

L'intervento di apertura al Congresso di Cernobbio di Alessandro Coacci, Presidente di Fe Der Ser D 1

**1° CONGRESSO NAZIONALE Fe Der Ser D**

La Prof.ssa Rita Levi Montalcini è Presidente Onorario di Fe Der Ser D 3  
L'intervento del Prefetto Pietro Soggiu, Commissario Straordinario di Governo per le Politiche Antidroga 4  
L'intervento di un "amico competente" degli operatori delle dipendenze patologiche: l'onorevole Giuseppe Lumia 5

**LEGISLAZIONE**

Il ricorso della Regione Emilia-Romagna presso la Corte Costituzionale del 14 agosto 2002 per conflitto di attribuzione verso il decreto ministeriale del 14 giugno 2002 9

**CONTRIBUTI SCIENTIFICI/RICERCHE**

La variabilità dei trattamenti con metadone a medio-lungo termine nei Ser.T: analisi esplorativa  
Natalia Magliocchetti, Paola Muccitelli, Daniele Paramatti, Matilde Karakachoff, Giovanni Nicoletti, Daniela Galeone, Maria Novella Cordone, Fabio Mariani 11

**CONTRIBUTO REDAZIONALE**

Costi e benefici dei trattamenti dei disturbi da abuso/dipendenza  
Alfio Lucchini e Giovanni Stepparola 16

**ORGANIZZAZIONE**

Proteus. Un software per la gestione delle attività dei Ser.T  
Pietro D'Egidio 39  
Assemblea Nazionale di Fe Der Ser D a Cernobbio 43

**RECENSIONI**

A. Lucchini Dare significato al fare 10  
G. Campione (a cura di) La consulenza psichiatrica nei servizi socio-sanitari per HIV/AIDS 14  
M. Resentini, O. Perego, F. Zucchetta, F. Eynard, C. Frasca (a cura di) Sostanze: non solo storie 14

**LETTERE/DIBATTITI**

E... se questo "444" l'avesse scritto la sinistra? 31  
SiDeC Società Italiana Infermieri delle Dipendenze e Patologie Correlate 32

**CONTRIBUTI SCIENTIFICI**

Dimensioni antropologiche e spirituali della tossicodipendenza  
Maurizio Fea 33  
Problematiche nella gestione della terapia farmacologica in carcere. L'esperienza nella Casa di Reclusione di Opera  
Antonio Colaianni e Marina Gardini 37

**NOTIZIE IN BREVE**

Premio "Molteni per la tossicodipendenza" Workshop. Principi di buon uso del metadone 32  
La buprenorfina nel trattamento della tossicodipendenza da oppiacei 32  
Premiato Pier Paolo Pani 35  
La scomparsa di Mario Santi 43

# Mission

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



## L'intervento di apertura al Congresso di Cernobbio di Alessandro Coacci, Presidente di Fe Der Ser D

Ringrazio le autorità presenti per avere accolto l'invito a partecipare a questo Congresso. Un particolare ringraziamento lo rivolgo, a nome di tutti gli operatori dei servizi, alla Professoressa Rita Levi Montalcini, per averci onorato con la sua presenza.

Ancora un ringraziamento a tutti i relatori, certo che i loro interventi conterranno preziose indicazioni, sia sul piano culturale che operativo.

Abbiamo voluto realizzare questo nostro primo Congresso ponendoci la finalità di capire meglio, in un ampio e libero confronto, qual è la nostra "mission", in un momento di così grande interesse al cambiamento dell'approccio culturale e delle tematiche proprie della malattia da dipendenza.

Nelle incomprensioni che in questo momento intercorrono nel rapporto Stato-Regioni, si corre il rischio di indebolire l'efficacia del nostro intervento, mentre l'esperienza che noi operatori dei servizi abbiamo maturato in tanti anni di attività, ci consentirebbe di essere degli interlocutori autorevoli, attivi e propositivi.

Anche per questo abbiamo voluto coinvolgere nel Congresso in un rapporto di pari dignità, ma nel pieno rispetto dei diversi ruoli, il privato sociale in tutte le sue espressioni, certi di individuare insieme percorsi innovativi sempre più finalizzati al bene dei nostri assistiti e delle loro famiglie.

Ottimizzare le risorse, la qualità dei servizi, la risposta sociale, sono responsabilità dalle quali non ci possiamo sottrarre.

L'approccio integrato, il concetto di guarigione, la cronicità in particolare, rappresentano sempre punti nodali sui quali confrontarsi, anche se se ne è parlato molto, di fatto ancora oggi su questi temi esistono divergenze operative ideologiche e culturali.

Nella articolazione poco armonica dei poteri, Fe Der Ser D si propone di raccogliere e raccordare "interessi" molteplici e diversi, consentendo una adeguata rappresentazione del lavoro degli operatori e delle agenzie che operano nella pluralità degli interventi.

Il confrontarci con problemi che non sono di natura strettamente sanitaria, ma che investono più direttamente la sfera sociale, è condizione indispensabile per proporre indicazioni non contraddittorie ed ambigue come quelle che si stanno profilando intorno alla questione della cronicità, della durata dei trattamenti e della loro finalità.

Conseguentemente, la nostra associazione si propone di valorizzare e promuovere la professionalità degli operatori dei nostri servizi, di tutti i profili professionali, di tutti coloro che a qualunque titolo istituzionalmente riconosciuto operano nel mondo delle dipendenze. Questa è la via migliore per conseguire anche quella specializzazione degli interventi, dando loro un'anima, come recita l'altro tema caratterizzante del nostro Congresso.

Non a caso, tra gli obiettivi del nostro statuto, abbiamo dato particolare rilievo a quello di "consolidare" e sviluppare la formazione professionale su basi scientifiche e tecniche, attraverso un continuo confronto fra la nostra esperienza, quella di altri paesi europei, e le altre associazioni scientifiche e operative.

In particolare, sentiamo la necessità di raccordarci in modo più concreto con il mondo universitario, di instaurare con esso solidi rapporti di collaborazione, di creare protocolli operativi di studio, ricerca scientifica e insegnamento, realizzando così una continuità fra il mondo acca-

# Mission

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

FrancoAngeli

ANNO I, 2002 - N. 4

Fe Der Ser D

Proprietà: Fe Der Ser D

Sede legale

Viale Europa 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 Rebolini, 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 21, 20066 Melzo (MI), tel./fax 0295736995

Direttore responsabile: Franco Angeli

Progetto grafico: Elena Pellegrini

Stampa: Mecenate LitoGrafica, via Lazio 16, S. Giuliano Milanese (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



demico e quello dei servizi.

Gli interventi multidisciplinari offerti dai nostri dipartimenti sono sempre finalizzati al miglioramento delle condizioni di vita dei nostri pazienti, che in quanto portatori di un complesso intreccio di esigenze, aspettative e ansie, devono necessariamente riconquistare una loro riconosciuta centralità.

Auguro a tutti i partecipanti di utilizzare al massimo le opportunità di approfondimento scientifico e culturale che ci verranno proposte, in modo che il cambiamento che sta nascendo porti allo sviluppo di nuove idee e strategie, e faccia da stimolo alla creatività e alla professionalità degli operatori.

Mi auguro anche che le istanze di novità e cambiamento che ascolteremo in queste giornate, verranno raccolte dal legislatore come proposte operative.

Se ognuno di noi, tornando a casa, sentirà di poter arricchire il proprio servizio con nuove idee, modalità operative, strumenti professionali, allora potremo davvero dire che il nostro Congresso è stato realmente un successo. ✍



[www.federserd.it](http://www.federserd.it)

Ormai, tutti lo sapete, siamo sul web.

E come ogni buon inizio che si rispetti, avviamo questa avventura con il bisogno di rodarci.

Viviamo in una società che produce una overdose di informazioni.

Uno degli obiettivi del sito è quello di selezionare le informazioni di maggior rilievo in maniera tale da mettere tutti in condizione di essere aggiornati senza spendere troppa fatica di "ricerca".

[www.federserd.it](http://www.federserd.it) vuole essere un sito aperto a tutte le professionalità che operano nel nostro settore: scrivete a [redazione@federserd.it](mailto:redazione@federserd.it) e cercheremo di dare spazio e voce a tutte le sollecitazioni.

[www.federserd.it](http://www.federserd.it) non è e non vuole essere un sito solo per i direttori o i presidenti: è prima di tutto il sito degli operatori e intende privilegiare le problematiche della attività quotidiana per aiutarci a realizzare meglio il nostro impegno di tutti i giorni.

Siamo convinti che "la qualità" la si realizza nelle singole azioni che svolgiamo molte volte al giorno piuttosto che nella produzioni di "alte" speculazioni intellettuali.

Vorremmo riuscire ad essere uno degli strumenti per promuovere "questa" qualità.

Con [www.federserd.it](http://www.federserd.it) vorremmo anche cercare di fare cultura.

Tutti noi operatori subiamo una rappresentazione sociale della tossicodipendenza, dei tossicodipendenti e delle cure che spesso è schizofrenica, a volte razzista, spesso opportunistica, il più delle volte palestra per l'esercizio di una polemica viscerale fine a se stessa.

Una rappresentazione sociale in cui non c'è nessun interesse per la salute dei consumatori di sostanze e anche per questo troppo spesso ci sentiamo soli, e anche la gestione della quotidianità nelle nostre strutture diviene più difficile. [www.federserd.it](http://www.federserd.it) intende operare per mantenere sempre al centro della nostra attenzione il consumatore di droghe seguendo la linea maestra, la sola che riconosciamo, che è quella della scienza. Una cultura ed una scienza che non sono solo quella delle discipline mediche, ma anche quelle delle scienze sociali ed antropologiche.

[www.federserd.it](http://www.federserd.it) si presenta con molte sessioni: vita della società, scienza, recensioni, management, dibattito, ci sono i collegamenti, gli appuntamenti, i documenti di riferimento; c'è, sempre in prima pagina il collegamento al NIDA, a Medline, ed anche alla Gazzetta Ufficiale: prendiamola come una metafora per dire che dobbiamo avere sempre uno sguardo attento alle novità della scienza ma anche a quella della legislazione!

Una legislazione purtroppo sempre in ritardo: in ritardo sulla ridefinizione dei compiti e delle risorse dei servizi, in ritardo sull'applicazione dell'ultimo accordo Stato-Regioni per l'autorizzazione e l'accreditamento, in ritardo per la necessaria ridefinizione della disciplina relativa al nostro lavoro che è assolutamente singolare e non definibile per associazione a qualcun'altra (né tanto meno equiparabile alle competenze necessarie per lavorare in un centro anti veleni)

[www.federserd.it](http://www.federserd.it) vi propone sempre on line, in tempo reale, tutti i numeri di una rivista, la nostra, MISSION, che ha riscosso un grande interesse nei suoi primi 3 numeri e che si preannuncia come un punto di riferimento nel nostro settore: ci vuole un po' per fare il download se non abbiamo una linea ADSL, ma ne vale la pena!

E poi ci sono le foto. Se ne avete di belle mandatele. Le pubblicheremo per il piacere di tutti.

**Pietro D'Egidio**

Direttivo nazionale Fe Der Ser D, Responsabile di Redazione del sito.

Sarà compito di questa rivista, del sito internet, di specifiche pubblicazioni e volumi, riprendere nel corso del 2003 i contenuti delle 33 sessioni congressuali.

Pensate, circa 80 ore di sessioni scientifiche, divise in tre e talvolta quattro sale in contemporanea.

La valorizzazione di tutto quello che è stato detto, partendo dall'assunto verificato che il livello degli interventi è stato notevole in ogni sessione, è nostro dovere e impegno.

Questo vale sia per gli aspetti strettamente scientifici, sia per quelli dai risvolti istituzionali.

Come è stato detto nelle conclusioni del Congresso Fe Der Ser D si pone come punto di riferimento degli operatori attivi nel sistema per migliorare l'intervento sulle dipendenze, qualificarlo sempre più, riaffermare la complessità dei percorsi di diagnosi, cura e riabilitazione, difendere il concetto di "funzione pubblica" dell'agire con i cittadini in stato di dipendenza.

Parimenti difficile è riassumere tutti i saluti portati durante il Congresso.

Di alcune rilevanti presenze viene riassunto l'intervento, ma vogliamo ricordare il saluto in plenaria dei rappresentanti dell'ONU e dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, del Prefetto di Como, del Presidente della Provincia di Como, del Direttore Generale dell'ASL di Como, del rappresentante della Direzione Generale Famiglia e Solidarietà Sociale della Regione Lombardia, di Don Chino Pezzoli per l'Osservatorio Scientifico Nazionale sulle Tossicodipendenze, del Coordinatore della Consulta delle Società Scientifiche e Professionali di settore.

Innumerevoli i patrocini, a partire dall'alto patronato del Presidente della Repubblica.

Riportiamo la sintesi di due tra i numerosi messaggi inviati al nostro Presidente, quello della Presidenza della Repubblica e del Governatore della Regione Lombardia.

*«In occasione del I Congresso Nazionale Fe Der Ser D sul tema "Operare nelle dipendenze patologiche", il Presidente della Repubblica esprime apprezzamento alla vostra Associazione per il suo impegno scientifico e sociale.*

*Agli organizzatori, agli illustri ospiti e a tutti i presenti, il Capo dello Stato invia un saluto cordiale, cui unisco il mio personale.»*  
Palazzo del Quirinale.

*Gaetano Gifuni, Segretario Generale Presidenza Repubblica.*

*«Desidero esprimere il mio apprezzamento per la Vostra Federazione, che, attraverso l'organizzazione di eventi come il Congresso sulle dipendenze patologiche, rappresenta una significativa risorsa aggiuntiva per il nostro servizio sanitario.*

*La Vostra peculiarità si riscontra infatti sia nella modalità attraverso la quale professionisti come Voi si sono organizzati autonomamente al di fuori dell'ambito strettamente lavorativo per soddisfare delle esigenze di formazione, informazione e sensibilizzazione, sia nella capacità che avete saputo dimostrare di assumerVi la responsabilità del continuo aggiornamento sia Vostro che dei colleghi.*

*La Regione Lombardia apprezza queste iniziative e come Presidente spero che Federazioni scientifiche come la Vostra continuino, con la passione e la professionalità fino a qui dimostrata, a svolgere un ruolo parallelo a quello del Sistema Sanitario, permettendoci così di raggiungere anche in questo contesto punti di eccellenza che già ci contraddistinguono in molti ambiti.*

*AugurandoVi un confronto proficuo ed un dibattito costruttivo, colgo l'occasione per porgere a Lei e a tutti i convenuti le mie più vive cordialità.»*

*Regione Lombardia - Giunta Regionale*

*Il Presidente*

*Roberto Formigoni* ✍

## La Prof.ssa Rita Levi Montalcini è il Presidente Onorario di Fe Der Ser D

La professoressa Rita Levi Montalcini è il primo Presidente Onorario di Fe Der Ser D.

Il Premio Nobel per la Medicina e Senatrice a Vita della Repubblica ha partecipato attivamente al Congresso di Cernobbio a Villa Erba della Federazione Italiana degli Operatori dei Dipartimenti e dei Servizi delle Dipendenze.

Nella sua prolusione si è soffermata in particolare sugli interventi di comunità.

Ha prospettato i due filoni principali dell'intervento sulle tossicodipendenze svolti nelle comunità: uno ad impronta punitiva e uno di tipo psicologico.

È possibile percorrere l'una e l'altra strategia, e "io non sono in favore dell'una o dell'altra, ma dal punto di vista strategico giuridico più giusto l'attacco psicologico che non l'approccio paternalistico-severo, come San Patrignano, per aiutare i tossicodipendenti".

Rita Levi Montalcini ha poi ricordato l'importanza degli studi sul cervello: "Bisogna far conoscere a chi usa le droghe come queste agiscono sul suo cervello: infatti le conoscenze sulla plasticità neuronale insegnano molto su come si possa curare la tossicodipendenza".

Ma, a sorpresa, la professoressa si è soffermata sul recente decreto ministeriale di riordino dei servizi (del giugno 2002), com-

mentandone un possibile sviluppo: "Ritengo che arrivare alla realizzazione di una Unità Dipartimentale in cui Servizi Pubblici e Comunità lavorino insieme per il recupero del tossicodipendente sia molto positivo".

È seguita l'accettazione, veramente sentita, della carica di Presidente Onorario di Fe Der Ser D.





A scanso di equivoci, dopo la conferenza stampa che ha seguito il suo intervento in plenaria, il Premio Nobel ha fissato un appuntamento alla direzione nazionale di Fe Der Ser D presso l'Istituto di Neurobiologia del CNR a Roma per sviluppare la collaborazione scientifica.

Un grande onore e onere per gli aderenti a Fe Der Ser D, un grande riconoscimento per gli operatori del settore.

La mattinata al congresso del Premio Nobel è proseguita con la visita agli stand, sia di associazioni ed istituzioni, sia di industrie impegnate nel settore.

A dura prova sono stati messi i tecnici-espositori dalle domande specifiche e dalle richieste di approfondimenti scientifici che la professoressa Montalcini ha rivolto.

Già nella serata precedente, insieme ad una folta delegazione di congressisti, Rita Levi Montalcini aveva preso la parola in un momento conviviale.

Ha colto l'occasione per ricordare le cose che per lei contano nell'attualità, e cioè la ricerca scientifica e in particolare l'aiuto ai giovani ricercatori, e l'impegno della sua Fondazione per il riscatto delle donne africane.

Il segretario esecutivo nazionale di Fe Der Ser D Alfio Lucchini, in un saluto che tradiva l'emozione del momento, ha assicurato la vicinanza degli operatori tutti a queste battaglie di civiltà. ✍

## L'intervento del Prefetto Pietro Soggiu, Commissario Straordinario di Governo per le Politiche Antidroga

Sua Eccellenza il Prefetto Pietro Soggiu, Commissario Straordinario di Governo del Dipartimento Nazionale Antidroga ha partecipato nella giornata del 18 ottobre ai lavori del Congresso Nazionale di Fe Der Ser D.

Ha portato il saluto del Governo e in modo particolare Suo, del Vice Presidente del Consiglio dei Ministri e di altri Ministri. Nell'occasione ha esposto la posizione del Governo sulla attività di cura e di prevenzione per le tossicodipendenze.

In particolare si è soffermato sul ruolo del Servizio Pubblico svolto dai Ser.T e sulla assoluta necessità di ampliare gli spazi di collaborazione con le Comunità Terapeutiche.

In particolare l'intervento ha fatto giustizia di tante inesattezze sentite in questi ultimi mesi, in particolare con le considerazioni del Prefetto sulla qualità dei Ser.T.

Mostrando una profonda conoscenza della condizione in cui operiamo nei nostri servizi e molta conseguente considerazione per il nostro operato, Pietro Soggiu si è soffermato sul ruolo e la realtà dei Ser.T.

"I Ser.T non si possono permettere di selezionare i propri clienti proprio perché sono un servizio pubblico. La validità dei nostri Ser.T sta nell'alto numero dei pazienti che assistono. Insomma la logica ci dovrebbe indurre a non lasciare soli gli operatori delle tossicodipendenze e nemmeno a lasciar loro percepire che lo Stato sottovaluta il loro lavoro, che li relega a contenitori di situazioni sociali problematiche.

Le strutture dovrebbero divenire autonome e complete. Dovremmo garantire agli operatori dei Ser.T una possibilità di carriera concreta.

I Ser.T che operano in locali fatiscenti rimandano ai pazienti una idea di degrado che ne compromette l'efficacia, così come ritrovarsi da soli come operatori ad affrontare un'utenza così difficile compromette i risultati e la motivazione stessa degli operatori

che si sentono non apprezzati dalla ASL: anche qui si rimanda ai pazienti l'immagine della demotivazione.

È necessario garantire un tono elevato di formazione permanente agli operatori, affinché mantengano livelli adeguati e aggiornati di conoscenze scientifiche.

So già che ciò avviene in numerose sedi, ed è auspicabile che avvenga ovunque.

A mio avviso emergono alcune necessità.

È necessario che i Ser.T allarghino il loro intervento a tutti i tipi di dipendenza per non rimanere incardinati nella terapia dei soli vecchi eroinomani da strada; e parlo di nicotina, alcolismo, gioco d'azzardo e disturbi dell'alimentazione.

Non bisogna schiacciarsi in una risposta monomorfa all'eroinomane da strada.



Questo è anche utile per non offrire all'eroinomane un servizio che abbia un'immagine da ghetto.

Attualmente permane ancora un conflitto in certe situazioni tra Ser.T e Comunità che deve invece lasciare spazio alla collaborazione, cosa che per altro già avviene in diverse realtà che pure conosco.

Bisogna indurre negli Enti Locali un forte rispetto per i Ser.T.

Bisogna programmare con le scuole un rapporto forte con i Ser.T per la formazione dei genitori e degli insegnanti.

È questa un'attività che deve sfuggire, specialmente per quanto riguarda i non tecnici, ad ogni aspetto mediatico.

Voglio chiarire ed affermare in questa straordinaria occasione che è quella di parlare in questo imponente congresso, con una così vasta platea di persone competenti, che i Ser.T sono delle strutture di assoluta evidenza, anche se ci sono delle eccezioni, sono strutture indispensabili, fondamentali, essenziali, assolutamente necessarie.

Dobbiamo essere orgogliosi, perché la vostra professionalità ed efficacia in un settore così delicato, difficile, spesso non gratificante, è assoluta.

Per quel poco che ci compete non faremo altro che valorizzarne le prospettive, le valutazioni e le qualità".

## L'intervento di un "amico competente" degli operatori delle dipendenze patologiche: l'onorevole Giuseppe Lumia

**Riportiamo integralmente l'intervento al Congresso, tenuto in sessione plenaria venerdì 18 ottobre.**

"Sono molto contento di essere qui anche perché questa full immersion mi fa bene visto il periodo un po' travagliato che sto attraversando, e visto anche i temi che sto affrontando.

Mi aiuta moltissimo, dopo anni che mi sono occupato dal vostro punto di vista della lotta alle droghe e alle tossicodipendenze, vederle adesso dal punto di vista della lotta alla mafia.

È importante mettermi nelle condizioni, con questo rientro sul campo dell'ottica dei servizi e degli interventi, di non assolutizzare un punto di vista che è un po' particolare: è cruento e spesso crea anche delle forme di dipendenza che tutti dicono psicologica.

Vi ringrazio di cuore e approfito anche per dire grazie a tutti quelli che si sono fatti sentire nei giorni scorsi per la vicenda che mi ha riguardato personalmente: per il progetto di morte che è calato sulla mia testa.

Gentilissimi per i telegrammi, per tutto quello che avete fatto, anche perché ormai c'è un rapporto di amicizia, e quindi ho apprezzato molto di più i vostri messaggi.

Ringrazio il Prefetto Soggiu, l'ho ascoltato con molto piacere perché so che ha un compito che sicuramente non invidio.

Sicuramente troverà il coraggio perché ci vuole in questo particolare momento.

Lo ringrazio per le parole che ha avuto e che penso siano importanti.

Bisogna temperare i toni, soprattutto nella politica, che ancora, e me ne dispiace, si trascina nel conflitto ideologico, un conflitto un po' povero scientificamente, culturalmente e che alla fine non tiene conto invece di quello che avviene e della concreta realtà dei servizi.

Il primo compito che avete è appunto di far riflettere chi fa politica.

È un compito difficile, ma potete assumervi questo compito, molto importante, perché ne avete l'autorevolezza, la competenza, l'esperienza.

È un riconoscimento a questa forte e competente realtà di Fe Der Ser D. Vi ringrazio anche per questo nuovo contesto della vostra organizzazione.

Avete questo compito insieme a tanti altri e naturalmente avete le spalle ben robuste e potete svolgere più funzioni e darvi più obiettivi.

Io vi chiedo veramente con molta umiltà di svolgere questa funzione nei confronti della politica.

Vi chiedo anche, più complessivamente, con lo sguardo di chi è a qualche metro di distanza dal vostro lavoro, di approfondire il campo della ricerca.

Abbiamo bisogno di ricercare molto, perché l'impressione che mi sono fatto è questa: siamo usciti da una fase iniziale primitiva, quella in cui era importante avere un grande cuore, armarsi della professionalità soggettiva acquistata sul campo.

Questa professionalità soggettiva, questa grande motivazione via via si è resa anche un po' più oggettiva.

