detti centri.

Al Dipartimento sono anche affidati il coordinamento e/o la conduzione di specifiche attività territoriali nell'ambito del monitoraggio della diffusione dei fenomeni di abuso e di

dipendenza nonché della prevenzione specifica, primaria, secondaria e terziaria.

Sono compiti del Dipartimento:

- garantire il massimo livello di intervento efficace nei confronti delle dipendenze e dei fenomeni di consumo e abuso di sostanze legali ed illegali, attraverso la programmazione, l'articolazione e l'interazione degli interventi preventivi, terapeutici, di tutela della salute, di riabilitazione e reinserimento sociale attraverso la definizione condivisa di uno specifico piano triennale territoriale di indirizzo programmatico e di gestione della spesa sia sulla quota del fondo sanitario che sui fondi integrativi (es. legge n. 45, legge n. 328);
- rilevare e monitorare i bisogni assistenziali e di intervento attraverso dati epidemiologici, indagini sociali, verifiche relative a domanda, offerta, spesa e soddisfazione dei clienti;
- favorire l'integrazione ed il collegamento tra le attività svolte nell'ambito delle diverse strutture accreditate;
- esercitare funzioni di controllo, garantendo una strategia complessiva di intervento e pari dignità dei soggetti che operano nel sistema di intervento attraverso la definizione di strumenti e indicatori condivisi di valutazione;
- verificare, sulla base delle indicazioni regionali (fatti salvi gli specifici e diversi compiti di vigilanza e accreditamento propri di altre strutture), l'applicazione degli standard di funzionamento del settore (Enti autorizzati) anche attraverso la definizione delle procedure, l'individuazione e il controllo degli indicatori di qualità delle strutture operative e dei programmi, la verifica del raggiungimento degli obiettivi, la valutazione degli interventi e dei risultati raggiunti;
- cooperare alla definizione o alla revisione degli standard regionali di accreditamento e di parametrizzazione dei servizi ai livelli essenziali di assistenza;
- proporre gli accordi contrattuali determinanti per l'accesso al Fondo Sanitario Regionale;
- stabilire, sulla base delle indicazioni regionali, protocolli di collaborazione tra le strutture accreditate del Servizio Sanitario Regionale ed altre amministrazioni (prefetture, istituzioni scolastiche, sistema carcerario, comuni, ecc.) definendo gli obiettivi prioritari e le competenze dei singoli componenti della rete, al fine di evitare la dispersione o la sovrapposizione delle risorse;
- programmare e gestire localmente l'erogazione e l'utilizzo dei fondi nazionali e regionali dedicati a progetti preventivi, terapeutici o riabilitativi, con particolare attenzione all'integrazione socio-sanitaria;
- definire, programmare e attuare localmente il piano di formazione e aggiornamento per il sistema di intervento;
- definire, coordinare e gestire il piano annuale o pluriennale delle ricerche, anche in collaborazione con istituzioni pubbliche e private regionali, nazionali ed internazionali.

All'interno delle competenze assegnate al Dipartimento particolare importanza è attribuita alla programmazione e alla ottimizzazione della rete di intervento anche per l'esigenza di razionalizzare gli interventi e le risorse, garantendo efficienza ed efficacia con costi e modalità compatibili con l'assetto complessivo del Servizio Sanitario Regionale.

Conseguenti alla programmazione sono gli Accordi Contrattuali determinanti per l'accesso al Fondo Sanitario Regionale.

Al Dipartimento afferiscono, secondo specifici meccanismi di rappresentanza definiti a livello regionale e mantenendo le specifiche attribuzioni e competenze, le realtà accreditate, pubbliche e private, coinvolte nell'area della tossicodipendenza e gli Enti Locali.

La direzione del Dipartimento delle Dipendenze è affidata con incarico quinquennale ad un Direttore di Struttura complessa, con almeno dieci anni di esperienza nel settore, con specifico curriculum che comprenda anche comprovata attività nell'ambito della programmazione e del coordinamento di più strutture. In fase di prima applicazione, quando non sia già stato nominato un Direttore di Dipartimento, l'incarico è attribuito al Direttore del Servizio Dipendenze.

Il Direttore del Dipartimento coordina il Comitato di Dipartimento cui partecipano, tramite un meccanismo di rappresentanza definito a livello regionale, le strutture accreditate, sia pubbliche socio-sanitarie che private, che in via prevalente si occupano di tossicodipendenze.

Il Comitato di Dipartimento è l'organo di programmazione del Dipartimento stesso: al Comitato compete la predisposizione di un progetto generale di intervento che deve tenere conto delle linee di indirizzo dello Stato, delle Regioni e degli Enti Locali competenti. Quest'organo deve garantire pluralità, trasparenza e pari dignità nei rapporti tra le varie componenti.

Il Comitato deve essere convocato periodicamente in merito alle decisioni fondamentali inerenti le competenze del Dipartimento secondo un apposito regolamento formulato coerentemente con le indicazioni regionali.

Il Comitato si può strutturare anche in gruppi previsti per argomenti, funzioni o ambiti territoriali, quali il Coordinamento Territoriale per la gestione del Fondo di lotta alla droga - legge n. 45/99.

L'organizzazione del Dipartimento si struttura in aree, congruentemente alle esigenze locali. Tra queste debbono essere comprese:

1. Area "osservatorio territoriale".
2. Area "formazione, aggiornamento professionale, documentazione e ricerche finalizzate".
3. Area "accordi contrattuali".
4. Area "prevenzione e riduzione della domanda".
5. Area "del trattamento".
6. Area "grave marginalità".

Per le aree 4 e 6 l'azione viene condotta mediante il coordinamento dell'azione complessiva territoriale svolta da diverse organizzazioni e/o la conduzione diretta di progetti specifici. Dove ritenuto necessario od opportuno, nell'ambito della programmazione regionale o territoriale e mediante specifici accordi, il Dipartimento gestisce ulteriori funzioni, attività o strutture comuni a tutto l'ambito di competenza caratterizzabili come servizio/supporto offerto alla rete locale di intervento. Il Direttore del Dipartimento e i rappresentanti del pubblico e del privato partecipano al Comitato Interdipartimentale Regionale, finalizzato alla realizzazione di una strategia di intervento condivisa ed uniforme nei diversi ambiti territoriali. L'istituzione ed il funzionamento del Comitato Interdipartimentale Regionale sono demandati a specifici atti della Regione Lombardia.

Per le attività previste, compreso il funzionamento delle aree, della segreteria organizzativa e delle procedure amministrative, il Dipartimento delle Dipendenze è dotato di proprio organico e di un budget definito. Le forme organizzative con cui la aree prima declinate e altre eventualmente attribuite sono organizzate nel Dipartimento sono quelle di unità operative, organizzative e uffici, con responsabilità formalmente attribuite. I costi relativi alla partecipazione agli organi del Dipartimento dovranno essere condivisi, per quanto riguarda i rispettivi rappresentanti, dalle diverse organizzazioni pubbliche e private rappresentate. ☞

Milano, 15 aprile 2002



I contenuti del decreto 14 giugno pubblicato il 25 giugno scorso sulla G.U. n. 147

Disposizioni di principio sull'organizzazione e sul funzionamento dei servizi per le tossicodipendenze delle aziende unità sanitarie locali - Ser.T, di cui al decreto ministeriale 30 novembre 1990, n. 444

IL MINISTRO DELLA SALUTE
di concerto con
IL MINISTRO DEL LAVORO
E DELLE POLITICHE SOCIALI

Visto il decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309, recante il "Testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza";

Visto il particolare, il relativo art. 118, come modificato dall'art. 4 della legge 18 febbraio 1999, n. 45, in base al quale il Ministro della sanità determina con proprio decreto, l'organico e le caratteristiche organizzative e funzionali dei servizi per le tossicodipendenze da istituire presso ogni unità sanitaria locale;

Visto il decreto ministeriale 30 novembre 1990, n. 444, concernente la "Determinazione dell'organico e delle caratteristiche organizzative e funzionali dei servizi per le tossicodipendenze da istituire presso le unità sanitarie locali";

Visto il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni ed integrazioni; Visto l'accordo Stato-Regioni di cui al provvedimento del 21 gennaio 1999, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica 15 marzo 1999, ove si prevede che i servizi per le tossicodipendenze si occupino dell'assistenza alle persone che utilizzano sostanze d'abuso, incluse quelle legali;

Visto l'atto d'intesa Stato-Regioni approvato con provvedimento del 5 agosto 1999, che individua le specifiche prestazioni erogabili dai soggetti privati alle persone dipendenti da sostanze d'abuso;

Viso il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001 recante "Definizione dei livelli essenziali di assistenza", nella parte relativa alle prestazioni di assistenza territoriale sia ambulatoriale e domiciliare e sia semiresidenziale e residenziale;

Vista la legge costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3; (Omissis)

Decreta:

Art. 1. - Principi generali

1. I servizi per le tossicodipendenze (Ser.T) sono unità operative delle Aziende - Unità sanitarie locali - ASL coordinate nell'ambito di uno specifico Dipartimento per le dipendenze patologiche, in applicazione dell'Accordo Stato-Regioni del 21 gennaio 1999. Tale Dipartimento è organizzato con modalità di integrazione interistituzionale, che prevedono la diretta partecipazione a livello operativo e decisionale del privato sociale accreditato o autorizzato operante nel territorio o richiesto da altri territori per specifiche competenze (enti ausiliari, associa-

zioni di volontariato, associazioni di promozione sociale e "no-profit", associazioni famiglie, e simili) e che includano anche la certificazione dello stato di tossicodipendenza. Alle stesse entità, con specifici provvedimenti di accreditamento delle Regioni e delle Aziende sanitarie locali, viene riconosciuto un ruolo strategico determinante nell'ambito dello sviluppo di un moderno sistema di prevenzione e di protezione della salute nell'area dipartimentale delle dipendenze patologiche. Il Dipartimento per le dipendenze patologiche opera funzionalmente per il trattamento, il reinserimento e la prevenzione dei problemi correlati all'uso di sostanze psicotrope legali ed illegali e per i comportamenti assimilabili e correlati (disturbi dell'alimentazione, gioco d'azzardo, videodipendenze, ecc.), con opportuna definizione, a questo scopo, delle relazioni operative con le aree ed i Dipartimenti della salute mentale e materno-infantile. Resta comunque obiettivo comune del dipartimento per le dipendenze patologiche e di dette altre aree dipartimentali la costruzione di progetti integrati, con particolare riguardo agli ambiti di confine, quali alcolismo, problemi dell'adolescenza, doppia diagnosi, disturbi dell'alimentazione, gioco d'azzardo.

2. All'interno del Dipartimento per le dipendenze patologiche i Ser.T costituiscono le unità operative di base e specialistiche dell'Azienda, che operano in una logica di integrazione con gli altri servizi e con gli enti di cui al comma 1, per la risoluzione delle problematiche delle persone che fanno uso di sostanze stupefacenti e psicotrope, legali ed illegali - in seguito denominate sostanze - e delle loro famiglie.

3. Nell'ambito del Dipartimento per le dipendenze patologiche di cui al comma 1 i Ser.T sono strutture complesse, articolabili in unità funzionali sulla base dei bisogni emergenti nel territorio in relazione alle varie tipologie di abuso e di dipendenza, conformemente alle determinazioni adottate dalle Regioni e dalle Province autonome.

4. All'interno del Dipartimento di cui al comma 1 sono assicurate le seguenti funzioni:

- collaborazione con i Centri servizi amministrativi (CSA) del Ministero dell'istruzione, dell'università e della ricerca, per la realizzazione degli interventi di cui agli artt. 105 e 106 del decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309;
- collaborazione con le autorità militari esistenti nel territorio per l'attuazione di quanto disposto agli artt. 109, escluso quanto disposto ai commi 2 e 5, 110 e 111 dello stesso decreto;
- collaborazione con il Dipartimento per l'amministrazione penitenziaria del Ministero della giustizia negli interventi di prevenzione, cura e

riabilitazione delle sostanze da attuare nei confronti dei detenuti;

5. Ai fini del trattamento di cui all'art. 75 del decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309, su richiesta del prefetto competente, i Ser.T e gli enti privati accreditati, inseriti nel dipartimento di cui al comma 1, predispongono e curano l'attuazione del programma terapeutico dei soggetti loro inviati e forniscono, altresì, all'autorità giudiziaria le certificazioni di cui all'art. 91, comma 2, dello stesso decreto. I Ser.T e gli enti ausiliari vengono preventivamente accreditati per tale funzione sulla base della disponibilità di una équipe multidisciplinare diagnostica.

