



FEDERAZIONE ITALIANA DEGLI OPERATORI  
DEI DIPARTIMENTI E DEI SERVIZI DELLE DIPENDENZE

## Programma della LISTA SCIENZA ETICA ORGANIZZAZIONE 2016

***Continuità e innovazione sono gli obiettivi principali che i candidati della lista "Scienza Etica Organizzazione 2016" intendono perseguire per il prossimo triennio.***

1

FeDerSerD è la prima Società Scientifica per la cura della dipendenza, oggi e da molti anni in Italia. Prima per numero di iscritti, eventi di formazione e congressuali realizzati, per la attenzione e la promozione della organizzazione del sistema di intervento e dei Ser.T. Prima, in particolare, per la capacità di lettura dei fenomeni e nell' organizzazione delle migliori iniziative conseguenti; con una costante offerta e ricerca di collaborazione con le Istituzioni Pubbliche, sia a livello regionale che centrale.

Per ricordare solo alcune delle iniziative:

- ✓ la partecipazione alla campagna "mettiamoci in gioco"
- ✓ la apertura delle Federazioni in Sardegna e in Toscana
- ✓ la realizzazione come co-sponsor del side event al CND a Vienna nel marzo 2015 su "Comparison between different countries' heroin treatment systems: analysis of central elements".
- ✓ la partecipazioni ai progetti europei sulla popolazione detenuta e sull'arte terapia
- ✓ Il contributo agli stati generali dell'esecuzione penale
- ✓ la collaborazione con il DPA e le istituzioni regionali
- ✓ la collaborazione con le commissioni parlamentari
- ✓ la partecipazione all'osservatorio per il contrasto della diffusione del gioco d'azzardo e il fenomeno della dipendenza grave

I Congressi su temi molto qualificanti quali:

- ✓ Il confronto tra modelli sociosanitari regionali per le dipendenze in una prospettiva di innovazione e cambiamento
- ✓ Confronto tra modelli sociosanitari regionali per le dipendenze in una prospettiva di innovazione e cambiamento
- ✓ la teoria dell'attaccamento nell'addiction con l'importante ruolo dei colleghi psicologi
- ✓ la presentazione in anteprima del DSM-5
- ✓ modelli clinici e d'intervento nell'evoluzione della patologia della dipendenza
- ✓ sulla Dialectical-Behavior-Therapy
- ✓ diversione e misuse
- ✓ complessità e dipendenze: dal discorso sul metodo al metodo della complessità
- ✓ gioco d'azzardo società istituzioni servizi
- ✓ carcere, droga e territorio

#### I premi FeDerSerD su

- ✓ X - La gestione clinica dei farmaci agonisti e la relazione all'interno del setting terapeutico
- ✓ XI - La diversione e il misuse nell'utilizzo dei farmaci agonisti
- ✓ XII - I trattamenti con suboxone nel processo di "recovery"
- ✓ XII - La dipendenza da pain killers: i SERD come risposta per la gestione del problema

Abbiamo fatto ciò con lealtà e senso dello Stato, siamo stati un punto di riferimento certo in un contesto generale confuso, a volte arrogante, in cui sono state tolte tutte le risorse a quel tessuto connettivo fatto da una miriade di piccole associazioni che hanno costituito per oltre 20 anni un punto di riferimento importante dell'intero sistema di intervento.

Siamo riusciti a realizzare tutto questo e a raggiungere i livelli attuali grazie alla attenzione e all'impegno di tutti gli operatori dei Ser.D. in Italia, delle nostre federazioni regionali, della dedizione straordinaria di tutti i componenti del direttivo nazionale e degli organi esecutivi.

Un direttivo nazionale, questo, che è stato capace di prendere atto delle trasformazioni sociali, delle ristrettezze economiche, della evoluzione delle evidenze scientifiche.

E' necessario un cambiamento tempestivo per permettere alla federazione di continuare ad essere un punto di riferimento per il sistema di intervento e, soprattutto, per garantire un miglioramento della sua capacità organizzativa.