Si è confrontata in equipe; ha dovuto anche affrontare tanti nodi, dagli aspetti minimali organizzativi della scrivania, dell'edificio dove organizzare il servizio, fino a confrontarsi con tutte le questioni più vere, più profonde, che poi attengono ai protocolli terapeutici, alla verifica dei risultati, a tutti gli aspetti integrati dell'intervento con i farmaci, a tutte le altre dimensioni e professionalità mediche e non mediche che sono coinvolte.

Avete dovuto affrontare molti aspetti legislativi che spesso abbiamo vissuti insieme; lo avete fatto con eroismo e di questo vi ringrazio perché sono sempre debitore e voi creditori.

Insomma adesso noi politici abbiamo bisogno, questa è l'impressione che mi sono fatta, di rischematizzare una prima stagione dell'esperienza.

Avete fatto tanto esperienza, e ora questa esperienza comincia ad emergere in tutta la sua qualità, in tutta la sua professionalità.

È tempo adesso di cominciare a mettere dei paletti solidi nella ricerca, visto anche quanti spunti interessanti anche in questo settore cominciano ad emergere.



Naturalmente questa ricerca non si può fare in casa, non si può fare con le risorse che voi avete, non la potete fare con gli strumenti ordinari.

Bisogna investire in ricerca, bisogna farla seriamente, bisogna metterla nelle mani di chi è in grado realmente di fare questo lavoro.

Un paese serio è serio quando sulla ricerca investe.

Ecco, ritengo che questo è un primo obiettivo: far ragionare la politica e concretamente capire che non è il momento di darsi delle mazzate in testa, uno contro l'altro.

È il momento invece di frenare gli ardori e mettersi nelle mani della ricerca per vedere il risultato di questi anni lunghi di fatica, di esperienza, di sperimentazione che avete fatto.

E questa ricerca deve misurarsi su due grandi aspetti: sull'esperienza dei territori perché lì c'è fatica, c'è impegno, c'è peculiarità, e sull'esperienza della globalizzazione.

Sono due aspetti che bisogna sempre avere presenti.

Due dimensioni che interagiscono continuamente.

Non è vero che la globalizzazione è tutto, non è vero che il territorio è tutto.

Sono due dimensioni che interagiscono, entrano anche nel campo delle tossicodipendenze e vanno ad orientare sia l'offerta che la domanda di droga.

E quindi è importante che questa ricerca tenga conto di queste due dimensioni.

È importante inoltre che ci sia una funzione di stimolo perché guai se questa prima fase si conclude con una sorta di omologazione oppure quasi di un adagiarsi sui risultati ottenuti.

Quindi c'è bisogno immediatamente di rilanciare su alcuni fronti e su alcuni aspetti.

C'è bisogno anche di mettere a fuoco bene i livelli dell'innovazione che bisogna apportare.

Cito anche alcuni meccanismi di anticipazione che bisogna avere e finisco anche con alcuni elementi di integrazione corretta che bisogna sviluppare.

Sono tutte dimensioni che avverto, ripeto, ad un metro di distanza; dimensioni su cui voi avete l'autorevolezza perché ci vuole anche questo per potere fare bene questo lavoro.

Complimenti per la rivista Mission, ho visto i numeri in precedenza quando mi sono arrivati, adesso ho dato un'occhiata anche a questo terzo numero e anch'esso rappresenta un'occasione importante che ci aiuta a riflettere e ci dà degli strumenti di lavoro interessanti anche di comparazione e di confronto.

Complimenti ancora per l'ottima qualità.

Vorrei affrontare adesso, velocemente, alcune questioni: la prima riguarda l'offerta.

Ne parlo con l'esperienza fatta nella commissione antimafia e nella commissione affari sociali quindi da due osservatori privilegiati e complementari.

Cosa ho potuto notare? Che il mercato mondiale si sta ben calibrando, quindi c'è una variegata offerta di sostanze che sempre più sarà in grado di personalizzare l'offerta; questo è un dato con cui dovremo fare i conti.

Sempre più si capillarizza e sempre più si organizza per fasce sociali, per condizioni psicologiche, motivazionali, per condizioni complessive dei meccanismi che scattano dentro la vita di una persona nel rapporto con il suo lavoro, con la sua famiglia, insomma con tutta la sua dimensione relazionale.

Questa capillarizzazione però non viene fatta con l'atteggiamento classico di un prodotto classico, viene fatta anche tenendo conto dei contesti macroterritoriali che si organizzano su scala globale.

In sostanza sto vedendo che ad esempio la 'ndrangheta sta diventando la prima realtà criminale in Europa e si candida ad essere tra le prime al mondo ed è riuscita a fare un salto enorme in pochissimi anni.

Pensate che fino a 15-20 anni fa i rapimenti di persona erano la prima forma di accumulazione.

Oggi la 'ndrangheta è la prima mafia in Italia, la prima in Europa nel traffico di cocaina.

Sono bravissimi, sono in grado di avere rapporti diretti con i cartelli colombiani, sono in grado di immettere risorse enormi (ci sono famiglie, una sola realtà familiare all'interno della 'ndrangheta, che gestiscono 400-500 miliardi delle vecchie lire in un solo anno).

Sono in grado anche di riciclare quel denaro con i colletti bianchi e sono dei partner affidabilissimi per i produttori.

Anzi in qualche caso sono meglio anche delle altre mafie, ad esempio di Cosa Nostra, ed anche questo è un risultato non da poco.

Dai paesini dell'Aspromonte ci sono delle intercettazioni che testimoniano anche la loro capacità di orientare i gruppi di riciclaggio con un'abilità e una professionalità tali da fare da terzi anche per altre mafie che hanno bisogno di questo tipo di opportunità per la collocazione del loro denaro sporco.

C'è in questa fase un ritorno di eroina negli USA, ed un consumo enorme di cocaina che in Europa sta arrivando a tonnellate, in modo impressionante.

Bisogna studiare che parte hanno avuto in questo sviluppo le droghe sintetiche, se cioè non siano state propedeutiche all'immissione di questo fiume di cocaina.

Voi sicuramente sarete in grado di verificare questa osservazione sul versante della assistenza e di come essa corrisponde anche all'articolazione della domanda e poi influisce realmente sull'universo delle tossicodipendenze.

Noi dobbiamo non subire i nostri lamenti, non possiamo aspettare il ritorno dell'eroina che ci sarà fra qualche anno.

Abbiamo bisogno di una ricerca che parta dal vostro punto di vista, quello dei servizi, ma che poi è utile anche per la lotta stessa alla droga su scala territoriale e mondiale.

Abbiamo avuto un grande appuntamento nel 1998 presso l'ONU a New York dove per la prima volta ci fu una sessione mondiale molto seria, ben partecipata ed organizzata dai governi, con delle tappe e con tutta una serie di obiettivi che devono essere ben monitorati e ben organizzati e su cui misurare anche la serietà e la credibilità degli interventi dei governi su scala mondiale anche quando fanno i loro vertici.

Ma abbiamo avuto anche altre opportunità, abbiamo avuto anche una conferenza mondiale a Palermo nel 2000 sulla lotta alle mafie, che organizzano non solo il traffico di persona, che anche questo è un elemento ahimè inedito fino al punto da far emergere un forte ritorno della schiavitù, ma che continuano l'utilizzo anche del traffico di droga e quindi delle droghe.

È necessario riorganizzare la lotta alle mafie e la sola realtà in grado di farla marciare con forza non può che essere l'Europa.

Allora mi auguro che Fe Der Ser D diventi anche e si strutturi in un livello europeo, che non è solo la dimensione vostra verso l'Europa, per costruire uffici di rappresentanza verso gli organizzatori europei, ma una capacità anche di organizzazione a livello europeo delle strutture e dei servizi in grado di riflettere insieme ed agire insieme, perché il livello della globalizzazione se non viene aggredito con uno strumento giusto, che è l'Europa, difficilmente ci permetterà di avere un'opportunità incisiva per fare i passi giusti.

Su alcune questioni un po' più concrete che attengono poi all'organizzazione dei servizi, vorrei dire alcune cose.

Innanzitutto, a partire da quest'ultimo decreto, c'è bisogno di chiarire il tema dei dipartimenti interistituzionali perché la questione è seria.

Sappiamo bene che il dipartimento deve interagire con tante altre realtà, sicuramente col dipartimento di salute mentale, col dipartimento materno infantile, ma anche con la scuola, con il carcere, con tutte le altre dimensioni.

### ***I numeri del Congresso***

842	Accreditati
33	Sessioni scientifiche
180	Relatori o moderatori, di cui 15 esteri, 23 docenti universitari, 18 esponenti del privato sociale, 120 operatori dei servizi
17	Spazi espositivi istituzionali, dell'editoria e tecnico scientifici
150	I lavori scientifici pervenuti come abstract
13-15	I crediti ECM per le figure professionali accreditate

Ma se sbagliamo il tipo di interazione, se pensiamo che l'interazione possa essere genericamente assembleare rischiamo, paradossalmente, di frustrare e di non organizzare bene il servizio. Ecco, io ritengo che il dipartimento non debba essere costruito prevedendo al suo interno già la presenza strutturata e organizzata di tutti questi altri soggetti.

Bisogna fare in modo che ci siano dei luoghi paritetici coprogettuali in cui tutti questi servizi interagiscano; quindi questa interistituzionalità non deve essere riprodotta genericamente all'interno del dipartimento, che deve essere invece un luogo ben strutturato e organizzato dove si possa interagire.

C'è poi il problema dei livelli di responsabilità e decisionali che vanno anche ad interferire continuamente sull'attività di tutti i vari servizi che si organizzano.

È un punto da chiarire e su cui lavorare.

Ritengo che bisogna fare bene un certo lavoro perché è chiaro che il tema dell'alcolismo, dell'adolescenza, della doppia diagnosi, dei disturbi dell'alimentazione, del gioco d'azzardo sono tutte frontiere che vi appartengono e sono tutte frontiere borderline, sono tutte frontiere, realtà di confine su cui tanti soggetti debbono interagire.

Ma, ripeto, questa interazione non si può fare se il dipartimento di salute mentale sta ben strutturato e organizzato al suo interno, cosa che provoca poi dissonanza dentro il dipartimento per le dipendenze senza un rapporto che sia appunto pari.

Se creiamo una simmetria non facciamo niente di buono, creiamo un generico meccanismo che non può decollare.

Mi pare che l'esempio che ho fatto è chiaro, ci siamo intesi.

Un altro tema su cui lavorare, su cui organizzare ulteriori riflessioni ed ulteriori interventi da parte del Governo e del Parlamento per le parti rispettive che competano è il tema dell'accreditamento e dell'autorizzazione.

Anche questo è un punto delicato. Sono sempre stato fautore della massima integrazione tra pubblico e privato sociale e ritengo quella la frontiera di una dimensione adulta e non sciochina, non una dimensione che mette paura.

La dimensione matura non deve preoccuparsi dell'integrazione, l'integrazione è una risorsa, non è un problema.

Può anche essere un problema, ma deve essere vissuta come una grande risorsa.

Se non l'affrontiamo però bene diventa un problema, che fa meditare, che angoschia, che crea barriere.

Paradossalmente poi alla fine si possono ottenere dei cattivi risultati che rischiano di mettere addirittura in discussione la stessa idea positiva di integrazione.

Allora, io ritengo che l'integrazione non può essere fatta col meccanismo dell'autorizzazione, può essere fatta con il meccanismo dell'accreditamento.

Con il meccanismo dell'autorizzazione difficilmente si può procedere a livelli alti d'integrazione perché se io sono una struttura del privato sociale semplicemente autorizzata ho meno vincoli e risorse per poter accedere al meccanismo dell'accreditamento.

Quindi anche questo è un punto che va approfondito seriamente, senza essere vissuto come un giudizio nei confronti di chi vuol rimanere a livello dell'autorizzazione.

Ma non è possibile che chi vuole giustamente vivere lo status dell'autorizzazione possa poi pretendere di accedere ad un alto livello di integrazione.

Purtroppo non si possono servire due realtà.

Bisogna scegliere: se tu vuoi stare nell'integrazione accetti la sfida dell'accreditamento, avrai tutte le opportunità e tutti i diritti che competono ad un livello alto d'integrazione.

Se invece la struttura vuole rimanere solamente autorizzata fa benissimo, ma le risorse pubbliche sono risorse serie e non si possono utilizzare senza avere il livello di maturità e di impegno tipico delle strutture accreditate.

Penso che oggi ci siamo intesi da questo punto di vista.

Siamo tutti in tempo, non è necessario scendere ancora, penso, in particolari, e quindi anche questo è un livello serio su cui lavorare, senza che questo appunto costituisca una dimensione di giudizio negativo.

Ve ne porto un altro di problemi, che è la certificazione dello stato di tossicodipendenza.

È un punto questo delicato, so bene che anche qui ci sono questioni che si articolano di volta in volta, portano l'attenzione o verso il privato sociale o verso i dipartimenti e si possono creare anche qui degli equivoci e degli errori.

Io ho l'impressione che su questo ci dobbiamo chiarire.

Vediamo bene cosa significa certificare lo stato di tossicodipendenza e poi dividiamoci i compiti.

Ma non chiarire bene cosa è implicito in questo meccanismo può portare anche a degli errori grossolani, può portare anche ad essere strumentalizzato da parte di forgiati delinquenti, tra virgolette mafiosi.

La superficialità dell'accertamento e della certificazione dello stato di tossicodipendenza alla fine non dà niente di buono né alla struttura che accoglie, né tanto meno a quella che invia.

Allora anche questo è un punto da chiarire, io lo segnalo, vediamo bene quali sono le proposte, come organizzare questa dimensione.

Capisco bene che c'è stata una reazione; forse c'è stata troppa restrizione prima e quindi c'è stata poi una necessità di una reazione forte per dare la possibilità di cittadinanza all'interno delle strutture del privato sociale.

Però, ecco, un punto che segnalo al Presidente di Fe Der Ser D, su cui bisogna lavorare è quello del personale, perché gli attuali organici, voi sapete, li abbiamo forzati con la legge che abbiamo

### ***Il chi è dei 516 iscritti a Fe Der Ser D***

Operatori dei servizi pubblici	94%
Operatori del privato sociale	6%
Medici	35%
Infermieri prof.	17%
Psicologi	16%
Assistenti sociali	10%
Educatori prof.	6%
Educatori e animatori di comunità	5%
Dirigenti di comunità	1%
Sociologi	3%
Amministrativi	3%
Pedagogisti	2%
Biologi	1%
Capo sala e ASV	1%

Tra gli iscritti 124 sono dirigenti responsabili di Dipartimenti Dipendenze, Ser.T, Servizi Alcolologici.

fatto insieme, è stata una forzatura creativa, intelligente, ma una forzatura: ora non possiamo andare avanti con altre forzature.

È necessario prevedere forme di inclusione di professionalità all'interno dei servizi; e questo va fatto in modo molto serio perché gli organici sono del tutto al di sotto delle necessità, degli impegni e delle valutazioni che si affidano al vostro lavoro.

Non possiamo da un lato caricarvi di fatica, di responsabilità, di obiettivi e dall'altro lato non mettervi in condizioni, col personale, di poter fare questo tipo di attività.

Quindi c'è un bisogno serio su cui ci dobbiamo assumere a livello Parlamentare e di Governo tutte le responsabilità.

Dobbiamo dire non solo che i Ser.T sono una realtà di fondamentale utilità.

Dobbiamo anche chiederci: che sistema è? Vogliamo investirci oppure no? Vogliamo quindi mettere mano anche a questo decreto oppure no?

È certo che dobbiamo metterci le mani, dobbiamo fare in modo che sia previsto un numero di personale articolato per professioni, un numero di personale articolato per la durata del servizio, un numero di personale articolato per gli obiettivi che voi dovete raggiungere, che il sistema vi affida e quindi è un lavoro che bisogna fare, che va fatto ripeto al più presto.

Così come va fatto l'altro lavoro, che è quello di mettervi nelle condizioni sul piano tecnologico ed organizzativo di fare bene questo lavoro.

Dovete farlo con i vostri cuori, con la tecnologia adeguata, con gli strumenti più adeguati, con anche le risorse concettuali, sperimentali, di intervento più adeguati.

Mi riferisco anche all'uso dell'informatica.

Insomma va fatto tutto questo lavoro in modo tale che, appunto, la grande qualità che solitamente riusciamo ad esprimere in Italia non sia la qualità solamente soggettiva della grande volontà, ma sia anche una qualità del sistema, e quindi dobbiamo portare avanti il sistema, tutta questa bellissima creatività, capacità, professionalità che singolarmente in molti servizi oggi si riesce ad esprimere.

Sono questi un po' i punti che volevo offrire con molta semplicità, con molta umiltà ai vostri lavori sapendo che un tratto di strada voi lo avete fatto.

Lo ho potuto usufruire di questo lungo tratto di strada.

Adesso un po' tutta la politica deve poter usufruire del vostro cammino, perché del vostro cammino il Paese, l'Europa ne ha bisogno, perché il vostro cammino è un cammino con cui oggi necessariamente dovremo fare i conti". ✍





## Il ricorso della Regione Emilia-Romagna presso la Corte Costituzionale del 14 agosto 2002 per conflitto di attribuzione verso il decreto ministeriale del 14 giugno 2002

*Presentiamo una sintesi delle motivazioni del ricorso della Regione Emilia-Romagna.*

*Come potrete valutare, i contenuti del ricorso sono articolati e complessi, e in talune affermazioni interessanti per cogliere le linee di azione regionali.*

*Fe Der Ser D ha più volte preso posizione pubblica negli ultimi mesi su questa vicenda, sia con un editoriale sul numero 3 di Mission sia in interventi a congressi di settore. Ribadiamo che il nostro atteggiamento non è scettico né vuole essere limitativo delle autonomie regionali, anzi i contenuti del decreto del 14 giugno sulla organizzazione del sistema di intervento ci trovano su posizioni critiche. Inoltre è evidente che il ricorso si basa su ragioni forti e difficilmente eludibili.*

*Ribadiamo la necessità che azioni come quella della Regione Emilia-Romagna, a cui in questo periodo si stanno aggiungendo similari pronunciamenti di altre Regioni, si accompagnino ad un'attenta attività di programmazione e legislazione regionale nel settore delle dipendenze.*

*Non sempre ci sembra di rintracciare solerzia ed attenzione ai bisogni degli utenti in provvedimenti regionali che tendono a semplificare, diluire, omologare interventi e necessità che sono invece specifiche e complesse, e frutto di una consolidata esperienza degli operatori del pubblico e del privato.*

*Alfio Lucchini e Guido Faillace  
Direttivo nazionale Fe Der Ser D*

Il ricorso si fonda sulla considerazione che non spetta allo Stato dettare con decreto ministeriale disposizioni di principio o di dettaglio sull'organizzazione e sul funzionamento dei Ser.T e chiede quindi l'annullamento previa sospensione del decreto.

Infatti tale decreto violerebbe l'articolo 117, comma 3, 4 e 6 della Costituzione; il principio costituzionale di legalità degli atti secondari; l'articolo 17 della legge n. 400 del 1988; gli articoli 115-118 del DPR n. 309/90; il principio di leale collaborazione.

Il ricorso analizza poi i singoli punti del decreto ministeriale.

Subito vengono fatte notare due questioni: la coesistenza nel decreto di elementi di politica sanitaria e di materia sociale e assistenziale; la non consultazione della Conferenza Stato Regioni.

Infatti nella seduta dell'11 luglio 2002 della Conferenza unificata i Presidenti delle Regioni hanno chiesto il ritiro del decreto.

Viene quindi contestata la natura dell'atto: di fatto si sostiene che si tratta di un regolamento, simile al 444 del 1990, soggetto quindi al parere del Consiglio di Stato, non richiesto.

Si ricorda che il Consiglio di Stato ha recentemente escluso la sopravvivenza di poteri regolamentari statali in materia di sanità dopo la riforma costituzionale.

Netta è la affermazione, introdotta con la legge costituzionale n. 3 del 2001, che "la potestà regolamentare spetta allo Stato nelle materie di legislazione esclusiva, mentre spetta alle Regioni in ogni altra materia".

Questo è il nocciolo della questione.

Non si tratta quindi di legislazione che riguardi i livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale né altre materie di legislazione esclusiva statale, ma delle materie della tutela della salute e dell'assistenza sociale, che sono di competenza legislativa regionale.

Quindi è superato il potere statale attribuito con l'articolo 118, comma 1, del DPR n. 309/90.

A ulteriore concorso di prova si specifica l'opinione che già i decreti legislativi n. 502 e 517 avessero superato la precedente normativa.

Lo stesso accordo Stato-Regioni del 21 gennaio 1999 sulla riorganizzazione del sistema di assistenza ai tossicodipendenti al punto 2 prevede che le amministrazioni regionali definiscono il modello organizzativo tipo che le Aziende devono adottare per il conseguimento degli obiettivi di assistenza ai tossicodipendenti e le regole e modalità di instaurazione di un ottimale rapporto tra le Aziende Sanitarie e gli Enti e Associazioni Privati.

Ulteriori ragioni vengono rintracciate nel decreto legislativo n. 229/99, mentre il dettato della legge n. 45/99, che all'articolo 4 comma 3, prevede che entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della legge il Ministro della Sanità con proprio decreto, sentite le commissioni parlamentari competenti provvede alla revisione del decreto di cui all'articolo 118 del TU 309/90, al fine di rideterminare l'organico dei Ser.T, non è di interesse poiché nel decreto di giugno non si parla di organici dei Ser.T (sic!).

Vengono poi confutate nello specifico, sotto il profilo della illegittimità ed invasività delle prerogative costituzionali delle Regioni, le affermazioni del decreto di dettare disposizioni di principio, principi generali e norme di principio. Dopo alcune considerazioni sul rapporto tra dipartimenti e distretti, che sembrano mettere in dubbio la legittimità del dipartimento delle dipendenze, il ricorso si sofferma sulla natura dei rapporti tra struttura pubblica e strutture private.

Notato come principale innovazione del decreto l'accentuazione del ruolo dei privati, si contesta la possibilità disciplinare di innestare nella organizzazione dei Ser.T le associazioni private, conferendo loro un ruolo operativo e decisionale.

Tale ruolo è infatti, nella legislazione del 1990, riferito alle caratteristiche della struttura pubblica in quanto tale.

Considerati gli articoli del DPR 309/90, l'accordo Stato Regioni del 21 gennaio 1999, l'accordo Stato Regioni del 5 agosto 1999, si evince che le linee fondamentali della collaborazione pubblico-privato in materia di tossicodipendenze sono definite dalla legge e che ulteriori regole integrative ed attuative possono essere dettate dalle Regioni.

La Regione Emilia-Romagna, non ravvisando infine supporti al decreto nei decreti legislativi 502, 517, 229, ritiene illegittimo e lesivo delle prerogative costituzionali la parte del decreto del 14 giugno 2002 che disciplina e accentua il ruolo degli enti privati.

Largo spazio viene poi dedicato alla violazione dell'articolo 118 del 309, ove si prevede che il decreto venga adottato sentita la Conferenza Stato-Regioni.

Tale parere non è stato acquisito e non risulta neppure che sia stato chiesto.

La violazione del principio di leale collaborazione è rafforzata da quanto previsto nella intesa interistituzionale tra Stato, Regioni ed Enti Locali sottoscritto il 30 maggio

2002, di cui si sottolineano tra l'altro i punti che prevedono l'impegno di verificare in fase di predisposizione degli atti normativi il puntuale rispetto degli ambiti di competenza ad essi assegnati dalla costituzione, e che tale verifica riguarda anche i provvedimenti già in corso di perfezionamento, proponendone, ove occorra, la modifica o il ritiro.

Dopo aver ribadito la violazione dell'articolo 17 della legge n. 400/1988, cioè delle regole formali di esercizio del potere regolamentare statale, la Regione Emilia-Romagna chiede alla Corte Costituzionale anche la sospensione dell'atto impugnato fino alla definizione del giudizio.

È interessante notare che il danno grave ed irreparabile che potrebbe crearsi per la Regione Emilia-Romagna si concretizzerebbe nel fatto che la diretta partecipazione a livello operativo e decisionale del privato sociale accreditato o autorizzato priverebbe la struttura pubblica della propria autonoma capacità di valutazione e di decisione, con la possibilità che la prevenzione e cura delle tossicodipendenze sia in larga misura delegata a strutture prive di ogni responsabilità pubblica.