6. I Ser.T, tutti i servizi e le realtà del privato sociale di cui al comma 1 assicurano la loro collaborazione ai medici di fiducia delle persone assistite, ai sensi dell'art. 120, comma 4 e dell'art. 122, comma 3, del decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309.

Art. 2 - Norme di principio sul funzionamento dei Ser.T

1. I Ser.T operano nel rispetto dei criteri fissati dai livelli essenziali di assistenza di cui al decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001, con specifico riferimento alle indicazioni relative alla sezione "assistenza territoriale semi-residenziale e residenziale" ed alle prestazioni erogabili in base ai contenuti dell'accordo Stato-Regioni del 21 gennaio 1999 citato nell'art. 1, comma 1.

2. Nell'ambito di uno stabile coordinamento con il Dipartimento di cui all'art. 1 i Ser.T assicurano la disponibilità dei principali trattamenti relativi alla cura e alla riabilitazione dall'uso di sostanze e garantiscono, compatibilmente con le risorse economiche disponibili, la libertà di scelta del cittadino e della sua famiglia di attuare i programmi terapeutico-riabilitativi presso qualunque struttura autorizzata in tutto il territorio nazionale.

3. I Ser.T, d'intesa con il paziente e con la sua famiglia, anche mediante l'utilizzo di altri servizi specialistici, pubblici e privati accreditati o autorizzati, si occupano della prevenzione e della cura di tutte le patologie correlate alla dipendenza da sostanze. Le prestazioni sono erogate in forma individuale o a piccoli gruppi nelle sedi operative, o, se necessario, a domicilio. Le prestazioni di prevenzione possono essere erogate anche mediante mezzi mobili.

4. I Ser.T, fatte salve le ulteriori funzioni eventualmente loro attribuite dalle Regioni ai sensi dell'art. 90 del decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309, provvedono a:

- garantire accoglienza, diagnosi e presa in carico del paziente;

b) predisporre, per ogni singolo utente, un programma terapeutico-riabilitativo con valutazione diagnostica multidisciplinare iniziale e monitoraggio periodico delle variazioni dello stato di salute, in relazione ai risultati degli interventi effettuati, in termini di uso di sostanze, di qualità della vita, di abilità e capacità psico-sociali, di comparsa delle principali patologie correlate sulla cartella individuale del soggetto;

c) effettuare terapie farmacologiche specifiche, sostitutive, sintomatiche e antagonistiche, compreso il monitoraggio clinico e laboratoristico, verificando l'opportunità di tali interventi e mantenendo contemporaneamente l'obiettivo del superamento dello stato di dipendenza anche dai farmaci sostitutivi. Nei casi in cui è prescritta una terapia farmacologica, accanto agli opportuni controlli sono previsti supporti relazionali intensi (colloqui almeno settimanali, gruppi di discussione e di informazione, appoggi alle famiglie), che garantiscano un'attenzione costante alle condizioni di salute, sia fisica sia psichica, e mantengano viva la possibilità di sviluppare più ampi percorsi di cambiamento. Attenzione specifica va posta ad evitare che si creino le condizioni per l'emergere della cronicità iatrogena; a tal fine i Ser.T, in collaborazione con gli enti accreditati nel Dipartimento di cui all'art. 1, comma 1, garantiscono in ogni territorio la possibilità di realizzare cure direttamente finalizzate alla riabilitazione, come:

1. attività di osservazione, diagnosi e cura intensiva di disintossicazione, con modalità residenziale (ospedali, comunità, centri crisi), semiresidenziale o ambulatoriale;
2. attività riabilitative articolate in centri diurni, semiresidenziali, comunità residenziali, ecc.
3. attività di reinserimento psico-sociale e lavorativo, post riabilitative, finalizzate a prevenire le recidive;
4. nei casi in cui la cronicizzazione venga ritenuta inevitabile deve risultare dalla cartella individuale un dettagliato resoconto delle ragioni cliniche e dei tentativi effettuati per ridurre le dosi di metadone;
- d) svolgere attività di psicodiagnosi, di "counseling", di sostegno psicologico, di psicoterapia;
- e) svolgere attività di prevenzione, screening/counseling e cura delle patologie correlate all'uso di sostanze d'abuso, anche in collaborazione con altri servizi specialistici;
- f) svolgere attività di orientamento e di sostegno in ambito sociale ed educativo;
- g) svolgere specifiche e strutturate attività per la prevenzione delle principali cause di morte e di inabilità (malattie infettive, overdose, ecc.);
- h) attivare specifici programmi destinati alle donne, anche in collaborazione con altri servizi specialistici, prevedendo, in particolare, interventi relativi a gravidanza, prostituzione, episodi di violenza;
- i) rilevare, sulla base delle indicazioni stabilite a livello nazionale e regionale, i dati statistici ed

epidemiologici relativi alle attività e al territorio di competenza.

5. I Ser.T attuano per le persone in carico i seguenti interventi relativi alle infezioni da HIV e alle altre patologie correlate alla tossicodipendenza:
 - a) individuazione dei comportamenti a rischio;
 - b) informazione ed educazione sanitaria;
 - c) visite mediche ed interventi diagnostici e terapeutici, in collaborazione con strutture specialistiche;
 - d) test di laboratorio per l'HIV, previo consenso, e counseling;
 - e) collaborazione e integrazione degli interventi con altri presidi specialistici.
6. I Ser.T collaborano alle attività di prevenzione primaria coordinandosi, tramite il dipartimento di cui all'art. 1, comma 1, con i servizi aziendali ed extra aziendali competenti.

Art. 3

1. Le disposizioni del presente decreto entrano in vigore il giorno successivo alla sua pubblicazione nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana. \

Roma, 14 giugno 2002

Il Ministro della salute
Sirchia

Il Ministro del lavoro e delle politiche sociali
Maroni

UNA PRIMA RIFLESSIONE DEL DIRETTIVO NAZIONALE DI FE DER SER D

Il Dipartimento come luogo di regolazione del sistema - Il Ser.T come luogo di cura

- ◆ Il Dipartimento delle Dipendenze, come definito dall'intesa Stato-Regioni del 1999, è il luogo di programmazione degli interventi e di regolazione del sistema su base territoriale.
I modelli possibili (funzionale e strutturale budgetario), devono tenere conto anche della realtà regionale e locale, ma non possono prescindere da un principio essenziale: i partecipanti alla programmazione devono essere parte integrante del sistema, accettandone le regole e condividendo con i partner la responsabilità dell'intero funzionamento. Appare quindi incongruo che il privato solo "autorizzato al funzionamento" sia considerato parte del livello decisionale, dal momento che solo l'accreditamento legittima giuridicamente la partnership con il Servizio Sanitario in qualità di fornitori di servizi programmabili.
Se il DM finalmente riaffronta il tema del Dipartimento, negletto in molte Regioni, agli operatori del settore interessa cogliere la applicabilità di quanto affermato: i primi segnali che provengono dalle Regioni fanno ritenere possibile la ripresa del balletto delle inconcludenze che dura da anni. Non siamo certo noi a sottovalutare il processo in corso di ridefinizione dei poteri tra lo Stato, le Regioni e i Comuni, né a negarne la complessità, ma se veramente si ha a cuore la salute delle persone, bisogna essere chiari sul senso degli atti che vengono assunti.
- ◆ Le dipendenze sono molte, ma solo per l'eroinopatia abbiamo delle cure farmacologiche efficaci. La eroinopatia è una malattia cronica, progressiva, recidivante (molti dei pazienti in cura sono già "ricaduti" più volte ed hanno sperimentato anche altre terapie farmacologiche e numerosi programmi in comunità). È una patologia complessa nella quale si intrecciano aspetti biomedici e psico-sociali. L'eroina agisce come droga perché interviene anche in aree cerebrali motivazionali e di gratificazione, dove avvengono profondi cambiamenti neurobiologici. I farmaci sostitutivi sono la cura che si è dimostrata la più efficace per la dipendenza da eroina. Il trattamento con farmaci sostitutivi è la modalità di trattamento più studiata e valutata nel mondo. Tutte le maggiori istituzioni scientifiche mondiali concordano nell'affermare che il trattamento a dosi adeguate e a lungo termine con farmaci sostitutivi è efficace, legittimo, sicuro, non limitativo delle capacità psicofisiche e morali, come trattamento per la dipendenza da oppiacei.
Gli interventi multidisciplinari sono una offerta dei Servizi e una possibilità per il paziente, che vanno sostenute e valorizzate con professionalità, ed è perciò sulla professionalità e sulle evidenze di efficacia che appare più logico porre l'attenzione anche da parte del legislatore. Con le terapie nei Ser.T si ottengono questi risultati: il 70% lavora, il 75% è negativo alle morfiniturbe, non vi sono morti per overdose, sono enormemente ridotte le nuove infezioni e chi è già infetto non infetta gli altri.
Il sistema di intervento va migliorato nel suo complesso, e la strada sta nel ridefinirne i compiti in rapporto alla trasformazione della patologia (che è anche diversa da territorio a territorio), nell'attivare processi di valutazione, nel valorizzare la esperienza e conoscenza del territorio di tanti operatori per costruire programmi di informazione, prevenzione e promozione di stili di vita sani. È necessario monitorare le trasformazioni e i fenomeni significativi con osservatori epidemiologici che permettano di attivare nuove risposte terapeutiche e nuovi interventi di cura in rapporto alle trasformazioni delle condotte di abuso. È necessario ripensare e migliorare i programmi in Comunità come base per poter sviluppare la scelta di percorsi di cura sia selettivi e professionali, sia orientativi e di sostegno. Tutto questo nel rispetto delle scelte del paziente, aiutandolo nella promozione di una motivazione al cambiamento delle condotte tossicomane. Infine, per poter fare, bisogna investire risorse e saper capire e apprezzare quanto di buono abbiamo, fare di più e non di meno.
- ◆ Gli operatori dei Ser.T e gli operatori professionali di Comunità (che lavorano nel territorio insieme al territorio), sono una risorsa preziosa che va usata e valorizzata con pacatezza ed equilibrio, nella certezza che la loro esperienza è la forza per continuare ad aiutare i cittadini con problemi di dipendenza e le loro famiglie.

Grosseto, 3 luglio 2002

Siglato il regolamento della Consulta delle Associazioni e Società Scientifiche nel campo dei comportamenti compulsivi, di abuso e di dipendenza

l'annuncio di Maurizio Coletti, confermato coordinatore, e il testo del regolamento

Il percorso per giungere alla riorganizzazione della Consulta delle Società ed Associazioni Scientifiche è stato lungo e faticoso.

Allo stesso tempo, è stato un confronto serio ed approfondito: i rappresentanti delle organizzazioni che hanno firmato finalmente il documento finale (lo scorso 9 maggio a Perugia, a margine del Convegno Interregionale organizzato dalla Regione Umbria) non hanno voluto dare nulla per scontato.

Si è discusso delle ragioni per un percorso comune, delle modalità del percorso, dei tempi, del nome da dare al nuovo organismo.

Si apre, così, una seconda fase della Consulta.

Dopo la prima, quella della fondazione vera e propria, abbiamo di fronte un compito molto impegnativo, che può essere riassunto in due direzioni:

- rinnovare e fortificare un rigoroso dibattito scientifico e professionale sui terreni propri a tutte le Società aderenti;
- partecipare alla discussione sulle politiche di intervento a partire dalla nostra dimensione specifica.

Cercheremo di coprire i due obiettivi al meglio delle nostre forze, investendo fin dall'inizio tutti gli associati.

Vi sono, inoltre, altre Associazioni e Società che hanno già chiesto l'adesione e questo permetterà di ampliare il novero della partecipazione e di arricchire il confronto e l'incontro.

Tra breve formuleremo un programma di azione e lo faremo conoscere anche ai più rilevanti soggetti istituzionali.

Chi è appassionato di film, sa che è alle porte una nuova serie di Starwar. Allora, parafrasando, "che la forza (scientifica) sia con noi".