In questi anni la federazione ha potuto far affidamento su operatori di valore, che oggi si presentano per guidare la Federazione, che hanno dato il meglio di se e non per interessi personali, che hanno mostrato quanto sanno fare, rappresentanti nazionali non legati a vincoli regionali o campanilistici. Tali dirigenti hanno sempre avuto un comportamento trasparente e generoso, la loro capacità è sotto gli occhi di tutti per quanto fatto in questi anni.

La nostra è una federazione con forti e ben definite responsabilità dei migliori operatori in settori strategici offerti alla Vostra valutazione.

<b>Pietro Fausto D'Egidio</b>	Presidente Nazionale
<b>Roberta Balestra</b>	Vice Presidente Nazionale
<b>Guido Faillace</b>	Segretario Esecutivo Nazionale, con delega su alcolismo e tabagismo
<b>Felice Nava</b>	Direttore del comitato scientifico nazionale
<b>Francesco De Matteis</b>	Management clinico
<b>Margherita Taddeo</b>	Gioco di azzardo patologico e dipendenze comportamentali
<b>Maria Luisa Grech</b>	Prevenzione Prossimità e riduzione del danno
<b>Alfio Lucchini</b>	Advocacy. Terapia del dolore severo e dipendenze
<b>Concettina Varango</b>	Sicurezza sociale e sanità penitenziaria
<b>Antonella Manfredi</b>	Integrazione strategica delle professioni e delle reti territoriali e del sistema dei servizi
<b>Giuseppe Faro</b>	Organizzazione del sistema dei servizi e valorizzazione degli operatori



La federazione con questa organizzazione e questi dirigenti sarà più efficace nella sua azione ed in grado di rispondere alla grandi difficoltà dei prossimi anni.

La crisi economica del Paese e della sanità, il disinteresse per la cura dei nostri pazienti, le politiche che anzi ampliano il numero di malati dipendenti, lo smantellamento dei servizi, l'assenza degli organismi di formazione, l'inaccessibilità dei circuiti di finanziamento della ricerca scientifica indipendente, sono tutti temi con cui FeDerSerD dovrà cimentarsi nei prossimi anni, a partire dalla valorizzazione della esperienza fino ad ora maturata nei nostri servizi.

Scienza etica e organizzazione continueranno ad essere al centro della nostra visione, del nostro impegno, insieme a tutti gli operatori del sistema di intervento.

Pescara 10 agosto 2016

Pietro Fausto D'Egidio

## **Advocacy. Terapia del dolore e dipendenza.**

Alfio Lucchini

Nel triennio la Federazione affronterà sfide importanti come società scientifica a vari livelli istituzionali. Ricordando le due mission fondamentali di FeDerSerD, cioè in primis lo status di società scientifica al servizio della metodologia basata sulle evidenze dell'intervento degli operatori italiani e poi di interlocutore istituzionale e nella società a tutti i livelli per affermare il modello di lavoro multidisciplinare e il superamento dello stigma verso le persone malate, si proseguirà nell'impegno da tempo intrapreso.

Nel settore della Comunicazione il sito web è ormai uno strumento nuovo e aperto al contributo dei soci e degli operatori. Si lavorerà molto sugli aggiornamenti di notizie scientifiche e sulla evidenza delle pratiche dei servizi. Ai soci saranno riservate letture scientifiche aggiornate ed iniziative formative privilegiate. I social media saranno utilizzati con maggiore coerenza della attualità. FeDerSerD Informa sarà uno strumento agile per tutti gli operatori italiani. MISSION dal prossimo numero intraprende un impegnativo percorso per raggiungere la "indicizzazione" con il sostegno della piattaforma della Casa Editrice Franco Angeli.