Inoltre la parificazione operativa e decisionale delle strutture private implica rilevanti conseguenze finanziarie in relazione a scelte sulle quali le Aziende Sanitarie e la stessa Regione non eserciterebbero alcun controllo. ❧

## RECENSIONE



**Alfio Lucchini**

### **Dare significato al fare Osservazione e intervento territoriale di fronte agli stili di comportamento, consumo e abuso giovanili**

con contributi di: Marco Tosi, Riccardo De Facci, Eugenio Rossi, Roberta Ottolini, Claudia Andreoli, Giovanni Strepparola, Erik Fromberg

Collana: Politiche e servizi sociali  
pp. 352, € 23,00 - cod. 1130.134 (U)

Il volume, frutto dell'esperienza dell'autore e di riflessioni recenti sullo sviluppo del sistema di intervento nella lotta alla droga e sulla promozione del benessere dei giovani, cerca di indicare un metodo lineare di approccio al tema: conoscere, studiare e costruire interventi stabili e significativi, come compito di tutta la società.

Proprio in quest'ottica l'autore insiste nell'affermare con esempi analitici che il termine "prevenzione" deve riscoprire un significato profondo, letterale, di azione mirata, pratica e scientifica. Ad esempio, conoscere come si aggregano i giovani, cosa vogliono gli studenti dagli insegnanti, o dagli amministratori di una città, serve per progettare significative politiche scolastiche e giovanili.

Il recente uso di droghe sintetiche, come l'ecstasy, viene valutato all'interno di un cambiamento profondo degli stili di consu-

mo generali dei giovani, analizzati nei contesti di svago e aggregativi.

Rispetto al "che fare", il volume si sofferma - con numerosi e qualificati saggi - sull'intervento istituzionale e su possibili sviluppi del sistema d'intervento con esempi concreti: dai metodi preventivi nella scuola, corroborati da una analisi delle determinanti della dispersione scolastica, alla costruzione di spazi e servizi misti pubblico-privato, ad esperienze di prevenzione secondaria.

Il tema dei modelli organizzativi e in particolare del Dipartimento delle Dipendenze, al centro del dibattito tecnico e politico attuale, trova ampio spazio; le normative vengono riportate sottolineando come spesso quello che viene indicato come nuovo è già sperimentato e da conoscere.

*Tra i 150 abstracts pervenuti al Congresso Nazionale di Cernobbio, pubblichiamo un contributo metodologico su un tema di stretta attualità*

# La variabilità dei trattamenti con metadone a medio-lungo termine nei Ser.T: analisi esplorativa

Natalia Magliocchetti\*, Paola Muccitelli°, Daniele Paramatti°, Matilde Karakachoff°, Giovanni Nicoletti\*, Daniela Galeone\*, Maria Novella Cordone\*, Fabio Mariani°

## Introduzione

I dati del Sistema di monitoraggio della attività dei Ser.T costantemente prodotti dal Ministero della salute mostrano sempre una considerevole variabilità, sia tra le varie Regioni che tra i singoli Servizi, della prevalenza dei trattamenti farmacologici, in particolare dei programmi che utilizzano il metadone per periodi medio-lunghi: rispetto ad una media nazionale del 41,9% (anno 2000)<sup>1</sup>, la percentuale di tali trattamenti rispetto al totale oscilla, a livello regionale, dal 25,3% (Marche) al 63,7% (Lazio) e tra i Servizi, anche escludendo i dati palesemente anomali, dal 14% al 75%.

Questo dato, non potendosi ravvisare grossolane differenze nelle caratteristiche dell'utenza (ad es. per quanto riguarda la percentuale di eroinomani o la distribuzione per età) viene spesso considerato un elemento a sfavore della qualità dell'offerta dei Servizi, in particolare degli operatori medici, indice di un atteggiamento ideologico nei confronti delle terapie ("pro" o "contro" il metadone) piuttosto che di un approccio personalizzato ai bisogni dell'utenza.

In realtà, non sono disponibili studi nazionali accurati di identificazione delle cause di variabilità della prevalenza dei trattamenti metadonici, problema affrontato con un primo approccio in termini di modello esplicativo dall'Osservatorio Epidemiologico delle Dipendenze della Regione Piemonte in una analisi relativa ai Ser.T della Regione Piemonte<sup>2,3</sup>.

## Materiali e metodi

### Dati

Informazioni rilevate dal Ministero della Salute nell'anno 2000 relative ai modelli ANN.01, ANN.02, ANN.03 e SER.02 (DM 3/10/91; DM 20/09/97).

Sono stati considerati validi ai fini dell'analisi i dati relativi a 456 Ser.T (circa 90% dei Servizi rilevati).

\* Ministero della Salute - Direzione Generale della Prevenzione  
° CNR - Istituto di Fisiologia Clinica - Sezione di Epidemiologia e Ricerca sui Servizi Sanitari

## Variabili

Dopo una adeguata valutazione ed eliminando le variabili fortemente correlate tra loro sono stati scelti i seguenti indicatori:

### Caratteristiche dell'utenza

- Percentuale di utenti già in carico o rientrati sul totale degli utenti in carico (% GIÀ IN CARICO).
- Percentuale di ultratrentacinquenni sul totale degli utenti (% VECCHI).
- Percentuale di eroinomani sul totale dei soggetti distribuiti per sostanza (% EROINOMANI).

### Caratteristiche strutturali del servizio

- Rapporto tra il totale di utenti sul totale degli operatori (UTENTI PER OPERATORE).
- Rapporto tra personale di formazione sanitaria (medici, infermieri, assistenti sanitari) e personale di formazione psico-sociale (psicologi, educatori, assistenti sociali) (SANITARIO/SOCIALE).
- Totale utenti in carico (TOTALE UTENTI).

### Caratteristiche dell'assistenza offerta dai servizi

- Percentuale di trattamenti metadonici (a breve; a medio o a lungo termine) sul totale dei trattamenti (% METADONE).

## Metodologie di analisi

1) *Regressione logistica* con metodo Backward-Wald (programma statistico SPSS) considerando come variabile esplicativa la presenza di trattamento con metadone a medio/lungo termine per individuare le variabili che la influenzano.

2) *Analisi in componenti principali* (procedura factor in SPSS) su una matrice di dati costituita da 102 unità (province italiane) e da 8 variabili (le 7 statisticamente significative nella precedente analisi+"trattamento con metadone a medio/lungo termine") per sintetizzare l'informazione fornita dalle variabili osservate ed identificare le dimensioni essenziali per la descrizione delle scelte terapeutiche dei Servizi. L'analisi è stata svolta a livello provinciale per bilanciare le esigenze di valutazione di dettaglio con quelle di interpretazione dei risultati.

3) *Cluster analysis* (metodo di Ward in SPSS) sulle prime due dimensioni fattoriali individuate nella analisi al punto 2).

L'obiettivo è di raggruppare le province in gruppi omogenei sulla base di tali dimensioni esplicative della variabilità per confermare i risultati precedenti e/o individuare ulteriori fattori di variabilità.

## Risultati

### 1) Regressione logistica

Sono stati individuati 5 diversi modelli per ogni diversa macro area geografica (nord-ovest, nord-est, centro, sud, isole) poiché un unico modello nazionale o uno per ciascuna delle tre ripartizione geografiche (nord, centro, sud+isole) spiegavano una percentuale minore di variabilità dei dati.

La scelta del trattamento con metadone a medio/lungo termine è risultata statisticamente e positivamente influenzata in tutte e cinque le ripartizioni geografiche dalle seguenti variabili: % EROINOMANI; % VECCHI; SANITARIO/SOCIALE.

In particolare, la variabile relativamente più importante è il rapporto tra personale sanitario e personale psico-sociale, il cui effetto è più rilevante nelle regioni del nord-est (*exp coefficiente*=1,48) e meno in quelle del sud (1,18). Per le altre due variabili si osserva un effetto minore, più omogeneo territorialmente.

Le variabili % GIÀ IN CARICO e UTENTI PER OPERATORE presentano, viceversa, una influenza statisticamente significativa ma in maniera diversa tra le ripartizioni: la prima variabile ha un effetto positivo sulla probabilità di ricevere un trattamento con metadone nel nord e nelle isole e negativo nel centro e nel sud; la seconda agisce positivamente nelle due ripartizioni del nord e negativamente altrove.

Si nota inoltre una similitudine dell'effetto di tutte le variabili tra le ripartizioni centro e sud.

### 2) Analisi in componenti principali

Sono state individuate tre variabili latenti di sintesi che spiegano il 65% della variabilità totale.

Ai fini dell'interpretazione dei risultati sono stati considerati i primi due fattori (50% variabilità del data set). In particolare:

- il primo fattore è legato a variabili relative alla domanda di assistenza (% VECCHI, % GIÀ IN CARICO e % EROINOMANI);
- il secondo fattore presenta forti correlazioni con le variabili relative all'offerta di assistenza (UTENTI/OPERATORE e SANITARIO/SOCIALE).

La variabile % METADONE è fortemente correlata al primo fattore indicando un legame con le caratteristiche della domanda di assistenza piuttosto che con quelle dell'offerta.

### 3) Cluster analysis

Attraverso la procedura di classificazione delle province italiane sulla base delle componenti principali individuate si è considerata una partizione in tre gruppi. I risultati sono visualizzati nella tabella 1.

- *I cluster*: raggruppa Servizi con valori mediamente più bassi delle variabili relative alle caratteristiche strutturali dei Ser.T (più piccoli, con minore carico di lavoro e

Tab. 1

	<i>I cluster</i>	<i>Valori medi II cluster</i>	<i>III cluster</i>
% già in carico	29,2	21,8	35,1
% vecchi	75,2	79,6	80,5
% eroinomani	78,5	86,0	85,1
% metadone	34,1	32,1	49,9
Sanitario/sociale	0,9	1,2	1,3
Utenti per operatore	20,2	31,8	23,8
Utenza media	233	280	355

con minore quota di personale sanitario), con una utenza più giovane e minore percentuale di eroinomani.

- *II cluster*: raggruppa Servizi con la più alta percentuale di eroinomani, con la più bassa percentuale di utenti già in carico e con un rapporto utenti/operatori relativamente più elevato (più alto carico di lavoro).
- *III cluster*: raggruppa Servizi con valori mediamente più alti delle variabili relative alle caratteristiche dell'utenza (più alta percentuale di utenti già in carico, di ultratrentacinquenni e forte presenza di eroinomani) ed elevati valori delle variabili relative alle caratteristiche strutturali (più alto rapporto tra personale sanitario e personale psico-sociale e più alta utenza media). Si tratta, quindi, di Ser.T grandi, con una maggiore specializzazione di tipo sanitario e con una utenza più "problematica" (utenti di lunga data, più anziani, più eroinomani).

La variabile relativa alla percentuale di soggetti in trattamento con metadone a medio-lungo termine assume il valore di 34,2% nel I cluster, di 32,1% nel II e di 49,9% nel III.

## Discussione

La identificazione di tutte le variabili correlate con la prevalenza di trattamenti metadonici a medio-lungo termine richiede una approfondita conoscenza delle caratteristiche degli utenti presi in carico, sia in termini socio-demografici (scolarità, condizione lavorativa, ecc.) che di uso delle sostanze (durata della tossicomania, frequenza e caratteristiche dell'uso), dati oggi non disponibili di routine; elementi informativi in queste aree vengono, invece, raccolti nell'ambito di studi "ad hoc" (quali, ad es., lo studio "Vedette" sugli esiti dei trattamenti) e costituiscono uno degli elementi fondamentali del nuovo sistema informativo sulla domanda di trattamento – basato sugli standard europei dell'OEDT/EMCDDA, in via di sperimentazione in un apposito Progetto del Ministero della Salute.

Fra le variabili rilevate dal Sistema di monitoraggio del Ministero della Salute, tutte più o meno appropriatamente riconducibili alle caratteristiche di "variabili di input", quelle che più fortemente influenzano la possibilità di

inserimento in programmi metadonici a medio-lungo termine appartengono a due aree principali, quelle relative alle caratteristiche della domanda di assistenza e quelle riconducibili alle caratteristiche dell'offerta.

Le diverse metodologie di analisi utilizzate in questo studio non hanno consentito di individuare in maniera univoca e netta se e quali di queste determinano la scelta del trattamento.

Tuttavia, in generale, si osserva una maggiore influenza delle caratteristiche della domanda: anche se con il primo metodo (regressione logistica) variabili di entrambe le aree risultano influenzare la prevalenza dei trattamenti metadonici, seppure in misura non ugualmente riproducibile nelle diverse aree geografiche, si rileva comunque una maggiore presenza di fattori descrittivi dell'utenza, gli stessi (% VECCHI, % GIÀ IN CARICO, % EROINOMANI) che nell'analisi in componenti principali risultano essere i soli significativamente e positivamente correlati alla percentuale di trattamenti metadonici. Valori elevati di tali variabili sono infine quelli che, nella cluster analysis, caratterizzano il gruppo di Ser.T con la più elevata percentuale media di programmi metadonici. Relativamente alle caratteristiche dell'offerta la variabile che sembra avere un effetto forte e positivo è la maggiore presenza di professionalità sanitaria nel personale.

Questi risultati, soprattutto la loro variabilità geografica (particolarmente evidente nella prima analisi), indicano la presenza di complesse interazioni alla base delle diverse prevalenze di trattamenti metadonici, non riconducibile ad elementi semplici ed immediatamente influenzabili, suggerendo, peraltro, una possibile inefficacia, ai fini del controllo della prevalenza di tali trattamenti, dei metodi mirati ad influenzare il comportamento degli operatori (formazione, linee-guida, regole di prescrizione, ecc.) ed evidenziano la possibile importanza di variabili "di processo", attualmente non rilevate, più consone alle caratteristiche di complessità del Servizio Ser.T. ↘

## Note

1. Ministero della Salute - Direzione Generale della Prevenzione - Ufficio VI "Rilevazione attività nel settore tossicodipendenze, anno 2000", Roma, settembre 2001.
2. Sartore M., Borraccino A., Salamina G., Faggiano F., "La variabilità dei trattamenti nei Ser.T Piemontesi nel 1997", Rapporto n. 2, agosto 1999, Osservatorio Epidemiologico delle Dipendenze, Servizio di Epidemiologia, ASL 5, Regione Piemonte.
3. Decidue R., Sartore M., Faggiano F., Salamina G., Spadea T., "La variabilità dei trattamenti nei Ser.T piemontesi. Confronto 1997-2000", Rapporto 2001 sulle Dipendenze in Piemonte, Osservatorio Epidemiologico delle Dipendenze, Regione Piemonte.

## NOTIZIE IN BREVE

### **MOLTENI Farmaceutici in collaborazione con Fe Der Ser D istituisce il Premio "MOLTENI PER LA TOSSICODIPENDENZA"**

Il premio è stato presentato a Cernobbio nel corso del Congresso nazionale di Fe Der SerD.

Il premio, di 10.000 € complessivi, verrà assegnato in base al contenuto scientifico dei lavori presentati e suddiviso tra i due operatori o i due gruppi di operatori che presenteranno il miglior lavoro sui due temi seguenti:

- **Metadone e Reinserimento Sociale**
- **Metadone e Farmacoeconomia.**

Il premio è rivolto alla valorizzazione dell'insieme del sistema dei servizi italiani.

L'organizzazione nella produzione del lavoro è libera, si consiglia di seguire le modalità classiche: introduzione, materiali e metodi, risultati, discussione, bibliografia.

Il materiale dovrà essere al massimo di n. 10 cartelle ( indicativamente 50.000 battute word), compresi gli eventuali grafici, tabelle, illustrazioni e bibliografia.

I termini di presentazione scadono il 30 giugno 2003.

***I lavori dovranno essere inviati, con raccomandata, a RGB Medical - Direzione Scientifica, viale Piave n. 1, 20129, Milano.***

Alla copia originale del lavoro dovranno essere allegate n. 5 copie e la documentazione descritta di seguito:

- **domanda di ammissione al concorso in carta libera completa dei dati anagrafici, indirizzo e recapito telefonico;**
- **breve curriculum dei partecipanti al concorso;**
- **dichiarazione che l'Ente di appartenenza dell'operatore o degli operatori è a conoscenza dell'iniziativa e autorizza alla partecipazione;**
- **autorizzazione al trattamento dei dati personali ai sensi della legge 675/96.**

I premi verranno assegnati durante un convegno Fe Der Ser D di rilevanza nazionale, nell'ultimo trimestre del 2003.

Tutti i lavori pervenuti non saranno restituiti.

Oltre ai lavori premiati, tutti i lavori ritenuti scientificamente validi saranno oggetto di pubblicazione.

Tutti i partecipanti saranno contattati sull'esito della loro partecipazione.

***La commissione giudicatrice è composta da presidente, vicepresidente, segretario e comitato etico scientifico di Fe Der Ser D: Alessandro Coacci, Bernardo Grande, Alfio Lucchini, Gilberto Gerra, Pier Paolo Pani, Clara Baldassarre, Antonio Mosti, Roberto Calabria, Vincenzo Marino.***

***Per ulteriori eventuali notizie sul bando, consultate il sito [www.federserd.it](http://www.federserd.it)***



*Guglielmo Campione (a cura di)*

**La consulenza psichiatrica nei servizi socio-sanitari per pazienti affetti da HIV/AIDS**

Collana: Dipendenze, coordinata da Massimo Clerici  
pp. 336, € 23,50 - cod. 306.7 (V)

Fino ad oggi, in Italia, lo psichiatra ha incontrato la persona affetta da infezione Hiv correlata/Aids prevalentemente nei servizi per le tossicodipendenze e nella psichiatria di consultazione degli ospedali dotati di reparto infettivologico. Il malato di Aids, come del resto il malato oncologico, ma con uno stigma d'emarginazione in più, ha sempre messo in crisi i servizi ambulatoriali e i reparti ospedalieri convenzionali sottolineandone l'obsoleta impostazione ultrasettoriale di tipo organicistico cui sfugge la globalità della sofferenza psicofisica della persona intesa come "un intero". Così la questione della qualità di vita di questi pazienti è stata impostata unicamente in funzione di dati di laboratorio, come la conta linfocitaria e la carica virale, senza tener conto di altre fondamentali variabili psicosociali, come l'incidenza degli eventi stressanti, la personalità del paziente e la sua capacità di reazione e di adattamento ad essi. A sua volta la ricerca farmacologica ricalcando il modello meccanicistico di causa-effetto esclude i preziosi contributi degli studi nel campo delle terapie non convenzionali, senz'altro più

attenti ad un approccio olistico, rispettoso dell'unità mente-corpo del paziente.

Il presente volume affronta il tema delle sofferenze psicologiche e psicopatologiche dei soggetti che hanno contratto l'infezione da Hiv, analizzando in particolare, grazie al contributo di professionisti che da anni lavorano sul campo:

- gli aspetti infettivologici;
- gli aspetti psicopatologici e neurologici;
- il problema dello stress e della sua influenza sull'evoluzione della malattia e sulla salute degli operatori sanitari;
- gli aspetti generali e metodologici della psichiatria di consultazione;
- l'approccio psicoterapico e il counseling;
- le modalità di assistenza psicologica-psichiatrica nei servizi socio-sanitari italiani come il dipartimento delle dipendenze, i dipartimenti di salute mentale, il reparto di malattie infettive, i servizi domiciliari, la comunità terapeutica;
- le terapie psicofarmacologiche convenzionali e non convenzionali.



*Maurizio Resentini, Ornella Perego, Francesca Zucchetta, Federica Eynard, Cristina Frasca (a cura di)*

**Sostanze: non solo storie  
Un'esperienza di prevenzione con adolescenti**

Collana: Politiche e servizi sociali  
pp. 112, € 8,50 - cod. 1130.138 (U)

Il consumo sempre più massiccio delle droghe di derivazione chimica coinvolge un'ampia parte della popolazione giovanile. L'uso di sostanze psicoattive si colloca prevalentemente nella dimensione del divertimento attraverso il policonsumo e il polia-buso.

L'esasperazione di questo fenomeno e le vicende di cronaca a esso correlate hanno portato i Servizi per le Dipendenze a interrogarsi sulle strategie di prevenzione impiegate e sulla necessità di trovare nuove modalità di intervento. Si sono dunque identificati nuovi operatori, un nuovo linguaggio e nuove modalità di rapporto con i giovani che permettessero di instaurare un dialogo "credibile". Si è cercato di mantenere un equilibrio tra le esigenze di una corret-

ta informazione, la comprensione delle motivazioni al consumo e le aspettative degli adulti.

A partire dalla fine degli anni Ottanta il Servizio Tossicodipendenze di Monza ha scelto di investire in modo significativo risorse interne ed esterne nel campo della prevenzione. Questo volume documenta il lavoro svolto dagli operatori nelle scuole medie superiori del territorio di Monza e Lissone - ASL Provincia di Milano 3; in particolare descrive una modalità di intervento rivolta agli studenti del secondo anno delle superiori ed espone i risultati emersi dall'esperienza dell'anno scolastico 1999-2000.



# Costi e benefici dei trattamenti dei disturbi da abuso/dipendenza

*Alfio Lucchini\* e Giovanni Strepparola<sup>o</sup>*

## 1. I costi sociali dei disturbi da abuso/dipendenza

Il *Lewin Group* ha condotto uno studio per il NIDA e NIAAA in cui dimostra che il costo economico totale dovuto all'abuso di alcool e droghe nel 1992 è stato di \$ 245,7 miliardi di cui \$ 97,7 miliardi dovuti alle droghe e il resto all'alcool.

Queste cifre comprendono il trattamento e la prevenzione dell'abuso di sostanze, i costi di *healthcare*, la diminuita produttività lavorativa, i diminuiti guadagni dei consumatori e i costi dovuti a criminalità e assistenzialismo.

Tra questi ultimi vanno compresi anche i costi sostenuti dai consumatori per l'acquisto delle sostanze: infatti, secondo l'ONDCP (Ufficio della Casa Bianca per il controllo delle droghe), tra il 1988 e il 1995 gli americani hanno speso \$ 57,3 miliardi in droghe, così distribuite:

- \$ 38 miliardi in cocaina;
- \$ 9,6 miliardi in eroina;
- \$ 7 miliardi in marijuana;
- \$ 2,7 miliardi in altre sostanze (esclusa la nicotina) (The White House Office of National Drug Control Policy, 1995).

I costi, che complessivamente vengono sostenuti dal Governo per il 46% e dai pazienti e i loro familiari per il 44%, tra il 1985 e il 1992 sono aumentati addirittura del 50%.

Tale aumento è dovuto a quattro fattori:

1. andamento epidemico dell'uso di cocaina;
2. aumento epidemico dell'infezione HIV;
3. aumento di 8 volte delle carcerazioni dovute alle dipendenze;
4. aumento di 3 volte dei crimini dovuti alle dipendenze.

Oltre il 50% dei costi è associato ad eventi criminosi, ed in particolare alla diminuzione della produttività di vittime e rei (20,4%), alla diminuzione della produttività legale dovuta alla carriera criminale (19,7%) e ad altre cause quali il controllo del traffico di stupefacenti, i danni alla proprietà, i servizi correzionali, ecc. (18,4%).

I costi restanti sono dovuti alle morti premature (14,9%), alla diminuita produttività dovuta alle patologie correlate (15,5%) ed alle spese per la salute (10,2%) (NIDA, 1999). A questo proposito, sono state identificate più di 60 condizioni mediche, che implicano 1100 diagnosi, almeno in parte riferibili all'abuso di sostanze.

Tramutate in costi ospedalieri, 1 giorno su 5 di ricovero Medicaid, ovvero \$ 4 milioni al giorno, sono stati spesi nel 1991 per condizioni patologiche legate all'abuso di sostanze.

\* Direttore Dipartimento Dipendenze ASL Milano 2, Segretario esecutivo nazionale Fe Der Ser D

<sup>o</sup> Responsabile Area Ser.T, Dipartimento Dipendenze ASL Milano 2, Direttivo ALT Onlus

Nel 1994 il conto totale è di almeno \$ 8 miliardi di spese Medicaid imputabili a patologie e diagnosi riferibili all'uso di sostanze (K. Fox *et al.*, 1995).

Se si calcolano i costi delle dipendenze, limitatamente all'abuso di eroina, è possibile stimare un costo di \$ 21,9 miliardi nel 1996, di cui \$ 11,5 miliardi per perdite produttive (53%), 5,2 miliardi per attività criminale (24%), 5 miliardi per cure mediche (23%) e 0,1 miliardi per cure assistenziali (0,5%) (T.L. Mark *et al.*, 2001).