Maurizio Coletti

Regolamento della Consulta delle Associazioni e Società Scientifiche nel campo dei comportamenti compulsivi, di abuso e di dipendenza

Le Associazioni e le Società Scientifiche che firmano in calce al seguente documento, lo assumono come Regolamento e si impegnano a rispettarlo.

Mission

Le Associazioni e le Società Scientifiche nel campo dei comportamenti compulsivi, di abuso e di dipendenza, coerentemente con quanto si va sviluppando in ambito europeo ed internazionale, sentono l'esigenza di creare una consultazione permanente, e mettere a disposizione le loro conoscenze comuni, al fine di superare problemi di crescita del sistema

di intervento ed aumentare l'esperienza e, quindi, la qualità e l'efficacia delle azioni preventive, terapeutiche e riabilitative nel campo dell'uso e dell'abuso di sostanze.

Sono considerati obiettivi generali della Consulta:

1. Confronto permanente per lo scambio e la valorizzazione delle esperienze in atto in ambito nazionale, europeo ed internazionale.
2. Valorizzazione del ruolo professionale e del metodo scientifico nell'approccio alla prevenzione, cura e riabilitazione degli stati comportamentali compulsivi, di abuso e di dipendenza.
3. Promozione di una interlocuzione stabile tra ruoli professionali e scientifici e i livelli istituzionali.
4. Valorizzazione del diritto dei pazienti ad accedere ai migliori interventi disponibili e basati rigorosamente sulle evidenze scientifiche.
5. Riconoscimento dei diritti dei pazienti alla scelta dei trattamenti e delle strutture.
6. Valorizzazione di regole di comportamento etico degli operatori, discusse e condivise.
7. Valorizzazione del diritto-dovere dell'operatore professionale ad agire in scienza e coscienza, nell'interesse primario del paziente.
8. Creazione di contesti atti a sviluppare cultura e linguaggi comuni nel settore scientifico e professionale.
9. Riaffermazione, nell'ambito delle politiche nazionali e regionali, della necessità di poter utilizzare modalità di intervento diversificate in relazione ai diversi bisogni dell'utente.
10. Puntare sull'integrazione dei servizi nel campo dei comportamenti additivi, compulsivi, di abuso e di dipendenza in sede di azienda sanitaria locale, come espressione organizzativa unitaria dell'intervento sia dei servizi pubblici, che di quelli privati.
11. Organizzazione di una partecipazione attiva e propositiva della Consulta all'interno delle conferenze triennali nazionali, previste dalla normativa vigente.
12. Proposizione di una partecipazione consulenziale attiva e propositiva della Consulta all'interno degli organismi decisionali di programmazione e verifica a livello di Governo nazionale e di Governo locale, con particolare riferimento alle attività dei Ministeri competenti, della Conferenza Stato-Regioni, del Coordinamento delle Regioni, dei Governi regionali e delle aree metropolitane.
13. Opzione per una crescita di professionalità degli operatori attraverso un ruolo attivo e propositivo della Consulta a livello delle Istituzioni deputate all'insegnamento.

La Consulta presenta periodicamente un piano di priorità d'azione e di iniziative.

Regole

Adesione

Le Associazioni e le Società che firmano il presente documento sono considerate Soci Fondatori. Le Associazioni o le Società che volessero aderire successivamente, dovranno chiederlo formalmente al Coordinatore, che provvede ad inviare la copia della documentazione a tutti gli altri rappresentanti.

Le Associazioni o le Società candidate dovranno dimostrare di:

- a. essere attive nel settore di competenza della Consulta;
- b. avere una sufficiente rappresentanza numerica di soci o di entità aderenti;
- c. avere una dimensione nazionale;
- d. avere uno statuto od atti costitutivi basati sulla democrazia nella scelta degli organi dirigenti e nell'assunzione delle decisioni e principi;
- e. dimostrare l'opzione per interventi (di trattamento, di ricerca, di prevenzione) di carattere integrato e pluridisciplinare, senza alcuna pretesa egemonica;
- f. avere svolto adeguata attività scientifica, di discussione, di dibattito, di diffusione almeno negli ultimi tre anni. Tale attività verrà convenientemente presentata in un curriculum.

Le Associazioni o le Società candidate dovranno dichiarare di voler aderire al documento di fondazione ed al presente regolamento. L'ammissione di nuove Associazioni o Società avviene a seguito dell'esame della documentazione sopra riportata ed attraverso un voto dei rappresentanti della Consulta. L'adesione si intende accettata quando ottenga il voto favorevole dei 2/3 dei rappresentanti delle Associazioni aderenti. L'eventuale voto contrario viene comunicato all'Associazione od alla Società senza l'obbligo di ulteriore informazione. I dettagli sul voto sono confidenziali. Ogni Associazione o Società aderente può decidere di interrompere l'adesione al Coordinamento con atto vincolante del proprio Comitato Direttivo, od analogo organismo interno di governo. A partire dalla ricezione della comunicazione in merito, cessa ogni vincolo od obbligo di partecipazione. I 3/4 dei rappresentanti delle Associazioni o Società aderenti possono decidere di espellere una delle realtà partecipanti attraverso voto su mozione motivata. Tale comunicazione, contenente le ragioni del voto sono comunicate al rappresentante ed alla Associazione rappresentata.

Rappresentanza

Ogni Associazione o Società designa il/i proprio/i rappresentanti in seno alla Consulta con atto vincolante del proprio Comitato Direttivo, od analogo organismo interno di governo, fino ad un massimo di due. In ogni caso, ogni Associazione o Società aderente è portatrice di un voto. La rappresentanza si intende continua, fino alla sua revoca da parte dello stesso organismo che l'ha indicata o fino alle dimissioni personali.

Partecipazione economica

Le Associazioni o Società aderenti partecipano congiuntamente alle spese per le attività ordinarie della Consulta (con-

vocazioni, spese postali, acquisizione e riproduzione di documenti, rimborsi spese per il coinvolgimento di competenze esterne al Coordinamento, ecc.). Entro il 31 gennaio di ogni anno, esse fanno pervenire al Coordinatore in carica la propria quota annuale, stabilita di volta in volta dai rappresentanti ed, in genere, mai inferiore a € 300. È compito del coordinatore presentare il rendiconto delle spese sostenute annualmente ed una stima di quelle per l'anno successivo. Nel caso di un passaggio delle competenze della Consulta da un'Associazione o Società all'altra, il coordinatore uscente versa il residuo esistente, accompagnato da una nota contabile sull'utilizzo dei fondi. Nel caso in cui si evidenzia la necessità di un'azione, di un progetto o di un'iniziativa comune, approvata la proposta in questione, la Consulta provvede a stabilire la quota in carico ad ogni singola Associazione. Tutte le spese di partecipazione dei rappresentanti alle riunioni od agli incontri stabiliti, sono a carico delle singole Associazioni o Società.

Coordinamento

Il coordinatore viene indicato tra i rappresentanti delle Associazioni o Società aderenti, dura in carico un anno con possibili proroghe fino ad un massimo di tre anni attraverso l'esplicito consenso di tutti i rappresentanti.

Dopo il primo anno, il coordinatore decade se la maggioranza dei rappresentanti ritira la fiducia. I suoi compiti sono:

1. convocare la riunione dei rappresentanti almeno 3 volte l'anno;
2. fissare l'ordine del giorno degli incontri e dirigerne i lavori;
3. provvedere alla stesura dei verbali finali ed alla loro diffusione;
4. gestire con oculatezza e secondo i fini comuni le quote di adesione annuali e gli eventuali altri fondi finalizzati alla realizzazione delle altre iniziative approvate.

Il coordinatore svolge funzioni di supporto, ma non di rappresentanza formale.

Detta funzione è svolta in forma collegiale da tutti i rappresentanti. Nei casi ove ciò non fosse possibile, è individuata volta per volta una idonea rappresentanza più ristretta che dovrà attenersi rigorosamente agli indirizzi preventivamente concordati.

Sede

La sede della Consulta coincide, normalmente, con la sede dell'Associazione o Società di appartenenza del Coordinatore. Al fine di evitare l'identificazione della Consulta con la sede di una singola Associazione o Società, il Coordinatore di turno attiverà una Casella Postale. Tutte le altre Associazioni o Società sono, comunque, tenute a mettere a disposizione le loro sedi o spazi sociali per lo svolgimento delle attività concordate.

Diffusione delle attività

Ogni Associazione o Società aderente si impegna a dare la massima diffusione alle prese di posizione, ai documenti ed alle iniziative promosse dalla Consulta verso i propri associati utilizzando, per questo, tutti gli strumenti a propria disposizione e tutte le occasioni sociali di incontro e di riflessione. ↘

Firmato in Perugia il 9 maggio 2002 dai rappresentanti di:

Erit/Fe Der Ser D/Itaca Italia/Sia/Sicad/Sitd

L'incontro di Perugia del 9 e 10 maggio

La tutela della salute nell'area delle dipendenze: l'offerta dei servizi pubblici e del privato sociale nel panorama nazionale

Prime analisi e possibili sviluppi

Si è tenuto a Perugia, dal 9 al 10 maggio, un Convegno interregionale sulle dipendenze dal titolo: "La Tutela della salute nell'area delle dipendenze: l'offerta dei servizi pubblici e del privato sociale nel panorama nazionale".

Hanno preso parte alle due giornate di lavoro 450 tra operatori del servizio pubblico, del privato sociale, del comparto sociale e sanitario, referenti degli Enti locali (Regioni, Province, Comuni) e delle altre Istituzioni operanti nell'area delle dipendenze, delle Associazioni Scientifiche e delle organizzazioni rappresentative del settore e della società civile.

Hanno partecipato tutte le Associazioni Scientifiche nazionali rappresentative e la maggior parte delle realtà del privato sociale.

Fe Der Ser D ha avuto un ruolo attivo e propositivo.

In un certo senso l'impianto organizzativo ha ricordato, con le dovute differenze, le importanti e classiche Conferenze nazionali sulle dipendenze: Napoli (1993), Palermo (1997) e Genova (2000).

Si è qualificato quindi quale importante e significativo momento di confronto interregionale sulla tutela del diritto alla salute nell'area delle dipendenze sia per la eterogeneità e rappresentatività dei partecipanti sia per la ricchezza e qualificazione dei contenuti emersi.

I tre obiettivi del Convegno sono stati considerati raggiunti al termine dei lavori:

- ampio confronto culturale e scientifico sull'offerta complessiva del sistema dei servizi pubblici e del privato sociale operanti nel settore;
- evidenziazione degli elementi di criticità e di forza in merito ai profili organizzativi, funzionali e di attività indicati dai principali e ultimi Accordi Stato-Regioni ed Atti di intesa emanati nel settore;
- elaborazione della Carta d'Intenti quale linea di riferimento per la proposizione di un sistema di servizi pubblici e del privato sociale e conseguente offerte congrue con i bisogni di salute nell'area delle dipendenze.

La **Carta d'Intenti** è stata prodotta grazie al contributo di tutti i partecipanti alle sei sessioni di lavoro: consta di "frasi chiave" inerenti le seguenti aree tematiche:

- dipendenze: sostanze legali ed illegali, comportamenti, nuovi consumi e nuovi modelli;
- il processo di riorganizzazione nel campo delle dipendenze: la rete dei servizi pubblici e del privato sociale;

- orientamento - diagnosi - trattamenti: presupposti scientifici per la definizione di piani e percorsi assistenziali;
- promozione della salute: quali modelli di intervento;
- la formazione nel settore: gli attori, i livelli, gli strumenti;
- la programmazione e la valutazione nel settore: gli attori, i livelli, gli strumenti.

La Carta d'Intenti, una volta definita nei particolari, verrà diffusa a tutti i soggetti invitati al Convegno (inclusi i partecipanti), contemporaneamente sono state predisposte le azioni necessarie per la produzione degli Atti del Convegno, che verranno distribuiti a livello nazionale.

Sviluppi concordati

Il "Laboratorio" permanente pubblico-privato sociale

Il Convegno interregionale sulle dipendenze si è concluso con la proposizione da parte dei partecipanti di costituire a breve tempo un ambito nazionale permanente di confronto culturale e scientifico tra tutti i soggetti del pubblico e del privato sociale e della società civile operanti nel contesto nazionale.

La Regione Umbria ha recepito tale esigenza soprattutto in relazione alla necessità che anche nell'area delle dipendenze si mantenga un quadro nazionale di politiche socio-sanitarie condivise, pur nella piena autonomia e competenza delle Regioni in materia di organizzazione sia sanitaria sia socio-sanitaria.

Il Convegno si è quindi concluso con la proposta che la Regione Umbria attiverà a breve tempo un laboratorio permanente pubblico-privato sociale nazionale nell'area delle dipendenze, quale momento di confronto, proposizione ed interlocuzione stabile e riconosciuta sia delle Regioni ed Enti locali sia dei livelli centrali, in particolare con il Dipartimento Nazionale per le Politiche Antidroga.

Di seguito è illustrata la proposta di un "Laboratorio" che rappresenta solo una prima sintesi degli elementi emersi dal Convegno.

Il progetto definitivo nascerà dal contributo di tutti gli esperti-facilitatori del pubblico e del privato sociale che hanno partecipato al Convegno.

Laboratorio permanente pubblico-privato sociale per la tutela del diritto alla salute nell'area dell'uso-abuso-dipendenze da droghe legali ed illegali

Obiettivi...

- ▶ Restituire *protagonismo* ed *ascolto* a tutti quei soggetti che con diverse motivazioni, competenze e professionalità operano nella *moltitudine di risorse impegnate nell'area*: conditio sine qua non per il superamento di logiche "stigmatizzanti", "ideologiche" e "moralistiche" estranee alla reale missione dei servizi socio-sanitari operanti nel settore.
- ▶ Garantire che qualsiasi processo di revisione delle politiche e dei modelli organizzativi nel settore sia successivo e secondario ad una *attenta valutazione dei processi attivati e conseguenti risultati finora raggiunti*.

Il riconoscimento e la valorizzazione del patrimonio scientifico ed esperienziale acquisito negli anni nel settore è la garanzia per ricollocare al centro degli interessi la tutela del diritto alla salute e quindi la persona.

- ▶ Sostenere, nell'ambito delle nuove competenze affidate alle Regioni in materia di organizzazione sia sanitaria sia socio-sanitaria, un processo che, anche nell'area delle dipendenze, si caratterizzi per la presenza e *costruzione di un quadro nazionale di politiche socio-sanitarie condivise*.

Un Laboratorio quale...

- ▶ *Luogo di confronto, discussione, ideazione, proposizione, verifica, monitoraggio* sull'offerta del sistema dei servizi pubblici e del privato sociale, sistema centrato sui bisogni delle persone con uso-abuso-dipendenza da droghe legali ed illegali: ambito di confronto permanente culturale e scientifico ed esperienziale in materia di tutela della salute nell'area delle dipendenze.
- ▶ *Ambito di incontro permanente, strutturato, programmato* con tutti i soggetti che, con diverse motivazioni, competenze, professionalità operano nella moltitudine di risorse, sanitarie e sociali, del pubblico e del privato sociale, della società civile impegnate nella tutela del diritto alla salute nell'area delle dipendenze: laboratorio centrato su interrelazioni, integrazioni, complementarità, coprogettazione, covalutazione, nella cornice più generale dell'integrazione socio-sanitaria e delle politiche intersettoriali.
- ▶ *Osservatorio permanente integrato* per la proposizione a tutti i livelli di governo e di programmazione (centrali e ter-

ritoriali) di strategie di politica socio-sanitaria e conseguenti assetti organizzativi e funzionali garanti della equità di accesso, della fruibilità e della completezza delle prestazioni e della esaustività delle risposte a tutte le persone con problemi d'uso, abuso, dipendenza da sostanze legali ed illegali: una sorta di monitoraggio dell'assunzione delle linee di riferimento della Carta d'Intenti.

Un Laboratorio con...

Consulta Associazioni Scientifiche del settore; Enti Locali, Regioni; Istituzioni Scientifiche: Università-Istituto Superiore di Sanità-Centri di Documentazione; Privato sociale; Organizzazioni rappresentative quali referenti della società civile; Mondo del lavoro; ecc.

Con la spedizione della Carta d'Intenti verrà richiesta formalmente l'adesione a tutte le realtà che hanno aderito al Convegno interregionale dipendenze e che hanno già espresso l'esigenza di "esserci insieme" e, anche, alle altre significative risorse operanti nel contesto nazionale ma non presenti al Convegno.

Un Laboratorio che prevede...

- ▶ Organizzazione di due incontri annuali, a Perugia, con tutti i soggetti che hanno aderito: due giornate di lavoro, di confronto, di ideazione, di proposizione, di scambio di esperienze, di redazione di documenti sulle diverse tematiche oggetto degli incontri.
- ▶ Costituzione di gruppi di lavoro per l'approfondimento delle tematiche oggetto delle Sessioni nel corso del Convegno interregionale dipendenze e per approfondire i punti espressi nella Carta d'Intenti.
- ▶ Proposizione concordata di azioni, attività, ricerche da realizzare congiuntamente sia in ambito nazionale, sia negli ambiti regionali di appartenenza.
- ▶ Programmazione concordata di appuntamenti, incontri, eventi con i diversi livelli istituzionali al fine della proposizione di quanto emerso e redatto dagli incontri annuali.

Animatrice delle giornate è stata la dott.ssa Caterina Magliocchetti, responsabile della sezione fasce deboli della Direzione regionale Sanità e Servizi Sociali della Regione Umbria. Centrale il ruolo degli operatori dei Dipartimenti delle Dipendenze della Regione Umbria.

Il 31 maggio, come ci segnala la dott.ssa Magliocchetti, i risultati del Convegno sono stati presentati al Prefetto Pietro Soggiu, Commissario Straordinario di Governo per le Politiche sulle Droghe, come era stato concordato durante i lavori della assise. Sono state illustrate, nella stesura provvisoria, la Carta d'Intenti e la proposta di "laboratorio permanente pubblico-privato sociale nell'area delle dipendenze", con l'accordo di un approfondimento dopo l'estate, quando le proposte verranno definite nei particolari. ✎

RECENSIONE



Gabriella Ventavoli Previtera

Tossicomanie: un'epidemia psicosociale. Verso l'ecocidio della mente

Presentazione di Gianmarino Vidoni e Tiziana Masullo/Prefazione di Giovanna Giaconia

Collana "Clinica delle dipendenze e dei comportamenti di abuso", FrancoAngeli, Milano 2002, € 11,50

La perdita dei sentimenti, l'indifferenza, rappresentano per l'umanità una grave minaccia. Le sostanze stupefacenti, usate per medicare la sofferenza, rendono la mente sempre più sterile, un terreno inquinato dove potranno fiorire immaturità e violenza. Nutrite di sole sostanze chimiche le menti tenderanno a chiudersi sempre più, come un fiore che appassisce; come dimostrano le recenti acquisizioni delle neuroscienze, le memorie antiche saranno soffocate ed anche distrutte. Non ne verranno costruite delle nuove, e con esse pensieri e prospettive di vita.

Qualunque strumento terapeutico deve essere accompagnato da relazioni umane affettivizzate, idonee a contenere e trasformare le angosce ed i vissuti dei pazienti, arricchendo di significati i loro percorsi di cura. Occorre un impegno fatto di competenza e generosità per coltivare il giardino della vita. Le funzioni dei farmaci, delle comunità terapeutiche, della psicoterapia sono rilette, nel volume, in questa prospettiva. L'impatto psichico di fenomeni quali la sieropositività e l'AIDS, la piena comprensione dello stato di comorbilità psichiatrica e le conseguenze del consumo di cocaina e delle droghe sintetiche trovano elementi interpretativi nella ricca casistica "sul campo" che attraversa tutto il volume.

I costi dei programmi di trattamento per l'abuso di sostanze

*Pietro D'Egidio**

Introduzione

È diventato necessario arrivare ad una definizione dei costi dei programmi di trattamento per l'abuso di sostanze per due ordini di motivi.

Il primo è di natura prettamente economica.

Le leggi di riforma che hanno trasformato le USL in aziende e i conseguenti possibili nuovi scenari che già si propongono (per esempio l'affidamento in appalto ai privati dei servizi territoriali e tra questi i Ser.T) impongono la quantificazione economica delle prestazioni erogate.

Il secondo attiene invece alla possibilità, per questa via, di contribuire a definire il corretto rapporto tra risorse impegnate, quantità e possibile qualità delle prestazioni erogate; ed in definitiva il rapporto costi/efficacia e costi/benefici della assistenza ai dipendenti da sostanze.

È infatti necessario per i servizi implementare un percorso di qualità che veda la pratica della valutazione strumento costitutivo essenziale delle attività.

Chiaramente è un percorso questo che deve riguardare tutte le prestazioni offerte dal Sistema dei Servizi (Ser.T e Comunità Terapeutiche) e in questo contributo ci occupiamo solamente delle prestazioni che attualmente vengono erogate, così come disciplinato dal DM 444/90, dai Ser.T.

Nei nostri servizi comincia appena ora a svilupparsi la cultura e la pratica della valutazione e la cultura del misurare ciò che si fa in rapporto ai costi e al rapporto costi/efficacia e costi/benefici.

Analizzare costi, procedure, cambiamenti ottenuti e risultati della assistenza ai dipendenti da sostanze è un percorso necessario per rendere evidenti (se così è) e quantizzare l'utilità di tutti o di alcuni dei programmi di cura.

Questo serve anche per arrivare a determinare quali sono i modi migliori per investire le risorse che le Aziende USL possono mettere a disposizione.

È una attività a cui Ser.T e Comunità debbono arrivare ed anzi promuovere come uno strumento per migliorare la qualità dei servizi, ulteriormente professionalizzarli, incidere su una rappresentazione sociale degli stessi che sia più serena e meno condizionata da pregiudizi.

Infine un processo di analisi di costi, procedure, cambiamenti ottenuti e risultati aiuta da una parte a capire forze e debolezze dei singoli servizi e dall'altra a favorire gli investimenti (pubblici, privati e donazioni) nel settore.

Se infatti riusciamo a dimostrare che i nostri programmi di trattamento, oltre che a prendersi cura e a curare efficacemente¹ i nostri pazienti fanno anche risparmiare più soldi di quanti costano alla società, allora è più facile promuovere azioni che spingano a maggiori investimenti in questo settore.

Dobbiamo riuscire a costruire, in tempi utili, un dottrinale scientifico-culturale ed un percorso applicativo condiviso uti-

lizzabile in ciascun servizio per personalizzare negli stessi la attività di valutazione dei costi, delle procedure, dei cambiamenti e dei risultati.

Per poterlo fare è prioritario dotare i servizi di strumenti informatici di gestione delle attività (compreso il carico e scarico dei farmaci sostitutivi) che siano pensati "dall'interno" con una architettura capace di tener conto dei livelli di competenza informatica degli operatori e soprattutto che "faccia risparmiare tempo".

Ci sono già alcuni percorsi in via di sviluppo e che tengono conto di questi presupposti².

La **analisi dei costi**, che ha una importanza critica per decidere come destinare le risorse in rapporto ai programmi e per comprendere le relazioni tra costi e esiti, si realizza attraverso la descrizione del tipo e del valore di tutte le risorse usate per produrre i programmi di trattamento per l'abuso di sostanze.

La **analisi costi/efficacia** è la relazione tra il costo dei programmi di cura e la efficacia dei programmi stessi che poi altro non è che il risultato che i programmi stessi hanno sui pazienti.

Gli indici costi/efficacia possono essere comparati per differenti programmi, differenti modalità di trattamento (come i trattamenti residenziali e quelli ambulatoriali), e differenti tecniche di trattamento (come i programmi drug free in rapporto a tecniche alternative come l'agopuntura oppure al mantenimento con metadone).

La **analisi del rapporto costi/benefici** è la misura sia dei costi dei trattamenti che degli esiti degli stessi in termini economici. I costi e i benefici possono essere comparati tra programmi o per le varie procedure all'interno di un singolo programma.

La analisi dei costi e dei rapporti costi/efficacia e costi/benefici è anche un utile strumento per promuovere la cultura della valutazione complessiva delle attività di un servizio come strumento costitutivo essenziale delle attività, capace di metterne in evidenza le forze e le debolezze e quindi di dare forti indicazioni su come modificare e migliorare costantemente i programmi di cura.