L'abuso di alcool, tabacco e droghe illecite è costato al Canada nel 1992 più di \$ 18,4 miliardi (\$ 649 pro capite, pari al 2,4% del prodotto interno lordo) così distribuiti: \$ 7,52 miliardi dovuti all'alcool (4,14 miliardi per perdite produttive, 1,36 miliardi per costrizioni di legge, 1,30 miliardi per i servizi socio-sanitari forniti), \$ 6,82 miliardi dovuti al tabacco e \$ 1,4 miliardi dovuti alle droghe illecite (E. Single *et al.*, 1998).

Nella regione dell'Ontario invece il costo, sempre nel 1992, è risultato essere di \$ 489,29 milioni solo per le droghe illecite (Xie *et al.*, 1998).

Se anche in questo caso si vuole limitare l'analisi dei costi ai pazienti eroinomani non in trattamento, nel 1996 i costi sociali (stimati a partire da un campione di 114 tossicodipendenti da eroina non in trattamento) generati annualmente sono di 5.086 milioni di \$ canadesi (così distribuiti: 44,6% dovuto alle vittime degli atti criminosi, il 42,5% alle costrizioni di legge, il 7,0% alle perdite produttive e il 6,1% all'utilizzo di servizi per la cura della salute).

Il costo per residente varia da \$ 43 a \$ 69/pro capite (R. Wall *et al.*, 2000).

Per i 1.057 tossicodipendenti partecipanti allo studio britannico NTORS i costi totali dovuti all'uso di droghe ammontano a 12 milioni di sterline all'anno, la maggior parte dei quali dovuti al comportamento criminale auto-riferito.

Lo studio dimostra il danno economico e sociale dovuto all'uso di droghe (A. Healey *et al.*, 1998).

## 2. Il costo dei trattamenti

I costi sono estremamente variabili e spesso descritti in termini di confronto fra trattamenti diversi. A differenza dei costi sociali, sono poco generalizzabili ed espressione dei singoli programmi.

Ad esempio, un evento "core" di un trattamento ambulatoriale a mantenimento in Gran Bretagna ha un costo medio di 48 sterline, mentre la valutazione dei nuovi pazienti costa in media 87 sterline.

Il costo medio per anno per coloro che ricevono solo cure ambulatoriali è di 358 sterline e di 1.857 sterline per coloro che ricevono sia cure ambulatoriali che ospedaliere.

I trattamenti per abuso di oppiati costano mediamente di più di quelli per abuso di alcool (D. Coyle *et al.*, 1997).

La disintossicazione in ricovero risulta poi essere più cara del trattamento ambulatoriale (il rapporto di costi è pari a 24:1), ma se si aggiusta il rapporto in base all'esito, il costo diventa quasi uguale (0,9:1), per cui viene sconsigliato un approccio *naive* all'analisi costo-beneficio per non incorrere in grossolani errori (M. Gossop, 2000).

Un trattamento giornaliero intensivo di 25 ore settimanali ha ovviamente un costo maggiore se paragonato ad un trattamento metadonico a mantenimento standard con uno *skill-training group* settimanale e invio ad altri servizi interni/esterni.

Ciononostante, non si verificano differenze significative tra i due gruppi nell'uso di oppiati e cocaina: nel corso del trattamento, in entrambi i trattamenti diminuiscono l'uso di droghe, i problemi dovuti all'abuso, i comportamenti a rischio HIV e i miglioramenti si mantengono anche al follow-up (l'esito è valutato con esami delle urine due volte la settimana, scala di gravità delle patologie correlate, rischio HIV, ecc.). (S.K. Avants *et al.*, 1999).

Risultati differenti vengono ottenuti da M.T. French *et al.* (2000) che, come nel caso precedente, confrontano il rapporto costo-beneficio di due trattamenti con diversi gradi di intensità (*full vs partial*) (utilizzano un questionario *self report* per i pazienti e l'ASI prima e dopo trattamento). Vantaggi vengono dimostrati per entrambi i trattamenti in termini di benefici economici per molte variabili singole e aggregate, ma il trattamento più intenso (*full*) porta maggiori benefici del *partial* (oltre 8.000 \$), che però costa meno della metà (1.138 contro 2.530 \$).

A volte è la complessità della diagnosi a fare la differenza. Come nel caso dello studio di C. Weisner *et al.* (2000) che confrontano esito e costo-beneficio di due trattamenti (*day hospital vs* trattamento ambulatoriale) per la cura delle dipendenze da alcool e droghe. 668 pazienti con abuso di alcool o droghe sono stati assegnati *random* ai due trattamenti; altri 405 che è stato impossibile randomizzare, sono stati comunque valutati.

Non sono state trovate differenze significative tra i due studi in termini di esito, tranne che per *i soggetti con associato un disturbo psichiatrico* di medio livello, che vanno meglio se curati in *day hospital* (specialmente in termini di astinenza da alcool) e mostrano un miglior rapporto costo-efficacia (i costi sono: \$ 1.649 per *day hospital* e 695 per il trattamento ambulatoriale).

Interessante notare che i pazienti non randomizzati vanno invece tutti meglio nel trattamento *day hospital*.

Molto interesse suscita anche attualmente l'analisi dei costi dei trattamenti farmacologici emergenti. Tra tutti, la buprenorfina risulta essere al centro dell'attenzione.

Il costo mensile di un trattamento con buprenorfina in Francia è di 1.252 fr. per paziente; per 40.000 pazienti il costo di un trattamento a mantenimento con follow-up del medico di base sarebbe 600 milioni di Franchi.

Il costo delle patologie associate alla dipendenza da eroina sarebbe di 4,8 miliardi di fr. (stima in base ai dati americani), mentre quello dovuto alla criminalità è di 6,4 miliardi di fr. e quello dei programmi pubblici per le dipendenze è di 4,7 miliardi di fr.

Per un totale di 15,6 miliardi.

Il costo annuale del trattamento farmacologico con buprenorfina è pari a 600 milioni di fr.

Per cui la soglia di profitto risulta essere molto bassa: basterebbe una diminuzione pari al 4% dei costi dovuti alla dipendenza da eroina per pareggiare i costi del trattamento. Gli autori ammettono però, giustamente, che nei costi non hanno tenuto conto di tutti gli aspetti di sicurezza e salute pubblica coinvolti nel trattamento farmacologico (P. Kopp *et al.*, 2000).

In confronto al trattamento con metadone, il trattamento con l'associazione buprenorfina/naloxone aumenta i costi dovuti ai farmaci, e alle prestazioni del personale medico e infermieristico, ma riduce i costi di somministrazione, di screening tossicologici e amministrativi; inoltre, riduce i costi al paziente (trasporti).

Per cui, il trattamento è almeno tanto efficace quanto il metadone, meno caro sul lungo periodo e produce un rapporto costo-beneficio più favorevole (R. Rosenheck *et al.*, 2001).

### 3. Benefici ed esiti dei trattamenti (i rapporti costo-efficacia e costo-beneficio)

Molti dati scientifici ricavabili dalla letteratura dimostrano l'efficacia dei trattamenti per le dipendenze, compresi i benefici che il trattamento ha per la famiglia dei pazienti e per la comunità in cui essi vivono.

Questi programmi sembrano almeno tanto efficaci quanto i trattamenti degli altri disturbi cronico-ricidivanti.

Studi condotti per il NIH dall'Università di Pennsylvania e Columbia ci dicono che il trattamento diminuisce del 50-60% l'uso di droga e del 40% gli arresti e gli atti criminali dei pazienti, diminuisce inoltre il rischio HIV e aumenta l'occupazione del 40-60%.

Anche il trattamento dei pazienti detenuti risulta essere efficace: diminuisce infatti l'uso successivo di sostanze del 50-70% e diminuisce la criminalità successiva del 50-60% (A.I. Leshner, 1999, A.I. Alterman *et al.*, 2001).

Se si confrontano i parametri di beneficio prima e dopo il trattamento per i disturbi da abuso/dipendenza, si rileva che:

- gli arresti di pazienti che guidano intossicati o sotto l'influenza di sostanze è diminuita dal 18 (pre-trattamento) al 3% (post-trattamento);
- la percentuale di soggetti coinvolti in incidenti è diminuita dal 14 all'1%;
- la percentuale di familiari di pazienti che chiedono una consulenza è diminuita dal 31 al 5%;
- la percentuale di figli dei pazienti che perdono giorni di scuola è diminuita dal 5 all'1%;
- la percentuale di mogli di pazienti che hanno perduto giornate di lavoro è diminuita dal 10 all'1% (J.W. Langenbucher *et al.*, 1993);
- il livello di attività criminale diminuisce di circa 2/3 (D.R. Gerstein *et al.*, 1994).

Modelli di economia sanitaria permettono di tradurre questi cambiamenti in benefici, ovvero risparmi per la comunità.

Ad esempio, mentre il costo dovuto al comportamento criminale dei pazienti prima del trattamento è mediamente di \$ 47.971 per paziente, nell'anno successivo il trattamento il costo diminuisce a \$ 28.657 per paziente.

La differenza (\$ 19.314) è di molto inferiore al costo del trattamento, che è risultato essere in questo studio di \$ 2.828 per il trattamento metadonico, \$ 8.920 per il trattamento residenziale, e \$ 2.908 per il trattamento ambulatoriale A.S. Rajkumar e M.T. French (1996).

I benefici sono misurabili anche nell'ambito occupazionale, anche per frazioni di trattamento.

Nello studio di M.T. French *et al.* (1990) il livello occupazionale si alza dal 31 al 45%, i pazienti che si mettono in cerca di un lavoro aumentano dal 9 al 13%, e il guadagno medio dei pazienti occupati aumenta: da \$ 6.158 a \$ 7.120.

M.T. French e G.A. Zarkin (1992) trovano che un aumento solo del 10% di tempo trascorso in trattamento metadonico aumenta l'occupazione legale del 1,5% e diminuisce l'occupazione illegale del 3,2%; mentre un aumento di 10% di tempo trascorso in trattamento residenziale aumenta il lavoro legale del 2,4% e diminuisce il lavoro illegale del 4,5%.

È dimostrabile una relazione positiva tra il livello di trattamento e il successivo esito occupazionale: i pazienti che finiscono il trattamento riescono a guadagnare più degli altri e quelli che ricevono anche un servizio di orientamento guadagnano ancora di più (B. Luchansky *et al.*, 2000).

La misura del vantaggio quindi varia in base al tipo di trattamento ed al suo esito, ma anche alle caratteristiche dei soggetti; ad esempio, i maschi tossicodipendenti rispetto alle femmine hanno una maggior diminuzione di guadagni illegali e contributi di pubblica assistenza in seguito ad un trattamento efficace.

Nel corso del tempo inoltre, è più probabile che gli uomini siano occupati (J. Oggins *et al.*, 2001).

Il risparmio di costi è stato stimato anche per quanto riguarda la prevenzione di importanti patologie croniche correlate.

Ad esempio, è stato calcolato il risparmio per ogni caso evitato delle seguenti patologie (M.T. French *et al.*, 1996):

- \$ 1.100 nel caso di una malattia venerea;
- \$ 74.513 nel caso di una grave ipertensione;
- \$ 96.005 nel caso di tubercolosi;
- \$ 114.796 per un caso di AIDS.

Esiste un accordo quasi univoco sul vantaggio di trattare i soggetti con patologie da dipendenza, vantaggio che è anche facilmente monetizzabile: i diversi studi riportano che ogni dollaro speso in trattamento origina un guadagno variabile da 4 a 7 \$ in risparmio di costi per la società (A.I. Leshner, 1999).

K. Jones e T. Vischi (1979) riportano una metanalisi secondo cui gli studi sono concordi nel ritenere che in seguito a trattamento per alcolismo, tossicodipendenza e malattie mentali si dimostra una diminuzione nell'utilizzo di servizi generali per la cura della salute.

R. Hubbard e M.T. French (1991) dimostrano un ritorno dell'investimento di quattro volte maggiore per i trattamenti metadonici e residenziali solo per quanto riguarda i problemi di giustizia, che rappresentano solo una parte del possibile risparmio attribuibile al trattamento della dipendenza. M. Finigan, (1996): ogni dollaro speso nel trattamento produce 5,60 dollari in termini di costi evitati al contribuente.

Per quanto riguarda invece le metodologie di analisi e valutazione dei rapporti costo-beneficio e costo-efficacia, tra i modelli proposti per lo studio dell'analisi costo-beneficio, quello dinamico-epidemico ha lo scopo di studiare gli effetti di un trattamento metadonico a mantenimento sulla salute e la sopravvivenza (quest'ultima misurata come *quality-adjusted life-years* - QALYs).

Il modello è stato sperimentato in due comunità con diversa prevalenza HIV (5 e 40%).

Sulla base di questa misura, l'implementazione di un programma metadonico produce un rapporto costo-efficace così positivo da risultare vantaggioso anche raddoppiando i costi, dimezzandone i benefici (G.S. Zaric *et al.*, 2000).

Anche M.T. French *et al.* (1996) propone la metodologia del *quality-adjustment life-year* multi-attribuito per stimare il valore dell'evitamento di morbidità e mortalità, modalità secondi lui poco costosa e relativamente facile, che coinvolge conoscenze di psicologia, epidemiologia, medicina ed economia.

In questo modo l'autore stima il valore-dollaro dell'evitamento di epatite B, HIV, AIDS, ipertensione, polmonite batterica, STD e tubercolosi per un maschio bianco di 32 anni.

I valori variano molto per le diverse situazioni, ad esempio, il valore di evitamento di un caso di HIV/AIDS è approssimativamente di \$ 157.811.

P.G. Barnett (1999) utilizza invece come misura di beneficio del trattamento gli anni-vita di sopravvivenza.

Determinato il *rate* di mortalità associato all'abuso di oppiati, usa il modello di Markov per misurare l'effetto del metadone nell'aumentare l'aspettativa di vita: il trattamento con metadone a mantenimento ha un rapporto incrementale di costo-efficacia di \$ 5.915 per anno-vita guadagnato (cioè, per ogni anno di vita salvato fornendo la terapia, si va incontro ad un aumento di costi di trattamento di \$ 5.915).

In conclusione, pare che il rapporto trovato sia inferiore a quello di molte terapie mediche comuni, e di molto inferiore alla soglia di \$ 50.000, utilizzata per giudicare favorevole il rapporto costo-efficacia.

#### 4. Un esempio pratico: il manuale del National Institute of Health

T. Brian *et al.* (1999), sviluppano e pubblicano un manuale pratico dal titolo *Measuring and improving costs, cost-effectiveness, and cost-benefit for substance abuse treatment programs* che ha lo scopo di aiutare a raccogliere dati per la misurazione dei costi e del rapporto costo-beneficio ad uso dei programmi di trattamento per le dipendenze.

Cioè, come trovare i costi per procedura per paziente per mese (o trimestre), come raccogliere i dati relativi al paziente, l'efficacia della procedura (tramite i progressi del paziente) e trasformare le misure di efficacia in misure di beneficio economico.

Si riporta un riassunto esplicativo di quanto contenuto nel manuale (disponibile integralmente in inglese).

## 4.1. Introduzione

### **Perché analizzare i costi e i benefici:**

- aiuta il reperimento dei fondi di finanziamento;
- è più difficile interrompere un finanziamento se i programmi sono dimostrati essere efficaci e se esiste un sistema di *report* veritiero e preciso;
- in alcuni casi fa parte delle procedure richieste per i finanziamenti;
- è efficace dimostrare il beneficio per la comunità nel ridurre l'impatto sui servizi sanitari di giustizia, ecc.; molto efficace dimostrare il risparmio sull'utilizzo di servizi alla salute, ecc.

### **Terminologia**

**Cost Analysis:** descrizione del tipo e della quantità delle risorse utilizzate per produrre i servizi di trattamento all'abuso di sostanze.

Può essere calcolato per paziente o per paziente per mese.

**Cost-Effectiveness Analysis:** la relazione tra i costi di un programma (misurata in soldi) e la sua efficacia, cioè l'esito del paziente (misurato in termini di cambiamento del comportamento, pensiero, sentimenti o biologici del paziente).

**Cost-Benefit Analysis:** la misura dei costi e degli esiti in termini monetari (cioè aumento dei giorni di lavoro legale, diminuzione dell'assenteismo, oppure riduzione della fornitura di buoni pasto o in generale di servizi sanitari).

Può essere riportata in molti modi:

- beneficio netto (beneficio meno i costi);
- rapporto costo-benefici: benefici diviso i costi;
- spesso è meglio riportare l'investimento iniziale, il beneficio netto e il rapporto;
- i tempi di ritorno dell'investimento (i tempi in cui i benefici del programma ammortizzano i costi);
- valore attuale dei benefici (aggiustamento dei benefici in relazione al ritardo rispetto all'investimento) (C.J. Bradley *et al.*, 1994, M.T. French *et al.*, 1994, 1996, T.F. Nas, 1996, R.T. Yates, 1980, 1995, 1996).

## 4.2. Procedure, Processi ed Esito

La tabella 1 mostra le principali relazioni tra processi, procedure ed esito.

In sintesi, le principali procedure utilizzate nel fornire trattamenti per pazienti con abuso di sostanze sono:

- counseling individuale;
- counseling di gruppo;
- agopuntura;
- farmacoterapia;
- educazione sanitaria (virus hiv, ecc.);
- counseling lavorativo.

Dividere il programma in procedure specifiche è uno dei passi fondamentali dell'analisi costi-efficacia (n. di procedure consigliato: da 4 a 15).

Opportuno definire le procedure, utilizzando una terminologia comune e condivisibile, in uso anche al di fuori del programma.

**Tab. 1 - Detailed CPPOA model**

<b>Costs (values of resources used)</b>	<b>Program Procedures</b>	<b>Psychosocial Processes</b>	<b>Other Processes Related to:</b>	<b>Interim Outcomes</b>	<b>Long-Term Outcomes</b>
<b>Temporal</b>	<b>Individual therapy</b>	<b>Skill acquisition</b>	<b>Client characteristics</b>	<b>Relations with</b>	<b>Continuation of interim outcomes</b>
Direct service	With therapist	Self-control	Age	Peers	
- Paid	Medical	Social	Gender	Children	
- Volunteer		Job-seeking	Race	Spouse/mate	<b>Cost savings in</b>
<b>Administrative</b>	<b>Group therapy</b>	Vocational	Prior treatment	Relatives	<b>Health services</b>
Other indirect	Women's	Relapse prevention	Employment	Employer	<b>Mental health service</b>
MIS	Men's		Physically challenged	Others	<b>Welfare</b>
	Prevocational	<b>Expectancies</b>	Medical complications	<b>Employment</b>	<b>Employee</b>
<b>Material</b>	Relapse prevention	Self-efficacy	Psychological complications	<b>Independent living</b>	<b>Assistance</b>
Equipment		Outcome			<b>Program operation</b>
- Direct service	<b>Education</b>	Compliance		<b>Cessation of substance abuse</b>	<b>Training of new employees</b>
- Indirect	Drug abuse	Difficulty of treatment	<b>Therapist characteristics</b>	Preferred drug	<b>Benefits accrued</b>
<b>Supplies</b>	Health and nutrition		Training	Other drugs	<b>Tax revenues</b>
- Medicines		<b>Relationships and social support</b>	Experience		<b>Positive modeling for others</b>
- Psychometric tests	<b>Referrals</b>	Therapist	History	<b>HIV transmission behaviors</b>	<b>(Prevention)</b>
- Office supplies	Health	Family	Age		<b>Improved family and social climate</b>
	Social services	Peers	Gender	<b>Physical health</b>	
<b>Spatial</b>	Legal aid	Employers	Race		
Direct service	Vocational	Spouse/mate			
Administrative		Others	<b>Addiction physiology</b>	<b>Mental health</b>	
Other indirect	<b>Extra-program</b>				
<b>Transportation</b>					
<b>Communications</b>					
<b>Financing</b>					

## Processi

I processi più importanti che vanno misurati sono quelli ritenuti cruciali nel determinare l'esito del programma.

## Disturbi psicologici

Sono affrontati in molti programmi per l'abuso di sostanze e possono moderare l'impatto del trattamento.

Disturbi più frequenti: D P Antisociale, fobie, disfunzioni psicosessuali, depressione maggiore, distimia.

## Links tra procedure e processi

Il prossimo passo è quello di stabilire la relazione specifica tra le procedure di trattamento e i processi che esse devono incoraggiare o scoraggiare.

Ad esempio, come proposto nella tabella 2.

Misurare l'impatto delle procedure di trattamento è la chiave per analizzare e migliorare il rapporto costo-efficacia e costo-beneficio, anche se capire quali sono gli esiti di successo in un programma di trattamento per abuso di sostanze dipende in gran parte dalle basi teoriche di un approccio terapeutico.

## Misure oggettive di efficacia

- Misure biologiche di utilizzo di sostanze: analisi delle urine, sangue, respiro, capelli.
- Misure biologiche di infezioni correlate: test HIV, epatite, STD.
- Atti criminali, arresti.

## Misure soggettive di efficacia

- Self-report sull'uso di sostanze.
- Self-report sull'uso di alcool e tabacco.
- Produttività sul lavoro.
- Ansia, depressione.
- Funzionamento del paziente nelle aree familiare, sociale, occupazionale, scolastico.
- Salute fisica.
- Benessere psicologico.

## Benefici

Benefici economici oggettivi:

- RegISTRAZIONI finanziarie da conti, fondi, agenzie fiscali eseguite prima, durante e dopo trattamento.
- RegISTRAZIONI di contributi welfare eseguite prima, durante, dopo il trattamento.
- RegISTRAZIONI di utilizzo di servizi prima, durante e dopo il trattamento.
- Fondi spesi per arresti, condanne e altre interazioni del paziente con la giustizia.

## Links tra processi ed esito

Un esempio di come i processi possano essere collegati agli esiti, ai fini di una miglior definizione analitica dell'efficacia del programma, è riportato alla tabella 3.

## Esiti

Alcuni esiti possono precederne altri ed essere considerati intermedi, come la *compliance*, la frequenza quotidiana alla terapia metadonica, l'occupazione, ecc.

Sono importanti, ma considerati intermedi, se assumiamo che l'esito finale del trattamento debba essere l'astensione dall'uso di sostanze.

Si consiglia l'uso di fogli elettronici per la gestione di tutte le tabelle di dati. Esempi di tali fogli sono riportate nel manuale (tabelle allegate).

## 4.3. I costi

Costo: "La spesa di qualcosa, come tempo o lavoro, necessaria per ottenere un risultato".

## Misura dei costi

### Categorie base di costo

- Personale addetto al trattamento (consulenti, medici, infermieri, ecc.).
- Amministrativi e personale d'ufficio (dirigenti, risorse umane, ecc.).
- Spazio.
- Strumentazione.
- Trasposti.
- Servizi di comunicazione (telefoni, posta, e-mail).
- Servizi a terzi (test sulle urine, sicurezza, contabilità, ecc.).
- Assicurazioni e finanzia.

Tab. 2

Procedures	Processes			Bonding		
	Self-efficacy expectancies	Relapse prevention	Skill acquisition Support access	Service access	With addicts and ex-offenders	With counselors
Group counselling	33%				33%	33%
Relapse prevention	20%	20%	20%		20%	20%
Individual counselling	50%					50%
Case management				75%	12,5%	12,5%

Tab. 3

Procedures	Processes					
	Self-efficacy expectancies	Relapse prevention	Skill acquisition Support access	Service access	Bonding With addicts and ex-offenders	With counselors
Drug Free (complete abstinence)	40%	100%	25%		32%	10%
Stable Employment	20%		25%	80%	4%	40%
Crime Free (avoidance of all criminal behavior)	40%		25%		32%	10%
Compliance with probation and parole			25%	20%	32%	40%

### **Risorse non pagate e costi indiretti**

Il lavoro di volontari, servizi gratuiti, spazi condivisi con altri programmi, strumentazione donata, ecc. Tutto ciò deve essere incluso in una descrizione completa dei costi del programma.

### **Il costo per paziente**

Per valutare adeguatamente un programma è necessario considerare il costo a livello del singolo paziente, piuttosto che il costo del programma nel suo complesso: se il focus del programma è il trattamento delle sostanze d'abuso, il focus principale della misurazione dovrebbe essere puntato sul soggetto abusatore di sostanze.