Per fare l'analisi di un programma terapeutico per prima cosa è necessario definire quali sono i risultati che andiamo a ricercare ed i componenti del programma che contribuiscono a raggiungere tali risultati per il paziente.

Il percorso completo può essere schematizzato come segue:

1. Definiamo un programma di trattamento³.
 - a. Scomponiamo questo programma in varie azioni elementari (procedure):
 - Definiamo con precisione la singola azione
 - Individuiamo il ruolo e il peso percentuale di questa singola azione nel realizzare il programma
 - Individuiamo la figura (o le figure) professionali deputate a svolgere la azione
 - Indichiamo il tempo medio necessario per lo svolgimento di ciascuna singola azione.

* *Direttore Ser.T Pescara, Direttivo Nazionale Fe Der Ser D*

2. Definiamo per l'intero programma per quel paziente e per ciascuna singola azione i cambiamenti (processi) che ci aspettiamo per il paziente, i risultati intermedi e finali del nostro programma di trattamento⁴ ed i tempi ipotizzabili per raggiungerli.
3. Definiamo i costi di ciascuna singola azione.
4. Definiamo i costi indiretti di gestione (degli spazi, del servizio amministrativo, della direzione, delle comunicazioni, degli strumenti medicali, informatici e degli arredi) e la loro incidenza percentuale su ciascuna azione.
5. Definiamo i costi delle attività del servizio non rivolte ad espletare un programma terapeutico (accoglienza, interventi di prevenzione, collaborazioni istituzionali e di rete).
6. Quantizziamo economicamente i risultati intermedi e finali del programma di cura.

Questa che andiamo a descrivere è la analisi di una parte soltanto del sistema che abbiamo presentato: i costi dei programmi di trattamento per l'abuso di sostanze. La consideriamo come una analisi sperimentale, una ipotesi di lavoro che pensiamo possa servire da stimolo per ulteriori riflessioni e contributi al fine di addivenire ad una definizione condivisa soprattutto dei parametri da usare.

Metodo

I costi delle prestazioni trovano la loro quantizzazione in rapporto a due elementi essenziali: la qualificazione professionale dell'operatore ed il tempo impiegato per realizzarle.

Abbiamo scomposto le attività che normalmente si svolgono nei Ser.T in una serie definita di azioni elementari utili al nostro scopo.

Queste non sono esaustive nella loro analiticità per monitorare i trattamenti ma di essi ne sono una sintesi.

La definizione del tempo medio necessario per svolgere correttamente ciascuna attività è il parametro in qualche modo più opinabile.

Pertanto esso è stato portato alla attenzione e alla riflessione degli operatori del CTCR della Regione Abruzzo e dei responsabili dei Ser.T della Regione⁵.

È stato definito il costo orario di ciascuna figura professionale nel modo seguente.

Tabella 1

	<i>costo per la azienda (compreso di INPDAP e IRAP)</i>	<i>costo orario</i>
direttore	113.105,35	73,93
medico	60.276,15	39,40
psicologo	51.157,00	33,44
sociologo	44.851,02	29,31
infermiere	27.460,40	17,95
assistente sanitario	27.460,40	17,95
assistente sociale	26.855,69	17,55
educatore professionale	26.855,69	17,55
coadiutore amministrativo (cat. b)	21.668,70	14,16
assistente amministrativo (cat. c)	24.837,37	16,23
ausiliario specializzato	20.053,16	13,11

Si sono considerate 36 ore settimanali (per i dirigenti le due ore in più sono per l'aggiornamento) e si sono sottratte ai 365 giorni di un anno 52 domeniche, 32 giorni di ferie, 4 giorni di recupero festività soppresse, 12 giorni per congedo straordinario e malattia e 10 gg di festività varie. Risulta quindi che ciascun operatore lavora in un anno 255 giorni e quindi 1530 ore. Il costo orario è stato riferito al costo lordo iniziale per la azienda di ciascuna delle figure professionali considerate così come nella tab. 1. Il costo di ciascuna prestazione viene aumentato del 25% per costi di gestione esclusi farmaci e accertamenti clinici strumentali e di laboratorio; il valore 25% può essere modificato tenendo conto delle singole realtà territoriali.

Risultato

Il risultato di questa analisi è illustrato nella tab. 2 che viene corredata dalle opportune specificazioni.

Considerazioni

Abbiamo inteso farci guidare nella realizzazione di questa analisi dei costi delle prestazioni nei Ser.T da una serie di considerazioni.

Il nostro obiettivo è stato quello di costruire un processo sufficientemente semplice tale da facilitarne la applicabilità.

La semplificazione dell'approccio e dello sviluppo della analisi deve essere tale da conservare i caratteri del rigore applicativo.

La raccolta delle informazioni delle attività nei servizi deve essere realizzata in maniera tale da essere precisa, verificabile e soprattutto poco onerosa in termini di tempo da parte degli operatori.

Il processo per la determinazione dei costi così come abbiamo indicato può essere integrato con la analisi degli esiti delle prestazioni per arrivare alla definizione dei rapporti costi/benefici e costi/efficacia dei programmi di trattamento per l'abuso di sostanze.

Pur rendendoci conto che alcuni operatori ancora conservano una "idiosincrasia" per l'uso di sistemi informatizzati, appare ormai improcrastinabile nei Ser.T l'uso sistematico di software di gestione delle attività.

Tale software deve essere modulabile, deve far "risparmiare tempo" al servizio, deve essere semplice da usare, non deve interferire nel setting con il paziente. Con tale strumento è possibile un percorso di monitoraggio e valutazione costante delle attività e quindi di miglioramento della qualità e dell'efficacia delle prestazioni.

A conclusione si fornisce l'esempio dell'analisi del costo per un mese di trattamento per un paziente in terapia sostitutiva con metadone cloridrato sciroppo al dosaggio di 70 mg/die (tab. 3).

Riferimenti bibliografici

1. Brian T. Yates, *Measuring and improving cost, cost-effectiveness, and cost-benefit for substance abuse treatment programs*, NIDA 1999.
2. *Calculating the social cost of illicit drugs*, Council of Europe Publishing 2001.
3. P. D'Egidio, *Tempo standard per le prestazioni terapeutico assistenziali e per gli interventi di prevenzione nella attività del Ser.T*, X corso di formazione sulle tossicodipendenze, ISS 1994.

Tabella 2

prestazioni			tempo in minuti	costo del personale	costo di gestione	costo totale
1.	Trattamento farmacologico con metadone, GHB, naltrexone, sintomatici e altro	medico	5	3,28	0,82	7,34
2.		infermiere	5	1,50	0,37	
3.		ausiliario	5	1,09	0,28	
4.	Trattamento farmacologico con buprenorfina	medico	5	3,28	0,82	9,21
5.		infermiere	10	2,99	0,75	
6.		ausiliario	5	1,09	0,27	
7.	Costo farmaci/die					
8.	Chimica clinica prelievi ematici	infermiere	10	2,99	0,75	5,11
9.		ausiliario	5	1,09	0,27	
10.	Chimica clinica raccolta urine controllata	infermiere professionale	10	2,99	0,75	5,11
11.		ausiliario	5	1,09	0,27	
12.	Certificazioni specialistiche e relazioni (pazienti, prefettura, tribunali, altre istituzioni)	(medico, psicologo, infermiere, assistente sanitario, assistente sociale, educatore professionale, sociologo)				25,00
13.	Counselling, lavoro di gruppo	medico	10	6,57	1,64	8,21
14.		psicologo	10	5,57	1,39	6,97
15.		sociologo	10	4,89	1,22	6,11
16.		infermiere	10	2,99	0,75	3,74
17.		assistente sanitario	10	2,99	0,75	3,74
18.		assistente sociale	10	2,93	0,73	3,66
19.		educatore professionale	10	2,93	0,73	3,66
20.	Visita medica specialistica	medico, infermiere	60	57,35	14,34	71,69
21.	Intervento psicologico (colloquio, psicodiagnostica, psicoterapia: unità minima di impegno)	psicologo	60	33,44	8,36	41,80
22.	Accoglienza	assistente sanitario, sociologo, infermiere, educatore, assistente sociale, medici	60	23,63	5,91	29,54
23.	Servizio amministrativo	assistente amministrativo	60	16,23	4,06	20,29
24.		coadiutore amministrativo	60	14,16	3,54	17,70
25.	Coordinamento e management	medico	60	73,93	18,48	92,41
26.	Attività di rete, prevenzione, formazione	medico	60	39,40	9,85	49,25
27.		psicologo	60	33,44	3,34	36,78
28.		sociologo	60	29,31	2,93	32,24
29.		infermiere	60	17,95	1,80	19,75
30.		assistente sanitario	60	17,95	1,80	19,75
31.		assistente sociale	60	17,55	1,76	19,31
32.		educatore professionale	60	17,55	1,76	19,31
33.	Ospedale di giorno	medico	60	39,40	3,94	43,34
34.		infermiere	60	17,95	1,80	19,75
35.		ausiliario	30	6,56	0,66	7,21

- a. Ogni prestazione è definita da una unità minima di tempo che può essere moltiplicata a secondo del tempo ulteriormente impiegato per l'esecuzione della stessa.
- b. Le singole figure professionali indicate possono essere sostituite da altre figure che, nei singoli Ser.T, effettuano quella determinata prestazione, modificando corrispondentemente la voce "costo personale".
- c. Sono stati raggruppati tutti i tipi di trattamento (punti 1-2-3) ad eccezione di quello con la buprenorfina (punti 4-5-6) in quanto i primi sono assimilabili in considerazione del tempo impiegato (espresso in minuti) mentre la buprenorfina impegna l'infermiere professionale per un tempo circa doppio.
- d. A tutti i tipi di trattamento va aggiunto il costo del farmaco di cui al punto 7.
- e. Certificazioni specialistiche e relazioni (punto 12): è stato previsto solo un costo unitario medio di 25 euro sia nel caso che vengano redatte da una sola figura professionale sia che prevedano la partecipazione di più figure professionali.
- f. Si precisa che per "counselling" si intende non soltanto il "counselling" propriamente detto ma anche tutti i tipi di colloquio (motivazionale, sociale, di orientamento, informativo) (punti 13-19). Inoltre per "lavoro di gruppo" si intendono le attività espletate con la partecipazione di più operatori sia centrate sui casi clinici che di altro tipo (organizzazione, programmazione, ecc.).
- g. La visita medica specialistica (punto 20) può essere di tipo: tossicologica, psichiatrica, infettivologica, internistica; nel costo è compreso il costo per l'assistenza infermieristica.
- h. L'intervento psicologico (punto 21) riguarda sia il colloquio psicologico, sia la somministrazione e valutazione di test diagnostici, sia i vari tipi di psicoterapia come quella individuale, familiare, di gruppo.
- i. I punti dall'1 al 21 e dal 33 al 35 si riferiscono a singole prestazioni. I punti dal 22 al 32 si riferiscono al costo orario della prestazione.
- j. Per l'accoglienza (punto 22) si valuta un costo orario medio tra dirigente e operatore area livelli.
- k. La voce di cui al punto 25 si riferisce al coordinamento e management delle strutture complesse e non al coordinamento dei singoli gruppi di lavoro o delle aree in cui è organizzato il servizio stesso (che rientra invece nella voce "lavoro di gruppo").

Tutti i costi sono espressi in Euro

Tabella 3

	<i>numero prestazioni</i>	<i>tempo in ore</i>	<i>costo unitario</i>	<i>costo</i>
effettuazione terapia	26		8,68	190,84
costo del farmaco	30			40,13
counselling medico	2		8,21	16,42
counselling psicologo	2		6,97	13,94
counselling infermiere	4		3,74	14,96
counselling assistente sociale	2		3,66	7,32
visita medica	1		71,69	71,69
esami urine	2		5,11	10,22
colloquio psicologico	1		41,80	41,80
relazione	1		25,00	25,00
accoglienza		1,00	29,54	29,54
direttore		0,33	92,41	30,50
amministrativo		0,33	18,00	5,94
totale				498,30

Note

1. Efficienza: capacità di raggiungere un certo risultato: Efficacia: qualità di ciò che è efficace (che produce l'effetto che si desidera).
2. Software di Gestione delle Attività (Ser.T di Pescara - Progetto Obiettivo Regionale Tossicodipendenze, Abruzzo). OI DT: Base di dati dei campi standard per lo sviluppo dei software delle strutture di servizio - Pisa 2002.
3. Il programma terapeutico viene periodicamente ridefinito in rapporto ai cambiamenti positivi o negativi presentati dal paziente difformemente da quanto previsto.