Un approccio molto semplice suggerisce di dividere il costo totale del programma in un periodo stabilito per il numero di soggetti che il programma ha trattato in quello stesso periodo.

Il problema è che non tutti i pazienti hanno usufruito delle stesse risorse durante il loro trattamento, inoltre anche l'esito del trattamento cambia, in relazione al variare delle risorse impiegate.

Perciò se si vuole analizzare accuratamente la relazione tra costo-efficacia e costo-beneficio, sia i costi che i benefici che l'efficacia devono essere considerati separatamente per ogni paziente.

Non è consigliabile utilizzare stime sui costi dei trattamenti elaborati da altri (costi standardizzati).

### **4.4. Raccogliere i dati sui costi**

Il personale di solito contribuisce per la maggior parte dei costi. Due compiti basilari:

- Misurare i costi dei servizi forniti direttamente al paziente (servizi diretti).
- Dividere tra i pazienti i costi delle risorse di trattamento che non sono utilizzate direttamente dai pazienti, ma che non sono direttamente necessarie al programma (costi indiretti).

### **Personale addetto ai servizi diretti**

Comprende il tempo speso nel contatto diretto con il paziente (ad es. durante una seduta di counseling) o nello svolgere altre mansioni per il paziente (ad es., telefonate che lo riguardano o sedute di supervisione sul suo caso).

Questi dati vanno raccolti in termini di ore, poi tramutare in denaro; ogni membro dello staff deve segnare su un foglio-agenda il tempo speso per paziente per attività.

### **Altri servizi diretti**

Sono procedure inerenti quel paziente ma non considerate "trattamento": accoglienza, screening, test psicologici. Non sono direttamente correlate all'esito.

### **Servizi indiretti**

Partecipazione a formazione, incontri, seminari, ecc. da parte del personale addetto ai servizi diretti.

### **Personale addetto ai servizi indiretti**

Il tempo speso dal personale in attività collegate al programma ma non direttamente correlate al trattamento del singolo paziente deve comunque essere compreso nel costo di trattamento del paziente: riunioni d'équipe, procedure relative alla raccolta delle urine, ecc. attività di ricevimento dei pazienti.

### **Altri costi**

#### **Spazio**

Costi relativi agli spazi di lavoro.

Piuttosto che dividere il costo complessivo per il numero dei pazienti che usufruiscono dello spazio, è molto meglio calcolare il tempo di utilizzo di uno spazio (ad es., lo studio di un professionista) da parte di un singolo paziente per una certa attività.

#### **Altre risorse**

Non sono egualmente distribuite tra i pazienti: ad esempio alcuni hanno bisogno di un maggior numero di esami

delle urine, rispetto ad altri, oppure maggior utilizzo di strumenti di comunicazione.

Va valutato pertanto in che modo calcolare i costi.

Il manuale consiglia poi l'uso di moduli di rilevazione dei dati richiesti.

Le informazioni che devono essere raccolte sono:

- Date e tempo di fornitura di una prestazione.
- Il paziente che ha ricevuto la prestazione.
- Il professionista (o l'operatore) che ha fornito la prestazione.
- La natura della prestazione (cioè, la procedura).
- L'ammontare delle risorse utilizzate per produrre la prestazione.

Un esempio è riportato alla tabella 4.

Meglio utilizzare fogli elettronici e formare adeguatamente il personale all'uso.

Il manuale consiglia anche alcune strategie per migliorare l'esecuzione del compito da parte del personale (assegnare delle *deadline* giornaliere, nominare qualcuno addetto alla qualità del dato, ecc.)

#### 4.5. Trovare il costo per risorsa per procedura per paziente

Prima tappa è determinare il periodo per cui condurre l'analisi; un mese ad esempio è spesso sufficiente.

Attraverso l'uso di fogli elettronici è più semplice trasformare il tempo in costi e distribuire i costi indiretti sui pazienti. Il manuale fornisce diversi esempi di fogli elettronici da utilizzare e procedure utili per dividere il tempo degli operatori per i vari pazienti per ogni singola procedura, sia di carattere singolo, che di gruppo.

La procedura è la seguente: creare un foglio elettronico per il computo delle risorse, poi bisogna creare un foglio elettronico sul costo unitario delle risorse, che indichi cioè il costo orario di ogni membro dello staff per ogni procedura prodotta per ogni paziente o per ogni attività indiretta.

Le frazioni di costo per il personale salariato ad esempio può essere calcolato, sia per le attività dirette che per quelle indirette tramite la seguente procedura.

1. **Multiply the number of workdays per week (e.g., 5) by 52 (the number of weeks in a year) to obtain the total workdays per year.**  
*Example: 5 days × 52 weeks = 260 workdays per year*

2. **From the total workdays per year, subtract the number of days allowed for leave, vacation, and other nonworking activity (e.g., 25).**  
*Example: 260 workdays per year – 25 days leave/vacation = 235 workdays per year*
3. **Multiply the workdays per year by the work hours per day to obtain the total hours worked per year.**  
*Example: 235 workdays × 8 work hours per day = 1.880 work hours per year*
4. **Add the annual fringe benefits to the annual salary.**  
*Example: \$ 40.000 annual salary + \$ 4.000 (10%) fringe benefits = \$ 44.000*
5. **Divide the total of salary and fringe benefits by the work hours per year to obtain the hourly rate.**  
*Example: \$ 44.000 ÷ 1.880 = \$ 23,40 per hour*

Una volta calcolata la paga oraria, essa può essere moltiplicata per il numero di ore impiegate per fornire le prestazioni dirette ai pazienti, utilizzando il terzo foglio elettronico: costo delle risorse.

#### Costo dello spazio

Utilizzando gli stessi fogli elettronici descritti per il personale, registrare il tempo in cui un singolo spazio è stato utilizzato per una singola procedura per paziente, calcolare il costo orario per ogni spazio, inserendo il costo dell'affitto o del leasing, costo di mantenimento, mobili e strumentazione d'ufficio (se non inclusi nel costo dell'affitto), risorse donate, costo per rinnovi (la stessa procedura vale ovviamente anche per i programmi residenziali o semi residenziali).

Si riporta un esempio della procedura:

1. **Find the total annual cost of the entire facility: lease payment or equivalent, utilities, maintenance, and pro rated furniture, equipment, and renovations.**  
*Example: \$ 18.000 (lease) + \$ 2.000 (utilities/maintenance) + \$ 1.800 (furniture, equipment, and renovations) = \$ 21.800 (total annual cost)*
2. **Determine the number of hours that the facility is open during the year: hours per day, days per year.**  
*Example: 16 (hours per day) × 7 (days per week) × 52 (weeks per year) – 2 (holidays) = 5.822 hours per year*
3. **Divide the total annual cost by the hours open per year to obtain cost per hour.**  
*Example: \$ 21.800 (total cost) ÷ 5.822 (hours) = \$ 3,74 per hour*

Volendo essere precisi, è opportuno tener presente che non tutti gli spazi di una struttura hanno lo stesso costo (diversa metratura per esempio).

Il passo finale è quello di calcolare il costo di ogni spazio per ogni procedura per ogni singolo paziente.

Tab. 4

Name:		Date:			
Time (hours)	Patient Code	Activity Code	Space Code	Direct Cost (code and amount)	Other

### Costi indiretti

Possono essere calcolati e raccolti semplicemente calcolando la frazione di risorse indirette utilizzate da ogni singolo paziente sulla base di una proporzione che tenga conto della frazione di risorse dirette utilizzate dallo stesso paziente.

### 4.6. Raccogliere i dati dei pazienti

Occorre raccogliere dati separatamente per ogni paziente sulle caratteristiche del paziente, tipo di esito raggiunto, procedure utilizzate e risorse impiegate, processi sociali, psicologici e biologici.

Prima del trattamento: data di nascita, sesso, provenienza etnica, stato occupazionale, stato civile, sostanze utilizzate, stato di salute fisica, gravità (ASI), problemi con la giustizia, data di inizio trattamento, trattamento prescritto, misure di processo (funzionamento mentale, danno neurologico, ansia e depressione, funzionamento generale, motivazione, strumenti da somministrare: SCID, MMPI-2, MCMI-II, SCL 90, IAP, ecc.).

Durante e dopo il trattamento: misure standard di efficacia: giorni di astinenza o di impiego legale, maturità emotiva, qualità relazionale (su una scala da 1 a 10), follow-up, includere i drop-out, magari collegando il costo alla ritenzione in trattamento quale indice intermedio di efficacia.

### 4.7. Trovare il rapporto costo-efficacia

Un'analisi corretta implica la moltiplicazione delle misure standard di esito per un peso che ne mostri l'importanza relativa (Yates *et al.*, 1979).

A tale scopo il manuale consiglia che ogni valutatore (o sperimentatore) dia un punteggio relativo ad ogni misura di esito (ad es., un punteggio di 8 per l'astinenza e di 4 per l'occupazione), poi si trova il peso relativo sulla base della media dei punteggi di ogni valutatore (es:  $8 + 4/2 = 6$ ,  $8/6 = 1,33$  per l'astinenza e  $4/6 = 0,67$  per l'occupazione); dopo di che basta fare una media dei punteggi ponderati di ogni valutatore per ogni misura di esito.

Indi si definisce per ogni paziente la percentuale di cambiamento per ogni misura (es.: 110% sui giorni di astinenza e 10% sull'occupazione) e di moltiplica questa percentuale per la media dei punteggi ponderati (es.:  $110 \times 1,29 = 141,9\%$ ;  $10 \times 0,71 = 7,1\%$ ).

E se ne calcola la media ( $141,9 + 7,1 / 2 = 74,5\%$ ).

Infine si calcola la media per tutti i pazienti per quel programma.

Altra modalità è quella di confrontare le misure di esito prima e dopo il trattamento.

Ad esempio costruendo una **tabella di Newman** che mostra quanti pazienti hanno iniziato il trattamento ad un livello di funzionamento e l'hanno terminato ad un altro, come nell'esempio riportato nella tabella 5.

### Calcolare la quantità di procedure (procedure dose)

Se la procedura non è stata interamente completata dal paziente è possibile calcolare la quantità relativa di utilizzo utilizzando tabelle come la tabella 6.

Tab. 5

Pretreatment functioning	Posttreatment functioning		
	Poor	Ok	Great
Poor	11 (12%)	45 (50%)	9 (10%)
Ok	2 (2%)	5 (6%)	17 (19%)
Great	0	0	1 (1%)

Tab. 6

Patient	Procedure	Prescribed hours	Actual hours	Percent procedure implemented
A	Group counseling	10	9	90% (9÷10×100)
	Relapse prevention	10	6	60% (6÷10×100)
	Individual counseling	4	4	100% (9÷4×100)
	Case management	2	2	100% (2÷2×100)
B	Group counseling	10	11	110% (11÷10×100)
	Relapse prevention	5	3	60% (3÷5×100)
	Individual counseling	5	4	90% (5÷4×100)
	Case management	2	2	100% (2÷2×100)
Average	Group counseling	10 [(10+10)÷2]	10 [(9+11)÷2]	100% [(90%+100%)÷2]
	Relapse prevention	7,5 [(10+5)÷2]	4,5 [(6+3)÷2]	60% [(60%+60%)÷2]
	Individual counseling	4,5 [(4+5)÷2]	4 [(4+4)÷2]	95% [(199%+90%)÷2]
	Case management	2 [(2+2)÷2]	2 [(2+2)÷2]	100% [(100%+100%)÷2]

Oltre al tempo, anche i costi possono essere utilizzati in tabelle simili per calcolare la quantità di procedure utilizzata.

### Mettere in relazione i costi agli esiti

Tramite l'uso di grafici (quelli di Excel ad es.) è facile costruire relazioni lineari tra i costi e gli esiti di un programma.

Di solito gli esiti (variabile di primario interesse) sono sull'asse verticale, mentre i costi (variabile che determina la variabile di primario interesse) sull'asse orizzontale.

I dati possono avere origine da una tabella di questo tipo:

<i>Patient</i>	<i>Costs of treatment for February</i>	<i>Drug-free days in February</i>
A	\$ 512	23
B	\$ 716	19
C	\$ 632	20
ecc.		

O di questo tipo (tavola di Newman):

<i>Pretreatment functioning</i>	<i>Posttreatment functioning</i>		
	<i>Poor</i>	<i>Ok</i>	<i>Great</i>
<b>Poor</b>	11 (\$ 798)	45 (\$ 643)	9 (\$ 890)
<b>Ok</b>	2 (\$ 152)	5 (\$ 672)	17 (\$ 801)
<b>Great</b>	0	0	1 (\$ 139)

#### **Rapporti costo-esito a livello del paziente**

A livello del paziente un rapporto tra costi ed esito può essere calcolato dividendo il costo totale del trattamento per quel paziente per una o più misure di esito (es.: costo per un mese di trattamento = 80 €, cambiamento in giorni drug free = 110%, 80/110 = costo per percentuale di cambiamento = 0,73 € al mese).

Questo rapporto può anche essere calcolato per tutto il periodo del trattamento e può essere prodotta una media per tutti i pazienti.

Un altro rapporto a livello del paziente può essere calcolato dividendo il valore totale dei comportamenti criminali e dei servizi sociali evitati per il costo del trattamento per un periodo (es.: costi evitati = 160 €, costo del trattamento = 80 €, rapporto costo-beneficio = 2,0).

#### **Rapporti costo-esito a livello del programma**

Chiaro che la media dei rapporti di tutti i pazienti è una misura del rapporto costo-efficacia del programma, ma a volte, a causa di pazienti che vanno particolarmente bene o particolarmente male, è meglio utilizzare altre misure come la mediana o la moda.

Oppure si può calcolare il costo totale di un programma dividendo poi per una o più misure di outcome.

Comunque, in generale, un rapporto costo-esito è più accurato e più rappresentativo del funzionamento del programma se è calcolato per i singoli pazienti e poi ne viene fatta la media per tutti i pazienti.

Inoltre, un'analisi accurata costo-efficacia dovrebbe comprendere informazioni sulle procedure utilizzate e sui processi dei pazienti che intercorrono tra i costi e l'esito.

#### **4.8. Esplorare il rapporto costo-beneficio**

##### **Benefici del trattamento dell'abuso di sostanze Nuovi introiti**

Sono dovuti all'aumento della produttività e del livello occupazionale dei pazienti.

##### **Risparmi**

Comprendono:

- Fondi che altrimenti sarebbero stati spesi nel mercato illecito delle droghe.
- Servizi di giustizia criminali non richiesti ed utilizzati.
- Servizi sociali e sanitari non più utilizzati.

##### **Trasformare i risultati dell'efficacia in benefici**

È possibile farlo moltiplicando i dati d'efficacia per un valore di costo.

Il metodo più preciso è quello di verificare a livello locale il costo di ogni atto criminale, di ogni servizio pubblico utilizzato, e così via individualmente per ogni paziente.

Se ciò è impossibile si è obbligati ad utilizzare delle stime. Dopo di che basterebbe sottrarre i costi sostenuti dopo il trattamento a quelli sostenuti prima. Andrebbe tenuto conto che i costi variano da provincia a provincia e di anno in anno.

La tabella 7 mostra un esempio dei costi e dei potenziali risparmi ottenibili; non vuole essere completa.

#### **4.9. Confronto tra programmi e tra componenti del programma**

##### **Decidere tra programmi in base al rapporto costo-esito**

A questo scopo si tabellano gli esiti (righe) e i costi (colonne) in una tabella di Fishman, del tipo riportato in tab. 8.

Meglio naturalmente completare le tabelle con test statistici che ne garantiscano la veridicità. Inoltre, comunque la tabella lascia, come si vede, alcune incertezze.

##### **Rapporto costo-beneficio**

Deve essere rapportato alla quantità del finanziamento.

##### **Rapporto costo-efficacia**

Il costo per giornata drug-free ha molte caratteristiche utili: è una cosa concreta che molti comprendono e una misura che può indicare se:

- meno denaro è speso per ogni paziente;
- più pazienti sono astinenti per un giorno;
- un paziente è drug-free per più giorni.

Meglio il rapporto costo-beneficio o costo-efficacia?

Probabilmente il primo che dà risposte più nette e concrete e rende più facile la decisione, mostra le differenze dei programmi sulla base di una singola misura di esito.

La cosa migliore sarebbe quella di fare un'analisi costo-efficacia e costo-beneficio per ogni paziente e per ogni singola misura di efficacia.

Tab. 7

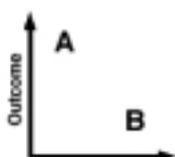
	<i>Effectiveness measure</i>	<i>Effectiveness-benefit transformation</i>	<i>Benefit measures</i>
<b>Possible Cost Savings</b>	Criminal acts not performed	Thefts at \$____/misdemeanor \$____/felony Assaults at \$____	Savings to potential victims due to income loss avoided, property not damaged or lost, and health and mental health services not needed
	Drugs not purchased	Opiates at \$____ to \$____/day Cocaine and crack at \$____/ to \$____/day Other at \$____ to \$____/day	Money not spent on drug purchases
	Criminal justice services not used	Arrests at \$____/arrest Jail at \$____/day Prosecution at \$____/day	Expense of criminal justice services avoided
	Drug treatment no longer needed	\$____ per patient per day for the mixture of treatments provided	Cost of drug treatment no longer needed
	Welfare payments not provided	\$____ per patient per day in welfare payments	Amount of welfare payments not provided
	Disability payments not made	\$____ per patient per day in disability payments	Size of disability payments not made
	Health services not used	Sum health care cost use for 6-12 months before treatment and 6-12 months after treatment	Cost of health services not used
<b>Possible Benefits Produced</b>	Employment (licit)		Income earned from licit sources
	Entrepreneurship (licit)		New income (profit) from enterprise
	Income taxes paid on licit income		Amount of Federal, State, and local taxes paid on licit income
	Increased productivity in an existing job		Increased profit for employer, company, and sole proprietorship

Tab. 8

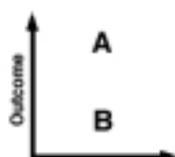
<i>Cost</i>	<i>Outcomes</i>		
	<i>A has better outcomes than B</i>	<i>A and B have similar outcomes</i>	<i>A has worse outcomes than B</i>
<i>A has lower costs than B</i>	Choose A	Choose A	Uncertain
<i>A and B have similar costs</i>	Choose A	Choose either	Choose B
<i>A has higher costs than B</i>	Uncertain	Choose B	Choose B

È utile alla comprensione la gestione di grafici di questo tipo:

**Graf. 1 - A is less costly and more effective or beneficial than B**



**Graf. 2 - For the same cost, A is more effective or beneficial than B**



## 5. Proposte di ricerche da condurre

Una eventuale sperimentazione dovrebbe analizzare:

- i trattamenti, scomposti nei processi e nelle procedure necessarie per attuarli, anche risalendo alle prestazioni che lo hanno composto;
- gli esiti dei trattamenti stessi, che andranno valutati secondo degli standard condivisi tra gli sperimentatori (con parere esperto);
- i costi dei trattamenti (personale, risorse, spazi, strumenti, spese di gestione e amministrative, ecc.);
- i benefici a cui il trattamento ha portato, ovvero i costi sociali che non ha evitato (disoccupazione, carcerazione, utilizzo di altri servizi sanitari per patologie correlate, ecc.).

I trattamenti (es.: buprenorfina verso metadone) o i programmi (es.: trattamento residenziale, verso territoriale integrato) possono essere confrontati tra loro o riferiti ad uno standard di costi che ne evidenzia il rapporto costo-efficacia e costo-beneficio; in entrambi i casi si propongono due possibilità:

- uno studio prospettico longitudinale, con arruolamento di nuovi pazienti (o rientri) e analisi *step by step* di costi ed esiti;

- uno studio retrospettivo con scelta *random* dei soggetti che hanno concluso il trattamento e/o il programma per tipo di trattamento condotto e valutazione di costi sostenuti, esito e benefici ottenuti dai soggetti.

Nella rilevazione dei dati andrebbero contemplate tutte le variabili riportate dal manuale del NIDA (variabili socio-anagrafiche, diagnosi psichiatrica e organica, situazione giudiziaria e lavorativa, ecc.).

Occorre poi confrontare, oltre che tra trattamenti, anche i riferimenti standard dei costi sociali della tossicodipendenza per un'analisi del rapporto costo-beneficio.

Una volta scelto il tipo di studio (prospettico o retrospettivo, *random* o no) e pensato alla accuratezza della raccolta dati, è possibile anche particolareggiare l'analisi (ad esempio, confronto di procedure differenti per programmi simili, ecc.) e creare una *cohort*e da seguire nel tempo fino al *follow-up* post trattamento.

L'equipe sperimentale dovrebbe essere composta dagli sperimentatori, da tecnici esperti in clinica delle dipendenze e da tecnici esperti in economia sanitaria e politiche dei servizi socio-sanitari.

## Bibliografia

- Alterman A.I., Langenbucher J., Morrison R.L. (2001), *State-level treatment outcome studies using administrative databases*, "Eval Rev", 25(2):162-83.
- Avants S.K., Margolin A., Sindelar J.L., Rounsaville B.J., Schottenfeld R., Stine S., Cooney N.L., Rosenheck R.A., Li S.H., Kosten T.R. (1999), *Day treatment versus enhanced standard methadone services for opioid-dependent patients: a comparison of clinical efficacy and cost*, "Am J Psychiatry", 156(1):27-33.
- Barnett P.G. (1999), *The cost-effectiveness of methadone maintenance as a health care intervention*, "Addiction", 94(4):479-88.
- Bradley C.J., French M.T., Rachal J.V. (1994), *Financing and cost of standard and enhanced methadone treatment*, "Journal of Substance Abuse Treatment", 2:433-442.
- Brian T., Lockwood D.D., Sailor K., Andrews M. et al. (1999), *Measuring and improving costs, cost-effectiveness, and cost-benefit for substance abuse treatment programs*. National Institute of Health.
- Coyle D., Godfrey C., Hardman G., Raistrick D. (1997), *Costing substance misuse services*, "Addiction", 92(8):1007-15.
- Finigan M. (1996), *Societal Outcomes and Cost Savings of Drug and Alcohol Treatment in the State of Oregon*. Report to the Office of Alcohol and Drug Abuse Programs, Oregon Department of Human Resources and the Governor's Council on Alcohol and Drug Abuse Programs.
- Fox K., Merrill J.C., Chang H.H., Califano J.A. Jr. (1995), *Estimating the costs of substance abuse to the Medicaid hospital care program*, "Am J Public Health", 85(1):48-54.
- French M.T., Salome H.J., Krupski A., McKay J.R., Donovan D.M., McLellan A.T., Durell J. (2000), *Benefit-cost analysis of residential and outpatient addiction treatment in the State of Washington*, "EvalRev", 24(6):609-34.
- French M.T., and Zarkin G.A. (1992), *Effects of drug abuse treatment on legal and illegal earnings*, "Contemporary Policy Issues", 10:98-110.
- French M.T., Bradley B., Calingaert B., Dennis, M.L., Karuntzos G.T. (1994), *Cost analysis of training and employment services in methadone treatment*, "Evaluation and Program Planning", 17:107-120.
- French M.T., Mauskopf J.A., Teague J.L., Roland E.J. (1996), *Estimating the dollar value of health outcomes from drug-abuse interventions*, "Med Care", 34(9):890-910.
- French M.T., Rachal J.V., Harwood H.J., and Hubbard R.L. (1990), *Does drug abuse treatment affect employment and earnings of clients?*, "Benefits", Quarterly, 6:58-67.