4. *Processo*: eventi che si sviluppano all'interno del paziente, sia di natura psicologica che biologica (p. es. un aumento della sicurezza, un miglioramento del disordine di personalità antisociale, una riduzione delle fobie, delle disfunzioni sessuali, un miglioramento della depressione o della distimia, un miglioramento del craving).
- Esiti*: eventi che si sviluppano fuori dal paziente (p. es. riduzione o cessazione dell'uso di droghe, di comportamenti criminali, di condotte a rischio, di miglioramento dell'attività lavorativa o scolastica o del rapporto con i familiari).
5. Si ringraziano per il loro contributo Cesare Di Carlo, Paola Fasciani, Daniela Spaziani, Giuseppe Vena. ↘

CONGRESSI E CORSI

Prima Conferenza Nazionale sul trattamento con buprenorfina della tossicodipendenza da oppiacei

Grande evento a Palermo dal 20 al 22 giugno scorsi nello splendido contesto di Villa Igiea.

La Consensus Nazionale sul trattamento con buprenorfina ha visto 240 operatori dei Ser.T (quasi tutti medici considerato il tema), di ogni parte d'Italia, gremire l'aula congressuale per i tre giorni dell'evento.

E già è obbligatoria una prima considerazione: il luogo incantevole e le giornate assolate potevano far temere il ripetersi di desolanti visioni: aule deserte e piscine o spiagge esaurite.

Ebbene, le spiagge sicuramente saranno state esaurite, ma non dai congressisti.

La riflessione porta ad altri elementi: il "chi è" dei partecipanti ad esempio.

Medici in prima linea, quei medici che curano i clienti o pazienti con dipendenza da eroina, "semplici" medici dei Ser.T, non (necessariamente) direttori o responsabili o coordinatori.

Ottima scelta negli inviti, e coraggiosa, da parte della Ditta ESSEX, che ha favorito l'incontro.

Un altro elemento: i famosi crediti formativi, 10 nella occasione.

La Conferenza si è giovata dell'organizzazione del Dipartimento di Neuroscienze dell'Università degli Studi di

Cagliari diretto dal Prof. Gian Luigi Gessa, garanzia di contenuti scientifici elevati.

Altro elemento simpatico, il voto elettronico in sala a seguito delle relazioni e di alcuni stimoli con opportunità di scelta proposti dai discussant delle varie sessioni.

Ma veniamo alla buprenorfina.

A due anni dalla sua introduzione in Italia ogni particolare d'uso è stato rivisitato: dallo stato dell'arte, alle questioni più controverse.

Largo spazio è stato offerto al confronto di esperienze e all'utilizzo del farmaco in contesti e percorsi terapeutici, anche particolari, quali le comunità e il carcere.

Stimolante, ardita nelle suggestioni ma con la cautela dei necessari approfondimenti, la sessione finale "dal presente al futuro della buprenorfina nel trattamento delle tossicodipendenze".

I lavori presentati saranno resi disponibili agli operatori italiani del settore, come contributo all'approfondimento scientifico.

Piace concludere con una frase che l'onorevole Giuseppe Lumia ha rivolto nel suo saluto finale ai partecipanti alla Conferenza: "Grazie per la vostra pazienza e per non essere caduti nelle provocazioni nel vostro lavoro quotidiano. Nonostante i problemi avete conquistato una posizione salda e chiara nella lotta alle tossicodipendenze".

Non necessitano commenti per chi lavora nei Ser.T, e siamo felici che l'on. Lumia, come ha annunciato dal palco dando appuntamento a tutti i congressisti, sarà presente a Cernobbio in ottobre al Congresso Nazionale di Fe Der Ser D.

A proposito della V Conferenza Europad (European Opiate Addiction Treatment Association) svoltasi ad Oslo nel maggio 2002: "Maintenance Therapy Evidence-Based Practice and Integrated Treatment Approached"

Prima la strategia

Matteo Pacini* e Icro Maremmani**

A differenza di quanto è recentemente accaduto nel campo della psichiatria generale, i presidi terapeutici a disposizione per il trattamento della tossicodipendenza sono rimasti limitati in quanto a numero e a diversificazione dei meccanismi d'azione.

D'altra parte, la documentata efficacia degli strumenti a disposizione, ed il progresso delle conoscenze sulla neurobiologia del disturbo fa sì che, in questo campo, non sia tanto l'esiguità dell'armamentario medico a limitare i risultati, quanto la filosofia del trattamento. In occasione di un congresso, al di là dell'aggiornamento tecnico, per cui forse esistono oggi canali più rapidi e funzionali, è importante fare oggetto di discussione le questioni di strategia; in questo modo può esser messa a punto una comune filosofia di trattamento che consente di creare un potenziale per gli strumenti già a disposizione.

La V conferenza Europad (European Opiate Addiction Treatment Association), svoltasi a Oslo nello scorso maggio, si richiama, fin dal titolo, alla questione della filosofia del metodo, in linea con quella che è la "missione" scientifica dell'associazione: "Maintenance Therapy. Evidence-Based Practice & Integrated Treatment Approaches".

La prima premessa importante consiste nella indicazione del trattamento di mantenimento come opzione principe nell'approccio alle tossicodipendenze: indipendentemente dal tipo di strumento utilizzato, ciò che è stigmatizzato dal titolo è la necessità di mantenere i risultati ottenuti su un substrato di malattia che, per sua natura, mantiene se stesso a lungo termine.

Il concetto di guarigione clinica, e di cronicità della terapia, sono acquisizioni teoriche cruciali per rendere un agente psicotropo, quale il metadone, la buprenorfina o il naltrexone, strumenti terapeutici efficaci.

Un secondo aspetto, a ponte tra la ricerca e la pratica clinica, è rappresentato dal concetto di medicina evidence-based.

Soprattutto in condizioni legate a doppio filo con un contesto culturale, aspettative, sistemi di giudizio e codici morali, è essenziale definire l'ambito dell'intervento medico, che in altri settori della nostra professione è invece ben delineato e privo di ambiguità. Il medico delle tossicodipendenze si occupa della tossicodipendenza, come di una malattia, ed opera secondo una concezione scientifica del proprio intervento.

In quest'ottica, la bontà dell'intervento non è basata sulla bontà dell'intento di chi opera, né sulla ricchezza delle opzioni offerte; al contrario, la bontà dell'intervento è rivelata dalla bontà dei risultati rispetto al benessere del paziente.

L'evidenza rappresenta, nel sistema circolare del progresso scientifico, il punto di arrivo e di partenza della pratica clinica.

Il processo di comprensione dei meccanismi patogenetici e terapeutici passa, secondo una visione scientifica, attraverso l'applicazione dei risultati della ricerca alla gestione del fenomeno, e la registrazione di come il fenomeno si comporta in risposta ai nostri interventi. Infine, elemento di congiunzione vero tra la pratica e la teoria dell'intervento, tra la strategia e la tattica, è la concezione della filosofia del trattamento come parte dell'evidenza, acquisizione principe per un'auspicabile new age del trattamento della tossicodipendenza.

* PISA-SIA (Study and Intervention on Addictions) Group, Dipartimento di Psichiatria NFB, Università di Pisa, membro EUROPAD

** PISA-SIA (Study and Intervention on Addictions) Group, Dipartimento di Psichiatria NFB, Università di Pisa, Presidente EUROPAD

Così, anche la questione dell'integrazione del trattamento è affrontata in maniera correttamente subordinata all'evidenza.

L'umana e comprensibile preoccupazione circa la disponibilità di quanti più fronti possibili di intervento sul fenomeno addiction, non può essere abbandonata alla bontà dei suoi intenti, pena il sacrificio delle aspettative all'efficacia.

Diversamente, l'integrazione, così come ogni altra ipotesi, deve divenire parte del sistema sperimentale da cui risulta, come responso, l'evidenza scientifica.

La scelta della sede ha consentito, in particolare, di entrare in contatto con una realtà operativa, costituita dal Centro MARIO per la riabilitazione medicalmente assistita. L'esperienza di questo centro, esemplare rispetto allo spirito dell'attività di Europad, fornisce dati originali per la rilettura dell'intervento riabilitativo in un'ottica evidence-based. Anche in questo caso, gli strumenti già disponibili, acquisiscono, attraverso l'evidenza un nuovo ruolo riabilitativo.

La celebrazione della medicina scientifica attraverso le prove della sua efficacia ha costituito, a nostro parere, il fine e il senso dell'incontro di Oslo.

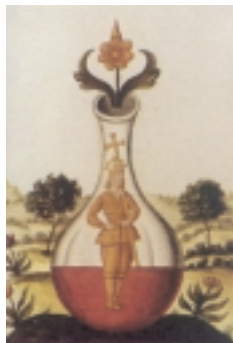
La spinta verso la diffusione di un approccio scientifico e strategico nell'intervento sulle tossicodipendenze, è la traccia che dovrebbe avere lasciato nella coscienza medica di ciascuno. ✎

EUROPAD (European Opiate Addiction Treatment Association), già EUMA (European Methadone Association) è stata fondata a Ginevra, Svizzera nel 1994

Il comitato fondatore è composto da: O. Blix (Bergen, Norway), C. Brewer (London, UK), A. Coppel (Paris, France), J.J. Deglon (Geneve, Switzerland), J. Derks (Maastricht, The Netherlands), H. Ewig (Langenfeld, Germany), G. Friedrich (Freiburg, Germany), J.M. Guffens (Saint Tropez, France), L.M. Gunne (Uppsala, Sweden), C. Junet (Geneve, Switzerland), E. Lopes (Porto, Portugal), I. Maremmani (Pisa, Italy), A. Mino (Geneve, Switzerland), E. Picard (Brussels, Belgium), M. Reisinger (Bruxelles, Belgium), R. Schmid (Vienna, Austria), B. Sommer (Ringkobing, Denmark), A. Tagliamonte (Siena, Italy), D. Touzeau (Paris, France), J.C. vHohenberg-vSoer (Hamburg, Germany), P. Vossenbergh (Deventer, The Netherlands), S. Wiewiorka (Paris, France), O. Zolesi (Pisa, Italy). Attualmente il presidente è Icro Maremmani (dalla fondazione), il vice presidente è Marc Reisinger, il segretario generale è Alessandro Tagliamonte. Olof Blix, Colin Brewer, Jack Derks, Gerhard Friedrich e Didier Touzeau fanno parte del Comitato Esecutivo. Europad ha propri rappresentanti in Austria, Belgium, Bulgaria, Croatia, Denmark, France, Germany, Greece, Ireland, Italy, Norway, Poland, Portugal, Russia, Spain, Slovenia, Sweden, Switzerland, The Netherlands, United Kingdom.

EUROPAD ha organizzato: Le "European Methadone and Other Substitution Treatments Conference" di Cannes, Saint Tropez, (France, 1995); Ljubljana, (Slovenia, 1997); Arezzo (Italia, 2000); Oslo (Norway, 2002). Gli "Europad forum during AMTA conference" di Phoenix, AZ, USA (1995); Chicago, IL, USA (1997); New York, NY, USA (1998); San Francisco, CA, USA (2000); St Louis, MO, USA (2001). Le Conferenze Nazionali sul Metadone ed altre terapie sostitutive di Genova (1995), Vasto (1977), Pietrasanta (1999, 2001). EUROPAD pubblica la rivista in inglese: *Heroin Addiction and Related Clinical Problems*.