- Gerstein D.R., Johnson R.A., Harwood H., Fountain D., Suter N., and Malloy K. (1994), *Evaluating Recovery Services: The California Drug and Alcohol Treatment Assessment (CALDATA)*. Sacramento, CA: State of California, Health and Welfare Agency, Department of Alcohol and Drug Programs, Contract No. 92-00110.
- Gossop M., Strang J. (2000), *Price, cost and value of opiate detoxification treatments. Reanalysis of data from two randomised trials*, "Br J Psychiatry", 177:262-6.
- Healey A., Knapp M., Astin J., Gossop M., Marsden J., Stewart D., Lehmann P., Godfrey C. (1998), *Economic burden of drug dependency. Social costs incurred by drug users at intake to the National Treatment Outcome Research Study*, "Br J Psychiatry", 173:160-5.
- Hubbard R.L., French M.T. (1991), *New perspectives on the benefit-cost and cost-effectiveness of drug abuse treatment*. In: Cartwright W.S., and Kaple J.M. (eds.), *Economic Costs, Cost-Effectiveness, Financing, and Community-Based Drug Treatment*. Research Monograph 113, DHHS Pub. No. (ADM)91-1823. Rockville, MD, National Institute on Drug Abuse, pp. 94-113.
- Jones K., Vischi T. (1979), *Impact of alcohol, drug abuse, and mental health treatment on medical care utilization*, "Medical Care" [Special Suppl].
- Kopp P., Rumeau-Pichon C., Le Pen C. (2000), *The financial impact of maintenance treatment in heroin addictive behavior: the case of Subutex*, "Rev Epidemiol Sante Publique", 48(3):256-70.
- Langenbucher J.W., McCrady B.S., Brick J., Esterly R. (1993), *Socio-economic Evaluations of Addictions Treatment: Prepared for the President's Commission on Model State Drug Laws*. Piscataway, NJ, Rutgers University.
- Leshner A.I. (1999), *Why should we treat addicts anyway?*, NIDA Note, National Institute on drug Abuse.
- Lucchini A. (a cura di) (2002), *L'uso della buprenorfina nel trattamento della tossicodipendenza. Due anni di esperienza nei Ser.T*, Angeli, Milano.
- Luchansky B., Brown M., Longhi D., Stark K., Krupski A. (2000), *Chemical dependency treatment and employment outcomes: results from the 'ADATSA' program in Washington State*, "Drug Alcohol Depend", 60(2):151-9.
- Mark T.L., Woody G.E., Juday T., Kleber H.D. (2001), *The economic costs of heroin addiction in the United States*, "Drug Alcohol Depend", 61(2):195-206.
- Nas T.F. (1996), *Cost-Benefit Analysis: Theory and Application*. Thousand Oaks, CA, Sage.
- NIDA Infobox (1999), *Costs to society*, National Institute on drug Abuse.
- Oggins J., Gwydish J., Delucchi K. (2001), *Gender differences in income after substance abuse treatment*, "J Subst Abuse Treat", 20(3):215-24.
- Rajkumar A.S., French M.T. (1996), *Drug Abuse, Crime Costs, and the Economic Benefits of Treatment*. Unpublished manuscript, University of Maryland.
- Rosenheck R., Kosten T. (2001), *Buprenorphine for opiate addiction: potential economic impact*, "Drug Alcohol Depend", 63(3):253-62.
- Single E., Robson L., Xie X., Rehm J. (1998), *The economic costs of alcohol, tobacco and illicit drugs in Canada, 1992*, "Addiction", 93(7):991-1006.
- Wall R., Rehm J., Fischer B., Brands B., Gliksman L., Stewart J., Medved W., Blake J. (2000), *Social costs of untreated opioid dependence*, "J Urban Health", 77(4):688-722.
- Weisner C., Mertens J., Parthasarathy S., Moore C., Hunkeler E.M., Hu T., Selby J.V. (2000), *The outcome and cost of alcohol and drug treatment in an HMO: day hospital versus traditional outpatient regimens*, "Health Serv Res", 35(4):791-812.
- White House office of National Drug Control Policy (1996), *1995 Drug Control Strategy*, Washington D.C.
- Xie X., Rehm J., Single E., Robson L., Paul J. (1998), *The economic costs of illicit drug use in Ontario, 1992*, "Health Econ", 7(1):81-5.
- Yates B.T. (1996), *Analyzing Costs, Procedures, Processes, and Outcomes in Human Services*, Thousand Oaks, CA, Sage.
- Yates B.T. (1995), *Cost-effectiveness analysis, cost-benefit analysis, and beyond: Evolving models for the scientist-manager-practitioner*, "Clinical Psychology: Science and Practice", 2:385-398.
- Yates B.T. (1980), *Improving Effectiveness and Reducing Costs in Mental Health*, Springfield, IL, Charles C. Thomas.
- Zaric G.S., Barnett P.G., Brandeau M.L. (2000), *HIV transmission and the cost-effectiveness of methadone maintenance*, "Am J Public Health", 90(7):1100-11.



IMMAGINI DAL 1° CONGRESSO NAZIONALE DI Fe Der Ser D







## E... se questo "444" l'avesse scritto la sinistra?

Ma quando mai le dipendenze smetteranno di essere argomento da prima pagina!

È quasi un'invocazione questa perché ancora una volta le problematiche legate al mondo della "droga" sembrano essere strumento utile per gestire il conflitto politico con l'attuale governo e così travolgere le necessità funzionali ed operative del nostro settore.

L'ultima impennata, dovuta alla pubblicazione del 444 (decreto del 14 giugno 2002 pubblicato il 25 giugno sulla GU n. 147), ci chiama ad approfondirne i contenuti ed a valutare con occhio critico le dinamiche che questo provvedimento normativo sta generando sui territori con lo scopo prioritario di difendere il nostro lavoro ed i bisogni veri delle persone che quotidianamente incontriamo.

Il "nuovo 444" è un provvedimento non giusto per l'iter che ha seguito, non c'è stata consultazione, condivisione, nemmeno quella istituzionale e dovuta; non c'è correlazione con la normativa vigente che regola ruoli e competenze dei servizi pubblici (vedi requisiti del "capo" del dipartimento) e privati (vedi partecipazione delle associazioni dei familiari), non è sostenuto dalle necessarie risorse finanziarie... difficile quindi trovare strumenti per poter seriamente valutare l'applicabilità dell'intervento.

Detto questo non possiamo però nascondere l'evidenza che i contenuti di questo decreto sono perfettamente in linea con le riflessioni che in questi ultimi anni abbiamo condiviso con gran parte delle istituzioni e dei servizi pubblici del nostro settore.

Abbiamo lavorato sui territori ed a livello nazionale per costruire le fondamenta, anche normative, che potessero sostenere la stabilizzazione di un sistema dei servizi (pubblici e privati) specializzato, complesso, flessibile ed integrato.

C'erano i provvedimenti normativi a livello nazionale (decreto legislativo n. 229, atto d'intesa, atto d'indirizzo, legge n. 328 e piani di zona), a noi il mandato, in funzione dei ruoli ricoperti, di applicare o fare pressione perché questo avvenisse.

Perché quindi questa alzata di scudi contro tutto e contro tutti, perché invocare il Titolo V per non applicare le scelte condivise, perché chiudersi nel ritorno ad una ormai superata "statalizzazione sanitaria" del servizio che, forte del potere decisionale dato dalla gestione del budget, depenna la pressa coprogettazione relegando il privato, prossimamente accreditato, al ruolo di "fornitore di prestazioni"?

Vogliamo qui ribadire la nostra posizione in maniera forte ed anche, pur nel rispetto del recepimento delle normative e della variabilità del fenomeno, immutata.

- Siamo quanto mai favorevoli ad accogliere ed attuare con impegno i provvedimenti che favoriscono il sistema degli accreditamenti; reputiamo questa impostazione necessaria a garantire la correttezza e professionalità degli interventi, la leggibilità degli stessi a sicuro beneficio di chi li attua, di chi ne usufruisce, di chi deve controllare.
- Siamo consapevoli che questa nuova organizzazione, nel quantificare e regolare le prestazioni, può minare la acquisita integrazione per virare la nostra reciprocità verso un rapporto orientato allo scambio commerciale (acquirenti-fornitori). Riteniamo ci siano le condizioni per non essere subalterni a questa lettura ricercando opzioni che affrontino gli eventuali conflitti di interesse pur nel rispetto di una corretta articolazione dei poteri.
- Riteniamo indispensabile mantenere la continuità di un rapporto di pari dignità ed integrazione agita prioritaria-

mente in luoghi istituzionali di incontro (dipartimenti o altro) che, superando funzioni di sola consultazione, garantiscano la possibilità di partecipare alla definizione delle politiche sociali e sanitarie in un tema così diffuso com'è quello dell'utilizzo di sostanze.

- Proponiamo di essere insieme in questi luoghi per sostenere con lucidità l'esigenza di ancorare le politiche di programmazione delle risposte e degli interventi ad un'attenta e condivisa analisi dei bisogni, alla conoscenza delle risorse utilizzate ed utilizzabili dal sistema tutto (pubblico e privato), alla valutazione degli esiti di quanto si è precedentemente attuato.
- Non ci riconosciamo in coloro che identificano la pari dignità nella possibilità di poter coordinare il previsto dipartimento. Crediamo che questo ruolo debba essere assegnato a chi possiede l'adeguata professionalità, caratteristica indipendente dal tipo di organizzazione di appartenenza, ed a chi è in grado di garantire caratteristiche di terzietà che possano permettere di esercitare il ruolo richiesto di "funzione pubblica".
- Ci sembra per ora inopportuno proporci per sostituire coloro che hanno il diritto-dovere di certificare la condizione di dipendenza. Ci sono professioni e funzioni che ne hanno la responsabilità, altri potrebbero essere delegati a questo da appositi provvedimenti di competenza regionale; riserviamo il nostro interesse e le nostre competenze alla costruzione successiva dei percorsi.
- Identifichiamo la necessità di impiantare un sistema organizzato che veda parimenti attori, nell'identificazione del percorso più idoneo, l'inviante, l'utente, il responsabile del luogo di cura. Crediamo di poter sostenere l'ipotesi che dà validità alla già sperimentata metodologia del consenso informato più che ampliare fin da subito la possibilità della libera scelta del luogo di cura.
- Contrastiamo con decisione il riciclaggio di antiche proposte di semplificazione nella lettura del fenomeno ed identificazione delle risposte (o meglio della risposta). Ribadiamo il concetto di "complessità" inteso come approccio complessivo nella filosofia degli interventi, nella strutturazione organizzativa dei servizi, nell'individuazione delle risorse da mettere in campo.
- Siamo orientati verso un sistema delle differenze che mira ad una piena individualizzazione degli interventi caratterizzati da specializzazione, da una forte interazione intra ed interistituzionale per essere sempre più attenti ed adeguati alle effettive necessità delle persone di cui dobbiamo e vogliamo occuparci.
- Pur condividendo la necessità di una attenta valutazione delle risorse economiche (importanza del budget) riconosciamo nei bisogni e nelle necessità delle persona una esplicitazione di diritti: la variabile nella esigibilità degli stessi è data dal come dare risposte e non dal se darle queste risposte.

Frutto di queste premesse è la nostra proposta che vuole rilanciare un *nuovo patto di reciprocità*.

Un patto forte e regolato fra i servizi che operano nel settore ma aperto anche a partecipazioni altre, in primis quella dei cittadini, compresi i giovani e gli utenti, così come giustamente richiede l'evoluzione del fenomeno.

Solo questa scelta determinata e condivisa potrà superare l'opzione, voluta da alcuni e temuta da altri, della *concorrenzialità fra i servizi* che sicuramente non garantisce l'esigibilità certa dei diritti sociali e sanitari di chi è in condizione di vera necessità. ☞

*Teresa Marzocchi*  
Dirigente Nazionale, Coordinamento Nazionale  
delle Comunità di Accoglienza - CNCA

*Nuovo Patto Federativo ai sensi dello statuto.*

*La Società Italiana Infermieri delle Dipendenze e Patologie Correlate - SIDeC, costituitasi nel maggio 2002, e che già raccoglie un discreto numero di iscritti, ha aderito a Fe Der Ser D con un patto federativo.*

*L'Assemblea nazionale di Fe Der Ser D ha ratificato questo Patto durante il Congresso di Cernobbio.*

*La Presidente Marcellina Bianco ha partecipato ai lavori della Assemblea nazionale di Fe Der Ser D.*

*Con una dichiarazione scritta la SIDeC ha aderito al nostro statuto poiché "Fe Der Ser D cerca di raggiungere obiettivi che sono simili a quelli della nostra Società. Il Direttivo nazionale SIDeC ha approvato tale richiesta all'unanimità nella riunione tenutasi ad Ivrea il 5 ottobre 2002".*

*La collaborazione è stata subito attiva e qualificata: durante il Congresso nazionale di Cernobbio quattro professionisti aderenti alla SIDeC hanno avuto ruoli di relatori in sessioni della importante assise.*

*Riteniamo fondamentale che Società monoprofessionali diano un contributo specifico e per questo prezioso alla elaborazione e attività di una Federazione complessa e articolata come Fe Der Ser D.*

## SIDeC Società Italiana Infermieri delle Dipendenze e Patologie Correlate

**Si tratta di una Associazione senza scopo di lucro, che si propone di promuovere, nell'ambito della professione infermieristica, una visione scientifica del problema delle dipendenze patologiche da sostanze e/o comportamenti, finalizzata a sviluppare un migliore approccio professionale a tali problemi e stimolare una maggiore consapevolezza sociale.**

**Le attività in tal senso saranno:**

- la promozione e la collaborazione di ricerche nello specifico professionale ed interdisciplinare relativo alle discipline di natura bio-psico-sociale nei riguardi del nursing delle dipendenze patologiche da sostanze e/o comportamenti e dei loro trattamenti;
- lo sviluppo di approcci e strumenti professionali diversificati e mirati alla presa in carico globale delle persone con problemi di dipendenza e della sua rete di relazioni affettive e sociali;

- il miglioramento e lo sviluppo di tecniche e prestazioni rilevanti nell'assistenza alla persona con problemi di dipendenza;
- la promozione di ricerche sociali e giuridiche nel campo dell'abuso di sostanze e sulle dipendenze comportamentali e relative implicazioni medico-legali nell'attività professionale infermieristica;
- la promozione di un'informazione corretta a tutti i livelli e di una più adeguata formazione professionale nel campo dell'abuso di sostanze, delle tossicodipendenze e delle dipendenze comportamentali, tramite una rivista, contatti e scambi culturali, organizzazione di simposi e corsi di aggiornamento regionali e nazionali;
- la promozione di una presa di contatto con le Istituzioni regionali e nazionali di carattere politico, per sostenere la necessità di una coerenza fra gli aspetti scientifici, assistenziali, le politiche sociali e sanitarie e le scelte legislative, in particolare per quanto concerne l'attività professionale infermieristica. ✍

Presidente della Società è Marcellina Bianco, che opera in un SerT torinese.

Per saperne di più e per contatti:  
[sidec@hotmail.com](mailto:sidec@hotmail.com) o chiamare: 333/6976845

### NOTIZIE IN BREVE

#### WORKSHOP PRINCIPI DI BUON USO DEL METADONE

Fe Der Ser D organizza, in collaborazione con Molteni farmaceutici, una serie di Workshop sul buon uso del metadone. L'iniziativa è rivolta inizialmente a medici dei servizi, in numero di 30-40 per workshop, e si realizzerà in dieci edizioni, nelle Regioni Lazio, Campania, Calabria, Abruzzo, Basilicata, Puglia, Sicilia. Gli incontri prevedono due relazioni di esperti nazionali in mattinata, centrate sugli aspetti normativi, medico legali e gestionali nell'uso del metadone la prima e sull'aggiornamento della letteratura scientifica e principi di buon uso la seconda. La mattinata si conclude con un dibattito/confronto tra i presenti. Dopo la colazione di lavoro si formeranno due gruppi di lavoro con i due esperti su casi clinici e situazioni organizzative. Infine dibattito e conclusioni in plenaria.

L'accreditamento ECM è a cura di Fe Der Ser D.

La prima iniziativa è a Roma, presso la sede del Centro Italiano di Solidarietà, via Appia Nuova n. 1561, il 13 dicembre, dalle ore 9.30 alle ore 16.30. Sei sono i crediti ECM assegnati (per il calendario consultare [www.federserd.it](http://www.federserd.it)).

#### LA BUPRENORFINA NEL TRATTAMENTO DELLA TOSSICODIPENDENZA DA OPIACEI. VALUTAZIONE E CONSIDERAZIONI SULL'ESPERIENZA DEI SER.T DELLA REGIONE LAZIO

Si è tenuto a Roma, il 22 novembre, un interessante convegno promosso da Fe Der Ser D e dalla Azienda unità sanitaria locale Roma C.

L'evento, accreditato ECM, ha visto la partecipazione di 280 operatori.

L'utilizzo della buprenorfina è stato analizzato dal punto di vista biologico, psico sociale e nell'approccio multidisciplinare.

Animatore della giornata è stato Claudio Leonardi, direttore del Ser.T ASL RM C distretto XI.

*“La normalità – sottoposta ad analisi aggressive non meno che la diversità – rivela incrinature, crepe, deficienze, ritardi funzionali, intermittenze, anomalie. Tutto diventa eccezione e il bisogno della norma allontanato dalla porta, si riaffaccia ancora più temibile alla finestra. Si finisce così per rafforzarlo come un virus reso invulnerabile dalle cure per sopprimerlo. Non è negando le differenze che lo si combatte, ma modificando l’immagine della norma” (G. Pontiggia, Nati due volte, Mondadori, p. 41).*

## Dimensioni antropologiche e spirituali della tossicodipendenza

*Maurizio Fea\**

Può apparire controcorrente questo intervento sulle dimensioni antropologiche e spirituali, nel momento in cui si sta facendo un grosso sforzo da parte dei servizi e delle istituzioni da cui dipendiamo, di focalizzare l’attenzione sulla messa a punto di percorsi diagnostici e trattamentali, di definire linee guida e procedure che permettano una migliore standardizzazione degli interventi e quindi finalmente una loro valutabilità e valorizzazione per ciò che di efficace riescono a produrre sulla salute individuale e collettiva.

Paradossalmente io credo che proprio questa lodevole e finalmente avviata tendenza alla introduzione del metodo scientifico nel campo delle dipendenze, ci deve sollecitare a porre l’attenzione a questi aspetti generalmente negletti o presidiati soprattutto da coloro che pretendono di contrapporre il mondo dei valori al mondo della scienza.

Sono sostanzialmente due le ragioni che, a mio parere ci impongono di occuparci anche di questi aspetti:

- la prima è che noi ci occupiamo di persone che come tutti gli esseri umani, mettono al centro della loro vita la ricerca della felicità, facendolo però con modalità ritenute non appropriate, che in molti casi producono o aggravano patologia, generano miseria personale e sociale, creano allarme sociale. Dal punto di vista evoluzionistico l’adattamento ottimale viene considerato lo scopo che orienta le risposte dei substrati neurobiologici ai condizionamenti ambientali, perciò probabilmente la ricerca della felicità o di una condizione di benessere costituiscono le migliori risposte adattative che gli esseri umani possono produrre con le loro performances.
- La seconda è che benché siano poche le evidenze formalmente documentate e gli studi appropriati, tuttavia è sotto gli occhi di tutti il fatto che spesso i percorsi di cambiamento delle persone e i processi motivazionali, sono fortemente correlati ad eventi nella vita delle persone che hanno a che fare con aspetti spirituali, ovvero che attonano a quelle aree di vita impregnate di idealità.

Nessuna cosa in sé dà felicità o benessere, ma questi coincidono con un modo di condursi, sono frutto di *una attività*, conseguono dalla capacità di armonizzare insieme cose, uomini e circostanze, di rendere varia e nel contempo coerente la trama della vita. *Non sono dunque le cose a dare felicità, ma è l’uso che se ne fa, l’abitudine a fruirne senza diventare schiavi.*

\* *Psichiatra, Direttore del Dipartimento delle Dipendenze, ASL di Pavia. Direttivo Nazionale Fe Der Ser D*

Mi pare che questa affermazione si presti molto bene ad inquadrare gli aspetti antropologici del consumo di sostanze, nei suoi risvolti di desiderio e di impossibilità esistenziale.

Le categorie della clinica non sono sufficienti ad interpretare questa affermazione, se non per la capacità di discriminare tra uso, abuso e dipendenza, ma prima di tutto ciò c’è dell’altro.

Dobbiamo lasciarci interrogare da questa affermazione se non vogliamo semplicemente scotomizzare dal nostro orizzonte professionale con una operazione dia-bolica (dia-ballein separare, dividere, portare altrove) ciò che attiene ad una parte importante e determinante dell’agire umano.

Aristotele scrive che l’uomo ricerca la felicità quale suo ultimo fine e che pertanto essa costituisce un bene perfetto, ovvero è qualcosa che viene scelto di per sé e mai per qualche cosa d’altro (*Etica Nicomachea I(A), 7,1097 a-b Laterza*). È ovviamente impensabile anche solo accennare in questo spazio alla diversità, ricchezza e molteplicità di pensieri e teorie che filosofi, scrittori, pensatori di ogni genere hanno prodotto su questi concetti.

Non c’è materia, scienza o sapere che riguardi l’umanità e i suoi rapporti che non ponga tra i suoi scopi il benessere e la felicità e che ne dia una definizione, più o meno specifica, più o meno mutuata da altre scienze, da altri saperi.

Non tutti sono d’accordo nel considerare sinonimi felicità e benessere, anche se sono concetti che descrivono sentimenti e sensazioni dello stesso ordine esperienziale.

L’etimologia della parola felicità non allude tanto all’aleatorietà della condizione, quanto al sentimento di pienezza, di sovrabbondanza che la caratterizza.

Felicità deriva dalla radice indoeuropea *fe*, da cui il latino *felix*, che al pari di *ferax*, si attribuisce alla terra quando è ricca di messi, generosa di frutti.

*“Il termine felicità designa quindi una condizione della mente in cui si ha la percezione della propria illimitata espansione, fino ad uscire fuori da sé, a perdersi” (S. Natoli, La felicità di questa vita, Mondadori 2000).*

Tuttavia se il vissuto della felicità coincide con il sentimento della propria espansione, per espandersi è necessario che ci sia spazio non ancora occupato, ovvero che qualcosa manchi, che ci sia un vuoto che permette l’incremento.

I greci chiamavano la felicità *eudaimonia*, il buon demone o anche *eutychia*, la buona sorte, allo stesso modo il tedesco *gluck* significa insieme felicità e fortuna, così come l’inglese *happiness* deriva da *to happen*, accadere, alludendo in tal modo all’occasionalità e aleatorietà dell’essere felici.

La felicità quindi non può essere assimilata semplicemente ad un bicchiere sempre colmo, ma deve essere possibile

cogliere una differenza, una distanza tra il prima e il dopo, tra il presente ed il possibile futuro.

Questa è una delle ragioni che ci aiuta a comprendere l'impossibilità ontologica alla felicità del tossicomane, prigioniero del tempo presente, ma ci deve anche indurre a riflettere sulla importanza di includere e cercare di fare emergere nella relazione con il tossicodipendente il suo sistema di valori, la sua gerarchia di idealità.

È vero che spesso c'è la necessità di soddisfare bisogni primari e che ciò è prioritario nell'economia psichica di talune persone e di conseguenza diventa essenziale facilitare il loro soddisfacimento prima di poter affrontare aspetti più evoluti, tuttavia se e quando si riescono a soddisfare questi bisogni si aprono a volte delle possibilità inattese.

Ma sono davvero imprevedibili queste possibilità o semplicemente esse ci sono celate perché non siamo orientati a coglierle e con noi i nostri pazienti, inclusi in un sistema di relazioni anche quelle terapeutiche, che non danno spazio a queste possibilità?

*"La vita non è abbastanza grande per tenere insieme tutto quello che riesce ad immaginare il desiderio"* (Alessandro Baricco, *Oceano Mare*).

Un progetto di vita non viene disegnato prima a tavolino e poi realizzato; un progetto di vita nasce con alcune linee essenziali definite in parte dalle contingenze psicobiologiche che ci determinano come soggetti della nostra storia, ma il resto dipende da come sappiamo usare queste contingenze per imparare a muoverci ed a governare le circostanze e gli accadimenti, a diventare intimi a noi stessi ed ad altri.

In altri termini, il progetto della vita lo si disegna intanto che si costruisce ed i risultati della costruzione, ancorché provvisori, suggeriscono, orientano e talora definiscono ineluttabilmente, gli sviluppi del disegno prossimi e futuri.

È evidente che se nel progetto di una casa non sono previste porte e finestre, mano a mano che si procede nella costruzione diventa sempre più arduo e complesso trovare dei correttivi all'errore iniziale; occorrono interventi straordinari che non sempre si ha l'opportunità di fare.

Bandura chiama "incontri che metamorfosano l'esistenza" quelle situazioni che per i loro aspetti di imprevedibilità, di eccezionalità, di turbamento di equilibrio, di non programmabilità, concorrono a creare la topografia degli eventi significativi nella vita di una persona, e che nel caso di un tossicomane diventano particolarmente importanti perché possono essere occasioni determinanti sia per effettuare interventi correttivi del progetto, che a volte per modificarne in modo sostanziale la fisionomia.