Presentiamo l'Associazione Onlus Amarcord, di intervento nel campo alcolico, e l'Associazione no profit Forma Mentis, operante nel campo formativo, che hanno aderito a Fe Der Ser D nel maggio scorso con un Patto federativo ai sensi statutari



AMARCORD

Associazione Onlus
in campo Alcolico
www.amarcord.info

Nel dicembre '98 è nata Amarcord, Associazione ONLUS, uno spazio diverso dai servizi specialistici, nel quale offrire un primo contatto o sostegno a coloro che sono coinvolti o interessati da una problematica di abuso o dipendenza da bevande alcoliche

L'Associazione ha come finalità quella di fornire informazioni sull'uso corretto di tali bevande, sulle problematiche ad esse connesse e sui servizi territoriali che si occupano del trattamento delle patologie correlate. L'idea che potesse essere utile creare un'Associazione come Amarcord è venuta inizialmente agli operatori del NOA di Sesto San Giovanni. Questi ultimi l'hanno poi condivisa con alcuni pazienti, in fase di avanzata sobrietà, essendo convinti che la loro esperienza personale potesse costituire un'efficace risorsa da mettere al servizio di tutti coloro che stanno affrontando, direttamente o indirettamente, un problema simile.

Le attività dell'Associazione si concretizzano in tre ambiti distinti:

Centralino Telefonico e Centro Ascolto. L'Associazione è un punto di riferimento per tutti coloro che necessitano di informazioni, sostegno e aiuto. Il Centralino Telefonico e il Centro Ascolto sono esclusivamente gestiti dai volontari provenienti da un'esperienza personale di dipendenza da bevande alcoliche. Costoro sono stati opportunamente formati attraverso la partecipazione a corsi sulle tecniche di aiuto e sulla gestione del colloquio telefonico.

Prevenzione. La prevenzione si sviluppa sia in modo mirato con l'organizzazione di mostre informative, incontri-seminari rivolti a gruppi di ragazzi che frequentano oratori, scuole guida, scuole medie inferiori e superiori. Sia in modo generale, attraverso la partecipazione a feste e a manifestazioni cittadine.

Con l'attività di prevenzione l'Associazione si pone sostanzialmente la finalità di promuovere e diffondere una corretta cultura del bere.

Attività ricreative. Le attività ricreative sono di vario genere e spaziano dell'organizzazione di corsi alla realizzazione di gite e tornei. Queste iniziative risultano particolarmente importanti perché permettono di partecipare a momenti di incontro e divertimento alcol-free.

Sede Legale: c/o Studio Mancini, Via Giotto 3 - 20145 Milano
Sede Operativa: Via G. Galilei 2 - 20093 Cologno M.se. - Tel. 02/27303353

Domiciliazione: Via Aselli 32 - 20133 Milano - Tel. 02/7385711
Orari di apertura: Lun.-Mer. 18.30-22.30/Mar.-Giov.-Ven. 18.30-20.30.

FORMA MENTIS

Associazione no profit per lo studio
e la prevenzione del disagio evolutivo
e dei comportamenti devianti giovanili

L'associazione è nata nel luglio 2001 e raccoglie professionisti che da tempo sono impegnati nel settore del disagio giovanile e della prevenzione delle dipendenze.

Le attività proposte sono quelle di formazione alla prevenzione, principalmente nelle istituzioni scolastiche e nell'educazione degli adulti con i Comuni.

La prevenzione primaria e secondaria dei comportamenti di dipendenza è un obiettivo specifico delle finalità statutarie e merita una convergenza di forze ed idee tra gruppi ed associazioni seri ed importanti.

Presidente è Eugenio Rossi, docente universitario di sociologia della devianza.

Sede operativa e recapito: Via Mazzini 29/A5 - 27012, Certosa di Pavia (PV)

NOTIZIE IN BREVE

ACIDO GAMMA IDROSSIBUTIRRICO - (GHB) IN TABELLA IV

Con decreto del 28 marzo 2002, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana numero 87 del 13 aprile 2002, dal titolo "Aggiornamento delle tabelle contenenti l'elenco delle sostanze stupefacenti e psicotrope di cui al decreto del Ministero della Sanità 27 luglio 1992, ed aggiornamento degli elenchi delle specialità medicinali di cui al decreto del Ministro della Sanità, di concerto con il Ministro di Grazia e Giustizia 4 dicembre 1996" il Ministro della Salute, in collaborazione con il Ministro della Giustizia, ha aggiunto alla tabella IV l'Acido gamma - idrossibutirrico sale sodico - Alcover soluzione orale, eliminandolo dalla tabella I.

Le motivazioni ricordate in decreto riportano alla decisione assunta a Vienna nel marzo 2001 dalla Commissione delle sostanze narcotiche delle Nazioni Unite, nella sua quarantatreesima sessione, che ha ritenuto appunto di inserire l'acido gamma - idrossibutirrico (GHB) nella tabella IV della Convenzione sulle sostanze psicotrope del 1972.

Bene: qualche facilitazione ai medici e ai Servizi nell'utilizzo di questo farmaco importante nel trattamento dell'alcolismo. Si potrebbe anche dire: una collocazione tabellare più consona, come tanti operatori del settore avevano subito segnalato quando avvenne l'inserimento in tabella I.

Fe Der Ser D e E.C.M.

Fe Der Ser D dal 19 giugno 2002 è registrata presso il sito Educazione Continua in Medicina del Ministero della Salute.

Questo ci consente da subito di organizzare e programmare attività formative con accredito degli eventi.

Campania

“Adolescenza, Dipendenza e Aggressività”

Convegno di Fe Der Ser D ad Aversa l'8 maggio 2002 in collaborazione con la ASL Caserta 2 e il patrocinio della ASL Napoli 4, degli Ordini dei Medici di Caserta e degli Psicologi della Regione Campania

Una giornata di studio e di riflessione sulle tematiche inerenti l'adolescenza e il disagio giovanile, le manifestazioni di allarme, fino alle situazioni di dipendenza.

Gli interventi nella prevenzione, cura e riabilitazione.

Il padrone di casa, Antonio d'Amore, nella splendida cornice del Teatro Cimarosa, ha introdotto i lavori di fronte ad oltre 200 operatori del settore.

Di fatto la prima iniziativa pubblica organizzata direttamente da Fe Der Ser D, che ha voluto allargare gli ambiti preventivi di intervento partendo dalla presa in carico degli adolescenti.

La prima sessione dei lavori, moderata da Stefano Vecchio, ha preso in esame gli aspetti della comunicazione con gli adolescenti nelle campagne informative, le difficoltà della presa in carico, le nuove strategie dei progetti preventivi.

Alessandro Coacci, Tommaso Pagano e Vincenzo Forcellino si sono cimentati su questi aspetti.

A Claudio Leonardi il compito di riassumere le recenti acquisizioni sulle “nuove droghe”.

La seconda sessione ha affrontato, con le relazioni di Alfio Lucchini e Luigi Stella, gli ambiti di trattamento della comorbilità psichiatrica e il punto sui trattamenti farmacologici nella tossicodipendenza.

Il coordinatore socio-sanitario della ASL Caserta 2, Angelo Righetti, aprendo la terza sessione, dedicata a moderni aspetti di studio e ricerca nella determinanti precoci del disagio, ha allargato con maestria l'orizzonte di intervento, con inferenze sul disagio mentale e la tutela della salute in genere.

Gilberto Gerra ha polarizzato l'attenzione del pubblico con la sua lettura sulla vulnerabilità psico-biologica, ricca delle certezze della ricerca e di sviluppi dalle molte suggestioni.

Ha fatto da contraltare l'intervento di Simonetta Adamo, che dall'osservatorio della ricerca universitaria ha tratteggiato i percorsi psicologici propri della adolescenza.

Lombardia

“A che servono i Ser.T? Un'esperienza da buttare o da rilanciare?”

Simpatica iniziativa a Milano, mercoledì 29 maggio al Centro San Fedele, Sala della Trasfigurazione, organizzata dalla Casa Editrice FrancoAngeli per la presentazione del volume “La diagnosi nei disturbi da uso di sostanze” curato da Alfio Lucchini e della Collana editoriale “Clinica delle dipendenze e dei comportamenti di abuso”.

Per superare i soliti cliché delle “presentazioni” si è pensato di “andare oltre” titolando l'iniziativa “A che servono i Ser.T? Un'esperienza da buttare o da rilanciare?”.

Un bel tuffo nel reale, che ha richiamato un centinaio di operatori a discutere con Riccardo Gatti, Gian Paolo Guelfi, Alessandro Coacci e Alfio Lucchini.

In evidenza i mutamenti dei fenomeni di abuso e consumo, le capacità di cambiamento del mercato della droga, le risposte dello Stato e l'azione dei Servizi.

Ci si è allora domandati perché sminuire o “colpevolizzare” i Ser.T e la loro esperienza maturata in questi anni.

Per i presenti non vi è da stupirsi se il tema droga sia parte dello scontro politico, ma è utile riaffermare la mission dei servizi, basata sulla prevenzione e cura delle dipendenze con una pluralità di interventi e una corretta integrazione e valorizzazione delle esperienze.

Gli operatori devono curare gli aspetti professionali e scientifici, la capacità di studiare, di approfondire, di cercare il confronto. Il Presidente Fe Der Ser D Alessandro Coacci si è soffermato sui rapporti tra dipendenze e psichiatria, insistendo sulla necessità di un ambito autonomo per il settore.

Il Presidente SITD Gian Paolo Guelfi ha affrontato temi quali la diagnosi e la supervisione come centrali per un buon intervento sull'utenza.

Riccardo Gatti e Alfio Lucchini, contando anche sugli interventi di Don Chino Pezzoli, Presidente dell'Associazione Promozione Umana e membro dell'Osservatorio nazionale sulle Tossicodipendenze e di Claudia Andreoli, della Regione Lombardia, hanno duettato sui temi della integrazione pubblico-privato e in particolare sul sistema di intervento futuro.

Si può affermare che il titolo un po' preoccupante ha incontrato una platea per niente dimessa, assai viva e vogliosa di continuare ad operare nei Ser.T e nelle strutture riabilitative.

Abuso alcolico in adolescenti e giovani adulti. Patologia somato-psichica e prospettive terapeutiche

Complesso il tema del Convegno che Fe Der Ser D, ALT Onlus e Amarcord Onlus hanno organizzato presso il Centro Congressi EUREKA a Milano il 12 giugno scorso.

La relazione magistrale introduttiva di Gustavo Pietropoli Charmet ha ribadito la necessità del lavoro sul disagio mentale giovanile, sia nella dimensione individuale che grupppale.

Lo sfumato orizzonte di autonomia che caratterizza lo sviluppo adolescenziale, tra regole e fragilità, tra rilevanza del gruppo e bisogni individuali, ha fatto da sfondo, nello snodarsi della relazione, all'apparire delle sostanze nei percorsi giovanili e al loro incontro con le problematiche depressive. Alcol e “nuove droghe” sono i capostipiti di queste sperimentazioni.

La tavola rotonda successiva, dal titolo “Le determinanti della scelta della sostanza: effetti e interazioni neuro-biologiche, psicopatologia, ambiente, costituzione, problematiche esistenziali”, ha ricordato momenti ed esperienze care agli organizzatori del Convegno.

Per il moderatore Alfio Lucchini non è stato semplice dare un senso unitario alle relazioni di Giorgio Barbarini, che ha correttamente ricordato come l'alcol agisce sul nostro corpo e quindi quali patologie determina, di Giorgio Capuani, che parlando di alcol e psiconeuroendocrinologia ha introdotto una concezione di medicina funzionale affascinante ma forse da assorbire a dosi “omeopatiche”, infine di Giorgio Cerizza, che ha dato calore all'aula con il suo tipico modo di procedere “full immersion” nel tema alcol.

La tavola rotonda del pomeriggio, dal titolo “Inquadramento diagnostico e prospettive terapeutiche; la famiglia e il gruppo”, è stata introdotta da Biagio Sanfilippo, che ha presentato una ricerca, coordinata da ALT Onlus, che di seguito si riporta in sintesi, e ha visto la presentazione di una serie interessante di esperienze territoriali regionali di diagnosi e terapia, da quella di Antonio Mosti, a quella di Cosetta Greco, infine di Ezio Manzato.

Bisogna dire che ha colpito l'unitarietà di azione in questi diversi contesti.

Lo spazio di azione a favore del cliente con problemi di alcolodipendenza e prima ancora con il giovane abusatore o consumatore incongruo esiste a livello dei Servizi territoriali, e si può pensare che sia questo che i 120 partecipanti alla giornata di studio abbiano potuto riportare nella loro attività quotidiana.