Possiamo rintracciare nella storia di tossicodipendenza situazioni particolarmente significative per la capacità di turbare l'equilibrio e di presentarsi come eccezionali, e sono anche situazioni che mettono a fuoco il tipo di strategie usate per regolare gli stati emotivi, per cercare di cogliere nella novità la possibilità di cambiamento, di provare nuove condotte, di raggiungere una condizione di benessere.

Spesso queste situazioni sono correlate anche a dimensioni spirituali o ideali che possono diventare dei forti punti di ancoraggio per sostenere le decisioni di cambiamento.

Ma è indispensabile che noi ci diamo la possibilità di osservarle queste dimensioni, altrimenti ci sfuggono e verosimilmente sfuggono anche ai nostri pazienti.

È interessante osservare ad esempio come la pratica di AA si fondi sulla elicitazione ed il rafforzamento della dimensione spirituale della battaglia personale per il raggiungimento ed il mantenimento della sobrietà.

Lo stesso Jung in una lettera a Bill Wilson, cofondatore di AA, cita l'espressione biblica *spiritus contra spiritum* per eviden-

ziare l'inconciliabilità della loro essenza e allo stesso tempo per sottintendere la capacità dello spirito di contrastare l'alcol e viceversa.

Ci sono consistenti evidenze che il coinvolgimento in attività spirituali o religiose sia generalmente associato con un diminuito rischio di abuso o dipendenza da alcol e droghe (Gorsuch & Butler 1976; Gartener, Larson & Allen 1991; Gorsuch 1995).

Quali le ragioni?

La presenza di supportività sociale per l'astinenza o la moderazione?

L'impegno costruttivo in attività che competono e sono incompatibili con l'uso di droghe?

Il fatto di fare parte di un complesso di attività prosociali?

Utilizzando la scala PIL (Purpose in Life scale) una dozzina di studi hanno evidenziato che l'abuso di droghe è associato alla perdita di significato della vita, rispetto ad un campione di normali.

Che cosa c'è alla radice del significato della vita se non la ricerca della felicità?

Ma c'è una questione interessante che vorrei sottolineare: "Matching Alcoholism Treatments to Client Heterogeneity" (Project MATCH) iniziato nel 1989 e concluso nel 1997 è certamente il trial randomizzato più consistente che sia mai stato effettuato per valutare l'efficacia dei trattamenti per l'alcolodipendenza.

"Project MATCH investigators selected three behavioral treatments that differed markedly in philosophy and practice: 12-step facilitation therapy (based on the principles of Alcoholics Anonymous but an independent treatment designed to familiarize patients with the AA philosophy and to encourage participation), cognitive-behavioral therapy (based on social learning theory and designed to provide skills for avoiding relapse), and motivational enhancement therapy (based on motivational psychology and designed to help patients mobilize personal resources to effect change). The single confirmed match reported today is between patients with low psychiatric severity and 12-step facilitation therapy. Such patients had more abstinent days than those treated with cognitive-behavioral therapy" (NIAAA Reports Project MATCH Main Findings 12.17.1996).

È perlomeno suggestivo il fatto che la terapia dei 12 passi, che esplicitamente include la consapevolezza di un potere superiore al quale fare riferimento e presso cui si fa ammenda dei propri errori, abbia dimostrato una efficacia maggiore seppure non di molto rispetto agli altri due trattamenti.

Senza voler trarre conclusioni frettolose e superficiali, mi pare tuttavia che questo fatto, per la sua evidenza scientifica, non può essere trascurato, ma è necessario cercare di comprenderne la portata.

Io ritengo che da ciò non possa non derivare la necessità di porre molta più attenzione di quanto non si faccia normalmente, agli aspetti spirituali della vita dei nostri pazienti, come prima cosa, e come seconda cosa, che sia necessario includere fra gli strumenti terapeutici la valorizzazione delle dimensioni spirituali ed etiche.

Non è semplice, dopo aver faticato anni per sbarazzarci dei pesanti condizionamenti di una visione moralistica della tossicodipendenza, intrisa di giudizi dalle conseguenze devastanti sulle persone e sulle culture, recuperare ciò che vi è di essenziale negli aspetti spirituali.

La tossicodipendenza non è una malattia dello spirito, tuttavia lo spirito viene fortemente coinvolto e compromesso, e allora è possibile dimenticarci di questo aspetto?

Ciò che vi è di trasversale alla maggior parte delle culture che noi frequentiamo è il tentativo di costruire dei percorsi alla

felicità, indipendentemente da dove essa venga posta, e penso che da qui si possa partire per includere dimensioni spirituali e valoriali al nostro lavoro.

Aristotele afferma che "la felicità è dunque un'attività dell'anima conforme ad una virtù perfetta" e la caratterizza come una virtù architettonica, che si occupa di costruire, di edificare.

Nei più recenti studi neurobiologici troviamo la conferma di queste argomentazioni filosofiche.

Ogni tipo di gratificazione si vale di un complesso apparato che coinvolge il sistema oppioide e il sistema del gaba, della dopamina, della serotonina, dell'ossitocina, e ne ritroviamo gli equivalenti psichici nei modelli psicologici che ci aiutano a comprendere e a dare un senso condiviso a ciò che viene esperito come benessere.

Gli studi di Donata Fabbri ed Alberto Munari sulla psicologia della salute e il loro modello della pedagogia del potere definiscono la Condizione di benessere di un individuo come fortemente dipendente dall'aumento degli spazi che possono essere padroneggiati nell'ambito di aree significative ed in relazione ad eventi importanti.

Ciò che accade nella vita del tossicomane è esattamente la progressiva riduzione di questi spazi di padronanza e l'impo-  
verimento delle trame significative della sua esistenza.

L'aumento della capacità di controllo e gestione della quotidianità è un obiettivo strategico di sviluppo e costituisce un indicatore misurabile della condizione di benessere di un individuo.

Concetto non dissimile da quello espresso da Aristotele e ripreso da molti altri autori, quando afferma che la felicità è una virtù architettonica e cioè che il benessere va costruito giorno per giorno, in una quotidianità che spesso si sottrae al nostro controllo, sfruttando le nostre disattenzioni per eludere i nostri sforzi di diventare più intimi a noi stessi ed al mondo circostante.

Padroneggiare significa diventare più competenti ma anche più intimi, più intensamente coinvolti nelle cose che facciamo, e l'infelicità la sperimentiamo soprattutto quando abbiamo la sensazione che le cose ci stiano sfuggendo più ancora di quando ci mancano. La mancanza è anche la condizione necessaria per poter desiderare e non solo la radice essenziale della sofferenza.

Del resto quando cessiamo di essere felici non diventiamo infelici, ma ci collochiamo in uno stato intermedio che con-

sente ed induce il movimento alla ricerca della condizione di benessere.

Ecco perché la felicità è una virtù architettonica e non è frutto del caso, sebbene in talune circostanze la sensazione di benessere ci appaia come miracolosa e istantanea.

Ma felice in senso stretto, si dice di una vita intera, che non è la sommatoria di istanti, ma coincide con la trama del suo sviluppo.

Di questa possibilità di sviluppo bisogna essere consci per architettare il proprio benessere e per architettare è necessario disporre di strumenti e diventare competenti ad usarli.

Gli strumenti sono quelli che ci fornisce la nostra natura di esseri umani; e sappiamo come la neurobiologia ci dia le basi per comprendere la natura dei meccanismi che sorreggono la percezione del piacere e la sensazione di benessere, ma questi strumenti li dobbiamo imparare ad usare, diventando sempre più competenti nel riconoscere gli ambiti e le situazioni della nostra esistenza dei quali avvertiamo l'importanza o l'urgenza di diventarne padroni.

Quando una persona diventa tossicomane rinuncia ad usare le sue competenze e le sue abilità personali per cercare di modificare la situazione, per sperimentare e imparare risposte diverse e più adatte, si sente sconfitto e incapace di tollerare la frustrazione che gli deriva dalla mancanza di risposte adeguate immediatamente disponibili.

Così facendo diminuisce la capacità di apprendere a governare ambiti importanti della sua vita di relazione.

Oltre al fatto che il rapporto con la droga manca di quegli aspetti di reciprocità che ci rendono intimi al mondo e alle sue creature, condizione essenziale per esperire il benessere, accade che il tossicodipendente inizia quel processo di progressiva esclusione da una parte consistente del mondo che fino a quel momento lo aveva accompagnato, riducendo gli ambiti di esercizio della capacità discrezionale e delle competenze di governo sulla sua vita, impoverendo così le sue possibilità architettoniche.

È qui che la virtù architettonica può essere arricchita e sostanzialmente recuperando quegli aspetti ideali, senza i quali essa non è più una virtù, ma solamente uno strumento, ancorché efficiente, ma solo uno strumento. ✍

## Lecture consigliate

- Aristotele, *Etica Nicomachea I (A)*, 7, 1097a-b, Laterza, Bari 1987.  
Bandura A., *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*, NJ, Prentice-Hall-Englewood Cliffs 1986.  
Baricco A., *Oceano mare*, Rizzoli, Milano 1993.  
Elkana Y., *Antropologia della conoscenza*, Laterza, Bari 1989.  
Fabbri D., Munari A. in Andreani Dentici O., Gattico E. (a cura di), *La scuola di Ginevra dopo Piaget*, Cortina, Milano 1992.  
Gerra G., *Percezione del piacere e disturbi additivi*, in Fea M., Basti S., Dodi E., Magarò G., *Il Quinto Livello*, Angeli, Milano 2002.  
Marlatt G.A., Kristeller J., *Integrating Spirituality in Treatment: resources for practitioners*, APA Washington DC 1998.  
Miller W.R., *Researching the spiritual dimensions of alcohol and other drug problem*, "Addiction", 1998, 93(7), 979-990.  
Munari A., *Emergenza e Formazione*, in Zanarini G., *Diario di viaggio*, Guerini e Associati, Milano 1990.  
Natoli S., *La felicità di questa vita*, Mondadori, Milano 2000.  
Nesse R.M., Berridge K.C., *Psychoactive Drug Use in Evolutionary Perspective*, "Science", 1997, 278, 63-66.  
NIAAA Reports Project MATCH Main Findings 12.17.1996.  
Pontiggia G., *Nati due volte*, Mondadori, Milano 2000.  
Project MATCH: research Group Matching Alcoholism Treatments to Client Heterogeneity, "Journal of Studies on Alcohol", 1997, 58, 7-29.

## NOTIZIE IN BREVE

### PREMIATO PIER PAOLO PANI

**Il dott. Pier Paolo Pani, dirigente Ser.T e collaboratore dell'Università di Cagliari, membro del Comitato etico scientifico nazionale di Fe Der Ser D, è stato insignito del premio internazionale Dole & Nyswander.**

**Le congratulazioni nostre si uniscono a quelle di tutto il mondo scientifico delle dipendenze non solo italiano.**

**Abbiamo apprezzato ancora una volta Pier Paolo a Cernobbio, ove è stato tra gli animatori scientifici nelle sessioni sui trattamenti farmacologici e sulla formazione.**

**Un esempio di capacità, serietà e della possibilità anche nel nostro Paese e nei nostri Servizi di unire all'attività clinica quella di ricerca di livello.**



# Problematiche nella gestione della terapia farmacologica in carcere. L'esperienza nella Casa di Reclusione di Opera

*Antonio Colaianni\** e *Marina Gardini<sup>o</sup>*

Uno dei compiti istituzionali affidati ai Ser.T è la presa in carico dei pazienti tossicodipendenti nelle strutture penitenziarie al fine di garantire ai detenuti le stesse prestazioni di diagnosi, terapia e riabilitazione che sono offerte ai cittadini liberi.

In carcere però anche il Servizio Sanitario Penitenziario (SSP) ha la titolarità sull'assistenza sanitaria dei soggetti ristretti.

Ne può conseguire un conflitto di competenze tra Ser.T e SSP che, se non adeguatamente gestito, può determinare disservizi e favorire *incidenti* potenzialmente gravi.

Si citano le principali leggi in materia di assistenza sanitaria ai detenuti:

1. L. 740 del 1970, L. 26.07.1975 n. 354 sull'Ordinamento Penitenziario, DPR 24.07.1977, n. 616. L'Amministrazione Penitenziaria assicura autonomamente ogni intervento di natura sanitaria relativa a prestazioni erogabili all'interno dell'Istituto.
2. La Legge 309 del 1990 attribuisce al Ser.T la titolarità della diagnosi, cura e riabilitazione dei soggetti tossicodipendenti reclusi.
3. La Legge 230 del 1999 conferma la titolarità dei Ser.T per i tossicodipendenti reclusi. Contrariamente a quanto era stato prospettato all'inizio, la Legge non comporterà il passaggio completo delle competenze dal SSP al SSN.

## Principali punti critici del lavoro del Ser.T in carcere

L'esperienza di lavoro in carcere permette di individuare alcuni elementi critici che condizionano l'intervento sanitario:

- Lo stato di tossicodipendenza non è separabile da un contesto generale che comprende la salute globale del detenuto e, pertanto, il Ser.T deve trattare la tossicodipendenza tenendo conto che il personale sanitario penitenziario garantisca gli altri bisogni assistenziali.
- Le risorse a disposizione del Ser.T sono limitate ed il servizio non è attivo sulle ventiquattro ore. Pertanto anche sulla cura della tossicodipendenza è indispensabile una integrazione tra Ser.T e SSP.
- Numerose sono le figure professionali che possono intervenire nel prescrivere e somministrare terapie: medico del Ser.T, medico Incaricato, medico SIAS (guardia medica penitenziaria), consulente Psichiatra, Infettivologi, infermieri del Ser.T, infermieri penitenziari.
- I soggetti detenuti a volte utilizzano la propria malattia a scopo strumentale per dimostrare che in carcere le cure

non sono adeguate. A volte, quindi, non hanno un atteggiamento collaborante ma fanno leva sulle diverse competenze dei vari professionisti (nello specifico il personale penitenziario e quello del Ser.T), per mettere in crisi il *sistema* di assistenza.

- In stato di detenzione le dipendenze patologiche possono acuirsi a causa dello stress ambientale ed indurre a comportamenti di abuso tanto *bizzarri* quanto pericolosi, favoriti anche da possibili errori degli operatori a causa della mancanza di coordinamento nella prescrizione e somministrazione di farmaci.

Tra i comportamenti particolari che possono essere messi in atto dai detenuti, si citano:

- inalazione di gas dei fornelli da cucina;
- accumulo e scambio di psicofarmaci o di vino;
- possibile assunzione di droghe o anche di metadone scioppo ricevuto eludendo la sorveglianza attraverso i colloqui (per esempio attraverso la consegna di biancheria asciugata dopo essere stata impregnata di metadone);
- il metadone o anche altri farmaci possono essere rigurgitati e consegnati ad altri soggetti non in terapia;
- uso improprio di alcuni farmaci: alcuni psicofarmaci o analgesici in gocce possono essere utilizzati per impregnare le sigarette ed essere fumate mentre le compresse possono essere sbriciolate e polverizzate per essere inalate;
- ingestione di farmaci a scopo di suicidio.

Accanto ai più stravaganti comportamenti dei pazienti, alcuni errori possono essere fatti dagli operatori:

- prescrizione e somministrazione di psicofarmaci senza considerare eventuali trattamenti già in atto con altri farmaci che possono interagire;
- superficialità nel dosare i farmaci psicoattivi: spesso le gocce non vengono contaminate e si eccede sotto le pressanti richieste dei detenuti;
- somministrazione al bisogno di psicofarmaci che sfuggono così al controllo del medico;
- gli psicofarmaci vengono consegnati una volta al giorno e non assunti sotto il controllo infermieristico. Ciò favorisce l'accumulo di psicofarmaci e possibili intossicazioni acute.

Come conseguenza è facile intuire che in carcere possano essere più frequenti *incidenti* come le overdose da metadone, psicofarmaci e alcol.

## La nostra esperienza nella Casa di Reclusione di Milano-Opera

Per lavorare in carcere con sufficiente sicurezza è stato importante curare alcuni aspetti come la **visibilità delle atti-**

\* *Responsabile e <sup>o</sup> Assistente Sanitaria, UO Carcere e Patologie Correlate alle Dipendenze, Dipartimento delle Dipendenze, ASL Milano 2*

**vità del Ser.T**, evitando l'isolamento rispetto alla Direzione dell'Istituto e agli altri operatori penitenziari.

A tal fine è stata data molta importanza alle relazioni personali e formali.

Le attività del Ser.T sono state formalmente comunicate alla Direzione, con indicazione degli orari di servizio all'interno dell'Istituto e la reperibilità esterna, soprattutto degli operatori sanitari.

Semestralmente inviamo alla Direzione una relazione dettagliata delle attività svolte analizzando eventuali elementi critici.

Molto utili sono anche gli incontri strutturati con il personale Penitenziario.

È stato molto utile pensare, scrivere e diffondere un documento in cui sono scritte tutte le **procedure di lavoro**, relative alle seguenti attività:

- accoglienza e visita medica a tutti i Nuovi Giunti tossicodipendenti;
- segnalazione di pazienti da parte del personale Penitenziario;
- diagnosi, inizio o proseguimento di terapia farmacologica sintomatica (sedativi, analgesici...) o sostitutiva con oppioidi (metadone, buprenorfina).

Onde evitare sovrapposizione d'interventi terapeutici è stato importante scrivere **protocolli di intesa** con la Direzione Sanitaria dell'Istituto, con gli specialisti Infettivologi e con gli Psichiatri in cui sono ben definite le competenze di ciascuno e le modalità di collaborazione.

Nella nostra esperienza, si è rivelato particolarmente utile regolamentare le diverse competenze sulla terapia con psicofarmaci e con metadone, stabilendo in comune accordo che:

- La terapia con psicofarmaci è suggerita dal medico del Ser.T al medico Penitenziario (Incaricato o di Guardia Medica) che ha la discrezionalità di confermarla sulla base delle altre eventuali terapie prescritte (per esempio dallo Psichiatra o da altri specialisti). Viceversa, se un paziente è già in terapia con farmaci sostitutivi da parte del Ser.T, i medici penitenziari hanno avuto indicazione di non aumentare o aggiungere altri farmaci psicoattivi senza una preliminare discussione con il medico del Ser.T. Ciò evita le possibili triangolazioni messe in atto dai detenuti per ottenere i farmaci che maggiormente desiderano e garantisce la **gestione coordinata della terapia**.
- La terapia con farmaci sostitutivi (metadone, buprenorfina) spetta al personale del Ser.T che deve sempre tener conto di altre terapie già in corso.
- Al fine di prevenire overdose da oppiacei e cronicizzazione delle terapie con farmaci sostitutivi, abbiamo stabilito che in carcere il metadone debba essere scalato gradualmente fino al **dosaggio minimo efficace** per non riscontrare segni di astinenza, salvo casi particolari che devono essere concordati con il responsabile di un'eventuale altra terapia in corso (es. Infettivologo, Psichiatra, Medico Incaricato) e con il parere favorevole del Responsabile del Ser.T.
- La **modalità di somministrazione dei farmaci sostitutivi** è stata resa nota sia al personale del Ser.T che al personale sanitario penitenziario prevedendo le procedure operative per l'affidamento del metadone al personale penitenziario per garantire la somministrazione nei giorni di assenza del personale del Ser.T (giorni festivi) o nei casi in cui il detenuto fosse trasferito ad altro Istituto.

Abbiamo posto particolare attenzione alle **comunicazioni cliniche scritte**: ogni atto medico ed infermieristico del Ser.T è riportato **in diario clinico** sia del Carcere che del Ser.T, in modo che ogni operatore sanitario possa essere informato in tempo reale delle terapie prescritte o suggerite.

Altra decisione importante è stata quella di coinvolgere attivamente i pazienti nell'informazione e nella responsabilità della terapia con farmaci sostitutivi.

Il medico del Ser.T fa firmare il **consenso informato** al paziente, prima di iniziare un trattamento con metadone o buprenorfina.

Il consenso informato viene compilato in duplice copia: una viene allegata alla cartella clinica del Carcere e l'altra alla cartella clinica del Ser.T.

Questa prassi ha notevolmente ridotto le contestazioni durante i cambiamenti di dosaggio decisi dal medico e le richieste, prima frequenti, di psicofarmaci.

Come già ampiamente detto, nella cura dei tossicodipendenti in carcere intervengono numerose variabili non controllabili dal Ser.T e che riguardano fondamentalmente la vigilanza e l'organizzazione dell'intera Area Sanitaria dell'Istituto.

Per tali motivi il Coordinatore Sanitario del Carcere è stato formalmente sollecitato per:

- evitare l'accumulo di farmaci in cella, ricorrendo alla somministrazione di psicofarmaci solo in presenza dell'Infermiere, almeno a coloro che hanno contemporaneamente in corso una terapia con farmaci sostitutivi;
- vigilare affinché i dosaggi di psicofarmaci somministrati siano rigorosamente corrispondenti a quelli prescritti e affinché nessun operatore non medico decida di modificare il dosaggio o la sostituzione di una qualsiasi terapia farmacologica;
- fare in modo che il suggerimento terapeutico di eventuali consulenti specialisti non sia subito applicato dagli infermieri fino a quando il medico responsabile della cura (Medico del Ser.T, Medico Incaricato o SIAS, Infettivologo...) non abbia confermato il suggerimento con la sua prescrizione in cartella, sulla base della conoscenza del paziente e delle terapie già in corso;
- disporre l'astinenza da bevande alcoliche per coloro che assumono psicofarmaci e/o metadone.

Il coordinamento delle attività cliniche richiede, oltre la razionalizzazione di procedure operative, di discussioni periodiche su singoli casi clinici o su problematiche particolari.

A tal fine sono state istituite delle **riunioni tra operatori del Ser.T e operatori Penitenziari**.

In Carcere più che altrove si è rivelato importante **integrare i programmi farmacologici con attività psicosociali individuali o di gruppo** finalizzate a favorire un'attività di pensiero sul proprio stato di tossicodipendenza e di detenuto, nonché sul mondo esterno e sulle possibilità di usufruire di misure alternative alla detenzione.

## Conclusioni

In Carcere, il rischio di incorrere in errori che possono condurre a gravi incidenti, dipende il più delle volte da comportamenti di poliabuso dei tossicodipendenti che possono essere favoriti da un inefficace coordinamento delle attività cliniche tra i diversi operatori coinvolti nella cura.

È quindi di fondamentale importanza stabilire procedure chiare e condivise con la suddivisione analitica delle competenze e delle responsabilità.

Sono inoltre di estrema importanza le comunicazioni tra i diversi operatori attraverso l'accurato aggiornamento del diario clinico e attraverso incontri strutturati.

È opportuno che in Carcere, dove sono frequenti intossicazioni acute e croniche per manipolazione delle terapie o per atti di autolesionismo, la terapia con farmaci psicoattivi (sostitutivi e sintomatici) sia monitorata con l'obiettivo di arrivare sempre al **dosaggio minimo efficace**. ↘

*Viene di seguito presentato un software per la gestione delle attività nei servizi per le dipendenze.*

*Vuole essere un contributo scientifico ed operativo per i colleghi dei servizi.*

*A Cernobbio, durante il Congresso nazionale, abbiamo presentato un altro modello, sia in esposizione con uno stand che in un workshop, del gruppo veronese coordinato da Giovanni Serpelloni.*

*Riteniamo utile approfondire la conoscenza di questi strumenti operativi, scegliendo di presentare i più significativi e validati.*

## Proteus. Un software per la gestione delle attività dei Ser.T

*Pietro D'Egidio*

*Direttivo nazionale Fe Der Ser D*

Promuovere la qualità dei servizi in cui lavoriamo è al contempo un dovere etico e una soddisfazione professionale. La qualità dei nostri servizi è legata alla presenza di tanti elementi: una sede adeguata per spazi, pulizia, arredi, collocazione; un personale sufficiente, professionalmente adeguato, competente, impegnato in percorsi costanti di formazione, motivato; una struttura aziendale efficiente nei suoi vari settori (provveditorato, economato, ragioneria, personale) e con una mission ben chiara della direzione strategica e congruente con quella del servizio; un contesto di Agenzie Territoriali di riferimento valido; una rappresentazione sociale dei nostri Ser.T che non generi rifiuto ed esclusione, ma anzi che valorizzi il servizio stesso.

Il nostro lavoro vede l'intervento di figure professionali molto diverse: medici, psicologi, infermieri, assistenti sociali, educatori, assistenti sanitari. Questi professionisti svolgono un lavoro che, a differenza che in altri settori, per poter rendere al meglio ha bisogno di un alto livello sia di autonomia professionale che di integrazione reciproca. Tutti sappiamo quanto questo sia difficile. Difficile perché richiede contemporaneamente una alta qualificazione professionale, una forte motivazione etica, la capacità di gestire rapporti professionali plurimi in contesti di lavoro altamente stressanti, la capacità di concertare un progetto terapeutico utile al paziente senza enfatizzare o minimizzare (per i più vari motivi) la propria qualificazione professionale.

È all'interno di questa cornice che noi andiamo ad inserire il valore e l'utilità di un software di gestione delle attività. Siamo ben consapevoli che mai un software potrà essere un discriminante tra un servizio che funziona bene ed uno che funziona male. Crediamo però che utilizzare un software per la gestione delle attività di un Ser.T aiuti a migliorarne la qualità per molti motivi. Innanzi tutto la gestione di un Ser.T è complessa, caratterizzata da gruppi fortemente multidisciplinari, dall'impegno a gestire rapporti con una ricca rete territoriale, con una affluenza quotidiana di molti pazienti in strutture il più delle volte inadeguate. Poi perché nel nostro lavoro un monitoraggio epidemiologico costante ed una valutazione delle attività ci possono consentire di modulare continuamente l'offerta in rapporto alle mutate esigenze del territorio di riferimento e di approcciare con uno strumento valido quel percorso, che sempre più appare obbligato, che è dato dal misurare il rapporto costi/efficacia delle nostre attività.

Inoltre sono sempre più pressanti le necessità derivanti dei debiti informativi che l'Italia ha in questo settore in ambito europeo. A tal proposito l'Osservatorio europeo di Lisbona (OEDT-EMCDDA) ha identificato quale obiettivo prioritario la disponibilità di informazioni comparabili, attendibili e anonime sulle caratteristiche delle persone sottoposte a trattamento per il consumo di droga negli stati membri. Le informazioni sulle dimensioni ed il profilo dei consuma-

tori di droga problematici e i loro modelli di consumo (per via endovenosa, poli assunzione) possono essere utilizzate per identificare i modelli di accesso ai servizi, per verificare le esigenze di risorse nonché per pianificare e valutare le attività erogate dai servizi. Inoltre, tali informazioni forniscono un indicatore indiretto delle tendenze del consumo problematico di droga e costituiscono una base fondamentale per valutarne più a fondo la diffusione.

È in questo contesto che, nell'ambito delle attività del Progetto Obiettivo Regionale per le Tossicodipendenze e l'Alcoldipendenza abbiamo implementato, a partire dal software in uso presso il Ser.T di Pescara dal 1993, un nuovo strumento per la gestione delle attività che abbiamo chiamato Proteus. Nella realizzazione del software abbiamo tenuto ben fermi alcuni presupposti:

- Ogni servizio è diverso dagli altri per modalità operative, gestione delle attività e delle procedure. Bisogna rispettarle.
- Ogni servizio ha delle peculiarità originali. Il software che realizziamo deve poterle prevedere.
- La carenza universale dei nostri servizi è il tempo. Il software non deve essere esoso in termini di tempo, meglio non deve costare tempo, meglio ancora deve far risparmiare tempo.
- Deve essere modulabile in rapporto alle minori o maggiori competenze informatiche dell'intero servizio e di ciascun operatore.

- Deve contenere obbligatoriamente una serie minima di campi rispetto alle indicazioni dell'OEDT.
- Deve avere una codifica dei campi rispettosa dello standard elaborato dal gruppo del CNR di Pisa al fine di poter garantire una aggregazione nazionale di dati.
- Non deve condizionare in alcun modo il rapporto operatore-paziente mettendo il computer al posto del terzo incomodo.
- Deve poter elaborare in automatico le informazioni per le rilevazioni del Ministero della Salute e altre informazioni richieste dal gruppo di lavoro.
- Deve essere strumento utile per i processi della valutazione.
- Deve essere facile e intuitivo nell'uso.
- Meglio che non sia ridondante di orpelli "ad colorandam". E preferibile che abbia una linea sobria, elegante e comunque rispettosa dell'operatore che lo deve usare.
- Il software deve poter crescere con il crescere delle competenze informatiche del singolo e del gruppo.

Con queste premesse abbiamo realizzato Proteus.

L'abbiamo chiamato Proteus per la sua estrema versatilità.

Nel suo uso ad un livello minimo si possono usare anche soltanto le implementazioni "Dati minimi essenziali", "Presa in carico", "Terapia con Metadone", "Terapia con Buprenorfina". Per riempire le pagine di "Dati minimi essenziali", "Presa in carico" per un paziente ci vogliono 10 minuti, dopo di che per la gestione delle terapie farmacologiche e per la corretta compilazione dei registri di carico e scarico delle sostanze sostitutive si risparmia il 30% del tempo. I nostri infermieri protesterebbero se adesso volessimo costringerli a tornare al metodo cartaceo.

La gestione di questi 4 moduli richiede un addestramento per chi non ha mai usato un mouse di 3 ore. In questo modo ci ritroveremo "a costo 0" un archivio con migliaia di dati a cui accedere per correlare dosaggi, andamento clinico, e quant'altro.

Come per tutte le cose con la pratica, in breve tempo, tutto diventa più facile e rapido!



Noi confidiamo che se con queste premesse il software entra nell'uso di un servizio piano piano si andranno ad implementare gli altri moduli, li si potranno adattare alle proprie realtà, se ne potranno aggiungere di nuovi. Tutti gli operatori hanno una password di accesso e tutto ciò che viene scritto con il software porta la "firma" dell'operatore (compare in alto a sinistra).

Può essere messo in rete per una condivisione in tempo reale dei dati tra tutti gli operatori.

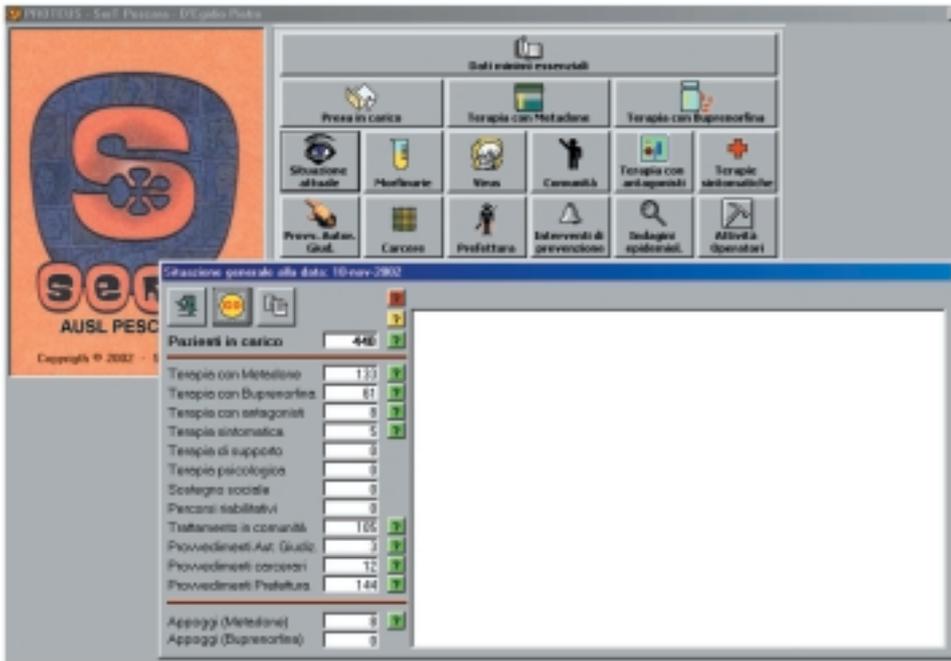
Permette un monitoraggio puntuale dell'andamento delle attività nei vari settori (alcuni settori li stiamo implementando ora e per questo il valore in alcune caselle è 0).

È uno strumento utile al responsabile del servizio per una valutazione delle attività.

Ci offre con un "click" tutti i dati necessari per i debiti informativi con il Ministero della Salute.

Noi abbiamo implementato con una maggiore ricchezza di dati il modulo per la gestione dei pazienti in comunità terapeutica. Tutte le volte che si fa questo bisogna mettere nel conto che ci vuole più tempo per inserire i dati. Ciascun servizio deve fare il suo bilancio costi/benefici. La cosa importante è che il software non sia condizionante e lasci libertà di scelta. Il software inoltre consente di esportare tutte le tabelle in modo molto semplice verso programmi di altro





tipo per usi più particolari come la statistica. Anche qui: bisogna sapere di statistica altrimenti è solo frustrazione!

Il software è ricco di altri aspetti che non è possibile indicare nemmeno in modo elencativo. Questa, come altre occasioni non può essere il contesto per una illustrazione esaustiva del software. Se ne può richiedere un "demo" al seguente indirizzo: [degidio@tin.it](mailto:degidio@tin.it)

Un altro argomento da sottolineare è il nulla osta rilasciato dal diretto-

re generale del Ministero della Salute (scaricabile da [www.feder-serd.it](http://www.feder-serd.it)) in riferimento alla possibilità di utilizzare per la registrazione del carico e scarico delle sostanze stupefacenti e psicotrope una stampante laser a pagina singola, legando successivamente le pagine tra loro per formare un blocco unico ottemperando in tal modo il disposto del comma 3 dell'articolo 1 del Decreto del Ministro della sanità dell'agosto 2001.

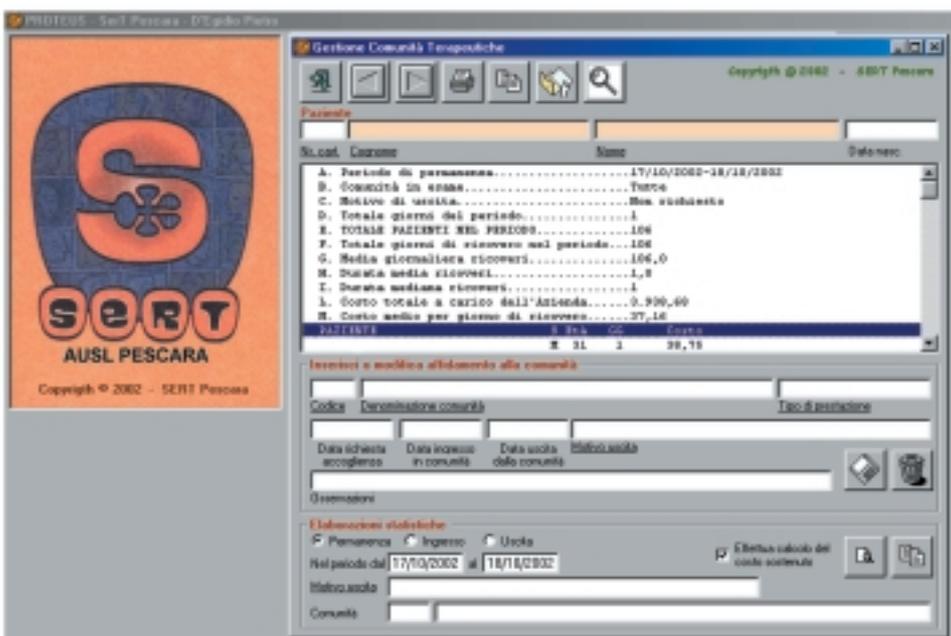
La finalità generale del progetto SESIT è il potenziamento delle dotazioni informatiche (software) dei Ser.T e l'implementazione di un sistema di monitoraggio dell'utenza dei servizi basato sull'utilizzo di standard europei. L'utilizzo dei finanziamenti è quindi vincolato alla acquisizione, realizzazione o adeguamento di sistemi informatici regionali ai sistemi europei (OEDT) e che siano coordinati con il progetto SESIT per permettere la costruzione e il mantenimento di una rete nazionale di rilevamento e trasmissione dei dati ad ogni singola Regione/Provincia Autonoma e al Ministero della Salute.

Proteus è un applicativo che soddisfa, nell'ambito del progetto nazionale SESIT, i requisiti tecnici e le metodologie utili per i sistemi regionali di raccolta e trasmissione dei dati sulle tossicodipendenze.

Proteus è compilato in visual basic e non richiede, al minimo, strumentazioni hardware particolari.

Con ordinanza n. 15 del 28 settembre 2002 è stato formalizzato che è nell'interesse delle finalità del Progetto Obiettivo Regionale per le Tossicodipendenze e Alcoldipendenza la maggiore diffusione possibile del software realizzato tra i Ser.T della Regione Abruzzo e, considerata la partecipazione della Regione Abruzzo al Progetto Nazionale SESIT (Standard Europei per il Sistema Informativo Tossicodipendenze), delle altre regioni italiane. Pertanto la installazione e l'utilizzo del software "PROTEUS (π-SERT Pe)" è permesso gratuitamente in tutti i Ser.T e in tutte le sedi degli Enti Ausiliari italiani alle condizioni indicate.

La proprietà del software "PROTEUS (π-SERT Pe)" è del Progetto Obiettivo Regionale per le Tossicodipendenze e Alcoldipendenza che agisce in nome e per conto della Regione Abruzzo. La proprietà intellettuale del software di gestione delle attività dei Ser.T. chiamato "PROTEUS (π-SERT Pe)" è riconosciuta come segue: Ideazione: D'Egidio; Analisi e sviluppo: D'Egidio, Frattone; Programmazione: Carusi; Revisione contenutistica: D'Egidio, Frattone; Staff beta tester: D'Egidio, Frattone, Di Pasquale, De Blasio, Madaro.





# Assemblea Nazionale di Fe Der Ser D a Cernobbio

Il 18 ottobre a Cernobbio si è tenuta l'Assemblea nazionale di Fe Der Ser D.

L'Assemblea è stata preceduta da due riunioni del direttivo nazionale, il 16 e il 17 ottobre.

La ricchezza e la concitazione delle sessioni del Congresso nazionale in corso hanno oggettivamente limitato la possibilità di discutere con il tempo necessario la realtà e gli sviluppi della Federazione.

Bisogna dire che le 33 sessioni congressuali e gli 842 colleghi partecipanti al Congresso sono un viatico eccezionale, una ricchezza del settore, una vitalità degli operatori, che hanno dato il vero senso alla Assemblea della Federazione. Si è trattato della terza assemblea tenuta nel 2002, dopo Grosseto e Roma.

L'ammissione di 238 nuovi soci che porta la Federazione a quota 516 aderenti, un numero incredibile per il nostro Paese, è stata accolta con vivo entusiasmo, pari a quello dell'annuncio della accettazione della presidenza onoraria di Fe Der Ser D da parte del premio Nobel e senatrice a vita professoressa Rita Levi Montalcini.

Hanno colpito la naturalezza di questo gesto, le parole della professoressa che incoraggiavano a lavorare insieme per lo sviluppo del metodo scientifico in questo settore, gli appuntamenti che già ci ha fissato.

Che distanza dalle faccende di bottega nelle quali possiamo cadere, che bel richiamo al primato dell'impegno e della ragione!

L'assemblea ha deliberato la proposta del direttivo nazionale di avere Giorgio Rebolini, direttore di dipartimento Liguria 4 chiavarese, come sedicesimo membro del direttivo.

Il Comitato etico scientifico si è arricchito con la nomina di Pier Paolo Pani, dirigente Ser.T AUSL 8 - Università di Cagliari; Clara Baldassarre, direttore area tutela della salute dipartimento dipendenze di Napoli; Antonio Mosti, direttore Ser.T di Piacenza.

Collegi assai noti e impegnati, che sapranno qualificare ulteriormente l'intervento scientifico della Federazione.

Si è quindi proceduto alla nomina del Collegio dei revisori dei conti, ai sensi dell'articolo 19 dello Statuto.

La scelta si è basata su due principi: una presenza di operatori, esterni agli organi dirigenti nazionali della Federazione, e di specialisti del settore economico giuridico, esterni alla Federazione.

Presidente è stata nominata Anna Armao, di Palermo, membri effettivi Elisabetta Renga di Roma e Giovanni Checcacci di Grosseto, membri supplenti Fabio Brogna di Catania e Filomena Spagnuolo di Caserta.

L'adesione di altre due organizzazioni con Patti Federativi ai sensi statutari ha rappresentato il punto successivo. I Patti federativi ora sono sei.

Oltre ai già ammessi Network Europeo ECCAS, rappresentato da Laura Tidone; Network Europeo Euridice, rappresentato da Giuseppe De Luca; Associazione no pro-

fit Forma Mentis, rappresentata da Eugenio Rossi; Associazione Onlus Amarcord, rappresentata da Biagio Sanfilippo; sono state ammesse la Cooperativa Sociale Zarapoti Onlus, rappresentata da Oreste Feroleto; e la Società Italiana Infermieri delle Dipendenze e Patologie Correlate - SIDeC, rappresentata da Marcellina Bianco. Bisogna dire che lo sviluppo dei Patti federativi sta rappresentando una forma originale di sinergie che ha già trovato in questo Congresso nazionale il modo di esprimersi felicemente, e che troverà grande sviluppo nel corso del 2003.

Da questo punto di vista centrale, anche per le particolari necessità e sensibilità del settore, è il rapporto con società monoprofessionali.

L'Assemblea ha rimandato ad una prossima convocazione, dopo le opportune indicazioni del direttivo nazionale, l'ulteriore ampliamento del direttivo nazionale a nuove realtà regionali, così come la costituzione di gruppi di lavoro su temi specifici (sono stati indicati tra gli altri l'alcologia, la formazione, le terapie non convenzionali, il carcere).

Per quanto attiene la Consulta delle Società scientifiche e professionali considerata una maggiore assunzione di responsabilità che avrà corpo dal 2003, si è delegato il direttivo nazionale per le opportune determinazioni.

Ratificata la strutturazione e organizzazione del sito internet con la responsabilità al collega D'Egidio, e la struttura organizzativa della rivista Mission, che dovrà ampliarsi in pagine e settori, con la responsabilità al collega Lucchini. Approvate le modalità operative per la gestione ECM di cui è già titolare la Federazione.

Delegato il direttivo nazionale per le joint venture opportune per progetti, studi e gruppi di lavoro di valenza nazionale o europea.

È stato comunicato infine che il Direttivo nazionale si riunirà a Grosseto venerdì 29 novembre. ✍

## NOTIZIE IN BREVE

### LA SCOMPARSA DI MARIO SANTI

**È improvvisamente mancato, all'inizio di novembre, Mario Santi, psicologo, direttore del Dipartimento per le Dipendenze di Firenze.**

**Lo ricordiamo con affetto a tutti quelli che l'hanno conosciuto e a tutti gli operatori delle dipendenze per la sua attività.**

**Un impegno iniziato molti anni fa, anche nel senso della organizzazione degli operatori, nel coordinamento nazionale degli operatori delle tossicodipendenze, che per tanti di noi è stato il primo modo di incontrarci e discutere in Italia.**

**Un amico ci ha lasciati, un altro pilastro della Toscana, e ci piace ancora ricordare la bella figura di Riccardo Bordini.**

## Si riporta di seguito il documento sottoscritto a Cernobbio al termine della sessione "Formazione, corsi di specializzazione: quale qualificazione per gli operatori delle dipendenze"

Il Gruppo di lavoro che si è formato prima del Congresso e che ha elaborato il documento merita un plauso particolare, insieme alle centinaia di operatori che hanno assistito alla sessione congressuale, che è stata ricca di interventi qualificati.

Siamo sicuri che su tematiche tanto rilevanti e complesse, strategiche per ogni possibilità di affermazione della "scienza delle dipendenze", dello statuto scientifico della disciplina, tutto il mondo delle dipendenze debba sentirsi impegnato.

Questa è una vera priorità!

Fe Der Ser D invierà questo primo atto a tutte le Associazioni del settore, alle Università, agli Ordini e associazioni professionali, alle Istituzioni.

Grazie a Edoardo Cozzolino e Antonio d'Amore per l'impegno che dovrà ancora continuare.

Nell'ambito delle attività del 1° Congresso Nazionale di Fe Der Ser D si è svolta una sessione su formazione e corsi di specializzazione rivolti agli operatori del settore e a professionisti di diversa estrazione tecnica. La grande autorevolezza dei partecipanti ha consentito di chiarire e dare corpo ad esigenze di maggiore visibilità e coordinamento, su scala nazionale, delle attività già esistenti sia a livello universitario che di Aziende Sanitarie Locali e di singoli Enti e Associazioni.

Si è riconosciuto senza difficoltà che molti passi sono stati compiuti, in questo settore, ma che esiste anche la necessità di rinnovare o promuovere sforzi per riattivare percorsi che, nel tempo, non hanno avuto lo sviluppo sperato.

Per tali ragioni il Presidente e il Segretario Esecutivo di Fe Der Ser D, nonché tutti i relatori ed i coordinatori della sessione sulla formazione, sottoscrivono questo documento finale che sancisce la condivisione rispetto al perseguimento dei seguenti obiettivi:

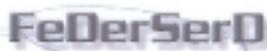
- Inserire, in ogni Corso di Laurea, dedicato alle figure professionali operanti all'interno dei Servizi pubblici e privati delle Dipendenze,

insegnamenti sulle Scienze delle Dipendenze e sulle attività specifiche del settore.

- Recuperare i contenuti del DM del dicembre 1991 che istituì la Disciplina delle Farmaco Tossicodipendenze.
- Valorizzare le esperienze di formazione post universitaria esistenti con un percorso di Coordinamento Nazionale che lavori sugli standard di qualità dei corsi, sui programmi e sull'evoluzione verso Master di Formazione. Tale Coordinamento avrà anche funzione di pressione sulle Istituzioni per arrivare alla realizzazione delle Scuole di Specialità.
- Favorire la nascita di iniziative formative post Diploma di Laurea per Medici, Psicologi, Educatori Professionali, Infermieri Professionali e Assistenti Sociali.

Sottoscritto e firmato in Cernobbio in data 18 ottobre 2002 da:

Prof. Massimo Clerici, psichiatra, Università degli Studi di Milano Bicocca  
 Prof. Vito De Novellis, farmacologo, Università di Napoli  
 Prof. Icro Maremmani, psichiatra, Università di Pisa e di Siena  
 Dott. Prof. Pier Paolo Pani, psichiatra, Ser.T di Cagliari e Università di Cagliari  
 Prof. Eugenio Rossi, sociologo, Università degli Studi di Milano Bicocca  
 I.p.Coord. Walter Pellegrini, Direttivo Naz. Soc. Italiana Infermieri Dipendenze e Pat. Corr.  
 Dott. Francesco Crisafulli, Presidente Associazione Nazionale Educatori Professionali  
 Prof. Nicolò Pisanu, Direttore Istituto di Ricerca e Formazione, Progetto Uomo, FICT (per delega)  
 Dott. Achille Saletti, Presidente Associazione Saman  
 Dott. Alessandro Coacci, Presidente Nazionale Fe Der Ser D  
 Dott. Prof. Alfio Lucchini, Segretario esecutivo Nazionale Fe Der Ser D  
 Dott. Edoardo Cozzolino e Dott. Antonio d'Amore, Coordinatori della Sessione



Sede legale: Viale Europa 11/B, 58100 Grosseto

Presidente Onorario

Rita Levi Montalcini

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 Rebolini, Giorgio Serio

Comitato Scientifico Nazionale

Bernardo Grande (coordinatore),  
 Gilberto Gerra, Vincenzo Marino,  
 Roberto Calabria, Clara Baldassarre,  
 Antonio Mosti, Pier Paolo Pani

### 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. 311883 intestato a FeDerSerD presso Credito Cooperativo di Grosseto - Banca della Maremma - Agenzia n. 1 di Grosseto - Via Unione Sovietica 42 - 58100 Grosseto ABI 8636 CAB 14301
- 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) _____	
CITTÀ _____	PROVINCIA _____ CAP _____ REGIONE _____
PROFESSIONE _____	
INDIRIZZO (lavorativo) _____	
TEL. _____	FAX _____ CELL. _____
E-MAIL _____	
<b>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)</b>	
_____ li ____ / ____ / 2002	Firma _____
Versamento quota associativa di € 45,00 (laureati) € 25,00 (non laureati)	
Estremi ricevuta versamento _____	
Parere del Segretario Esecutivo <input type="checkbox"/> Favorevole <input type="checkbox"/> Sfavorevole Firma _____	
Visto per approvazione: Il Presidente _____	