La ricerca presentata

Alcol, alcolismi: cosa cambia? Tipologia e analisi della sopravvivenza di pazienti in trattamento

*Biagio Sanfilippo**

Premessa

La pratica clinica del trattamento dell'abuso e della dipendenza da alcol ci ha permesso di rilevare nel corso di questi ultimi anni che i pazienti afferenti ai servizi alcolologici presentano caratteristiche significativamente diverse rispetto al passato.

Questa nuova tipologia di utenza, si è notato, richiede, sempre più frequentemente, una rideterminazione degli obiettivi sia del Servizio che del singolo operatore su più dimensioni (sapere scientifico delle singole professionalità, organizzazione del Servizio, posizione strategica del Servizio nell'universo dei Servizi).

Anche nel nostro ambito il lavoro non è "a norma", predeterminato, ma anzi richiede una soluzione diversa per ogni caso, soprattutto quando, come oggi, i bisogni e le necessità a cui dare risposte terapeutiche efficaci presentano un'elevata variabilità e complessità e richiedono altrettante specializzazioni.

L'approccio multifattoriale (bio-psico-sociale) nel porre diagnosi di Disturbo da uso di sostanze in genere, infatti, richiede un costante monitoraggio di quelle che sono le necessità concrete dell'utenza e un adeguamento degli strumenti terapeutico-riabilitativi a disposizione degli operatori.

Il lavoro di ricerca avviato cinque mesi or sono si propone di indagare entrambi questi due aspetti attraverso una puntuale definizione della tipologia dell'utenza che affrisce ai Servizi alcolologici e valutando la congruità dei trattamenti.

La Ricerca

Metodologia

Lo studio include quattro NOA (Nuclei Operativi Alcoldipendenze, strutture afferenti ai Dipartimenti delle Dipendenze, in Lombardia), e analizza tutti i nuovi utenti (oltre 700) presentatisi nel periodo 01.01.1995-31.12.1998 con end point del follow up al 31.12.2000.

Materiale

Si utilizza una scheda di rilevazione delle caratteristiche degli utenti e del loro follow up, dove oltre ai dati socio-anagrafici si raccolgono la diagnosi alcolologica e psicopatologica secondo i criteri del DSM IV, le patologie organiche alcol-correlate, la modalità di presentazione, l'inizio e la durata del trattamento e infine il follow up trimestrale dalla presa in carico con annotati gli specifici trattamenti.

Obiettivi

- rilevare, attraverso un'analisi descrittiva dei dati, le caratteristiche dell'utenza per valutare se e come cambia la tipologia di questi pazienti;
- rilevare, sulla base di un modello logistico multivariato, le determinanti del rischio di abbandono a breve termine;
- valutare, attraverso l'analisi della sopravvivenza (stimatore di Kaplan Meier), l'esito del trattamento per quei soggetti che hanno aderito al progetto terapeutico-riabilitativo proposto e/o concordato, in particolare evidenziando quelle variabili che sono risultate fortemente penalizzanti in termini di probabilità di adesione al

programma (i predittori dell'insuccesso ossia dell'abbandono del trattamento);

- individuare i rischi relativi di uscire dal trattamento, ottenuti sulla base del modello di regressione Cox.

Risultati preliminari della ricerca

I dati che qui riportiamo riguardano l'analisi preliminare di tutta la popolazione osservata (oltre 700 casi) relativa a quattro servizi.

Caratteristiche dell'utenza

Il profilo medio è di un individuo di circa 44 anni (più giovani gli uomini rispetto alle donne), di sesso maschile (76%), coniugato (50%), con titolo di studio di licenza media inferiore (48%) e con occupazione stabile (54%). I pazienti giungono alla nostra osservazione nel 70% dei casi con una o più esperienze di trattamento pregresse (frequenti ricoveri), sono inviati da altri Servizi nel 55% dei casi e si presentano o soli o accompagnati da un familiare in ugual misura.

Presentano solo patologie organiche 16%, solo patologia psichiatrica 36%, entrambe 29%, nessuna nel 19%. Per quanto riguarda gli altri comportamenti di abuso emerge che il 25% dei pazienti presenta all'ingresso nel Servizio una pregressa condizione di poliabuso di sostanze legali e/o illegali e il 17% una condizione di poliabuso attuale; questi ultimi hanno una età media di 31 anni. Infine il 20% dei pazienti presenta una condizione di poliabuso associata a patologia psichiatrica.

Per quanto concerne la diagnosi alcolologica secondo i criteri del DSM IV abbiamo questo quadro: 21% abuso, 5% dipendenza lieve, 22% dipendenza moderata, 48% dipendenza grave e 4% dipendenza in remissione.

Esito del trattamento

La durata media dei trattamenti si attesta intorno agli 11 mesi. Un quinto circa dei pazienti viene perso di vista dopo pochi contatti, il restante 80% inizia un trattamento; di questi ultimi il 40% conclude con successo il trattamento (sobrietà e in qualche caso uso moderato di alcolici), il 40% interrompe e il restante 20% è costituito dai trasferiti, deceduti o ancora in trattamento al 31.12.2000.

Dall'analisi preliminare dei dati fin qui elaborati si osserva che la probabilità di insuccesso per i pazienti in trattamento è molto elevata nei primi 6/8 mesi di presa in carico, d'altro canto la possibilità di successo, trascorsi 12 mesi, è di circa l'80%.

Abbiamo rilevato infine che l'andamento della probabilità di adesione al trattamento è in stretta correlazione con la tipologia dei pazienti soprattutto per quanto concerne alcune variabili come la comorbilità psichiatrica e il poliabuso.

Queste sono considerazioni preliminari a una prima lettura del materiale che stiamo raccogliendo che consentirà una analisi più approfondita e articolata attraverso la correlazione delle diverse variabili osservate oggetto della presente indagine. ☞

Per chi fosse interessato a maggiori informazioni o a partecipare a sviluppi del lavoro, telefonare al dott. Biagio Sanfilippo, tel. 02.24982472, e-mail: biagiosanfilippo@genie.it

Nel Congresso Nazionale di Fe Der Ser D verranno presentati i dati definitivi della ricerca.

* Psicologo, responsabile NOA ASL Milano 3 - Sesto S. Giovanni, Direttivo ALT ONLUS

Assemblea Nazionale di Fe Der Ser D

Il 26 giugno a Roma si è tenuta l'Assemblea nazionale di Fe Der Ser D.

Il presidente Alessandro Coacci ha tracciato in apertura un primo lusinghiero bilancio dei 6 mesi di vita della Federazione.

Costante è stata la presenza di Fe Der Ser D in ogni iniziativa significativa a livello nazionale; ottimo il contributo a livelli istituzionale dei delegati regionali; attiva, ma da migliorare, la capacità di intervento nel dibattito culturale e di tendenza.

Le due iniziative pubbliche di Aversa e di Milano sono state significative, come la partecipazione alle giornate interregionali di Perugia e la presenza a momenti significativi, come la giornata internazionale di prevenzione sull'Alcol.

Positiva la conclusione, con la sigla del regolamento, del processo costitutivo della Consulta delle Associazioni professionali e scientifiche del settore.

Significativa l'uscita del trimestrale Mission, a cui bisogna prontamente affiancare un sito internet.

Il presidente si è soffermato sulle caratteristiche della Federazione, prendendo spunto dall'eccezionale ritmo di adesioni singole e federative.

Fe Der Ser D è la federazione degli operatori/professionisti del pubblico e del privato sociale, di chi insomma vuole mantenere una alta professionalità nel settore. È evidente che il fulcro della Federazione è

composto dagli operatori pubblici, e che in primis a questi la Federazione ha facilità di rivolgersi, ma il concetto di pubblico a cui ci rifacciamo è quello ben illustrato dal nostro consigliere nazionale Maurizio Fea nel primo numero di Mission.

Alla relazione del presidente ha fatto seguito un breve dibattito che sostanzialmente ha confermato la tranquillità, serietà e apertura al confronto con cui Fe Der Ser D si sta affermando.

Nel corso della riunione, oltre ad approvare il programma definitivo del Congresso nazionale di Cernobbio, sono stati nominati altri 5 membri del direttivo nazionale, e in particolare:

Ezio Manzato - Veneto

Edoardo Polidori - Emilia Romagna

Maurizio D'Orsi - Campania

Pietro Fausto D'Egidio - Abruzzo

Roberto Cataldini - Puglia

Collegli assai noti che sicuramente contribuiranno allo sviluppo culturale, scientifico e organizzativo della Federazione.

Su proposta del vicepresidente e coordinatore del comitato scientifico Bernardo Grande è stato formalizzato il primo nucleo del comitato scientifico, con:

Gilberto Gerra - Emilia Romagna

Vincenzo Marino - Lombardia

Roberto Calabria - Calabria

L'assemblea ha accettato, ai sensi statutari, i Patti federativi con:

Network Europeo ECCAS

Network Europeo EURIDICE

Associazione no profit FORMA MENTIS

Associazione Onlus AMARCORD

Su proposta del segretario Alfio Lucchini e del tesoriere Luciana Bacci sono stati approvati all'unanimità lo stato patrimoniale al 31.12.2001 e il bilancio preventivo 2002.

Con entusiasmo sono stati ammessi 278 soci ordinari, a seguito dell'esame delle richieste di iscrizione 2002 già pervenute alla Federazione.

L'assemblea ha posto un obiettivo di 600 adesioni per il 2002 e ha definito alcune linee di programmazione per il 2003 rispetto ad iniziative formative e scientifiche.

NOTIZIE IN BREVE

Corso di management - Fe Der Ser D intende organizzare nel corso del 2003 un Corso superiore di management sanitario, rivolto a Direttori di Dipartimento o di Ser.T. È intenzione collegare questa opportunità alle realtà regionali, sia per valorizzare le specificità sia per gli opportuni riconoscimenti della iniziativa. L'iniziativa verrà presentata al Congresso Nazionale Fe Der Ser D di Cernobbio, dal 17 al 19 ottobre.



Sede legale: Viale Europa n. 11/B, 58100, Grosseto

Direttivo Nazionale

Alessandro Coacci (Presidente),

Bernardo Grande (Vicepresidente),

Alfio Lucchini (Segretario esecutivo),

Luciana Bacci (Tesoriere)

Roberto Cataldini, Antonio d'Amore,

Pietro Fausto D'Egidio, Maurizio D'Orsi,

Maurizio Fea, Guido Faillace, Claudio Leonardi,

Ezio Manzato, Norberto Pentiricci,

Edoardo Polidori, Giorgio Serio

Comitato Scientifico Nazionale

Bernardo Grande (coordinatore),

Gilberto Gerra, Vincenzo Marino,

Roberto Calabria

RICHIESTA DI ISCRIZIONE IN QUALITÀ DI "SOCIO ORDINARIO"

Il versamento della quota associativa, pari a € 45,00 per i laureati e a € 25,00 per i non laureati, si può effettuare tramite:

versamento sul Conto Corrente Bancario n. 4196.06 intestato a FeDerSerD presso Monte dei Paschi di Siena

Filiale 2703, Grosseto - Agenzia n. 1 - Via Monte Rosa, n. 80 **ABI 1030 CAB 14397**

versamento diretto ai referenti regionali con rilascio di ricevuta

Alla scheda di iscrizione il richiedente dovrà allegare il proprio "Curriculum Vitae" datato e firmato. Il Presidente procederà al rilascio della Tessera, che darà testimonianza dell'accoglimento dell'istanza di iscrizione all'associazione in qualità di Socio Ordinario.

ANNO 2002- RICHIESTA DI ISCRIZIONE IN QUALITÀ DI "SOCIO ORDINARIO"

COGNOME _____ NOME _____

NATO A _____ IL _____

INDIRIZZO (personale) _____

CITTA' _____ PROVINCIA _____ CAP _____ REGIONE _____

PROFESSIONE _____

INDIRIZZO (lavorativo) _____

TEL. _____ FAX _____ CELL. _____

E-MAIL _____

Chiedo: di essere iscritto in qualità di "Socio Ordinario" alla Federazione Italiana degli Operatori dei Dipartimenti e dei Servizi delle Dipendenze (Fe Der Ser D)

_____ li ____ / ____ /2002 Firma _____

Versamento quota associativa di € 45,00 (laureati) € 25,00 (non laureati)

Estremi ricevuta versamento _____

Parere del Segretario Esecutivo Favorevole Sfavorevole Firma _____

Visto per approvazione: Il Presidente _____