Il mandato istituzionale dei SerD individua, tra gli altri, l'impegno per prevenire e/o trattare la dipendenza da oppiacei, anche se indotta dall'uso terapeutico dei farmaci contro il dolore. I SerD devono essere pronti ad *affrontare il tema della prevenzione e del trattamento della dipendenza da oppiacei conseguente all'uso di farmaci per la terapia del dolore. Il contributo dei medici dei SerD nella terapia del dolore è duplice: da un lato prevenire e trattare le diverse forme di dipendenza che possono insorgere nei soggetti in trattamento per la terapia del dolore e dall'altra contribuire ad accrescere la cultura del "trattamento del dolore" nel nostro Paese, abbattendo lo stigma ed i fantasmi ideologici che individuano erroneamente la terapia oppiacea per il dolore come strumento terapeutico estremo ed a forte rischio per lo sviluppo di forme di dipendenza, anche gravi. Negli USA l'uso "indiscriminato" degli oppiacei painkiller ha determinato delle conseguenze negative con decine di migliaia di decessi anche tra i giovani. In Italia, di contro, ci troviamo in una condizione diversa, non tanto o solo per un utilizzo appropriato dei suddetti farmaci quanto per il fatto che l'uso dei farmaci oppiacei per il dolore è molto poco diffuso. Per lunghi anni i pazienti sono stati lasciati "in un letto di dolore". Da alcuni anni con l'avvento della legge 38 del 15 marzo 2010, sta cambiando in maniera positiva l'approccio e il trattamento della terapia del dolore severo, in particolar modo con l'uso di farmaci agonisti degli oppiacei.*

FeDerSerD intende aprire un filone di ricerca, in sinergia con altre società scientifiche specifiche, di formazione e di supporto clinico all'intervento dei medici e delle equipe dei SerD nel settore della terapia del dolore severo.

## ***Sicurezza sociale e sanità penitenziaria***

*Concettina Varango*

Quali competenze devono avere gli operatori che si occupano di persone con problemi di dipendenza? Come possono affrontare questa «prima linea» dei servizi, per offrire una prestazione professionale adeguata ed efficace? Il loro compito non è facile. Si relazionano con persone che spesso non sono ben disposte al cambiamento, devono svolgere contemporaneamente il ruolo d'aiuto e quello di controllo, si confrontano con un quadro normativo complesso e mutevole. Senza dimenticare che anche il concetto stesso di dipendenza è in continua evoluzione.

Chi lavora con persone che hanno problemi di dipendenza da alcol e droga ha un compito non facile. Deve svolgere contemporaneamente un ruolo d'aiuto e di controllo. Inoltre deve confrontarsi con norme che cambiano continuamente, con dipendenze mutevoli e sostanze in evoluzione. Oltre agli approcci relazionali, ovvero come aiutare e sostenere una persona con problemi di dipendenza, un aspetto sul quale deve essere preparato ogni operatore è quello legato alle sostanze stupefacenti. Quali sono, cosa sono e quali effetti hanno.

Importante è la condivisione di percorsi per l'accertamento diagnostico che riguardino in particolare l'idoneità alla guida e la sicurezza sul lavoro.

Il carcere è l'Istituzione che più di ogni altra intercetta persone alcol/tossicodipendenti.

La popolazione alcol/tossicodipendente in carcere comprende le fasce più marginali e problematiche della Società. Per gran parte si tratta di persone che vivono molti problemi: poli-dipendenza, patologie psichiatriche associate, famiglie disfunzionali, bassa scolarizzazione, situazioni di povertà. Tra i detenuti alcol/tossicodipendenti una quota significativa è costituita dagli stranieri senza permesso di soggiorno.

Il primo obiettivo per il consumatore di sostanze che entra in carcere è assicurargli le cure necessarie e più appropriate (compresa la terapia antiastinenziale e sostitutiva), poi facilitarne l'inserimento in percorsi di reinserimento sociale e lavorativo (se i requisiti di legge lo consentono). Accompagnare un detenuto verso un percorso lavorativo e di reinserimento sociale non è solo un atto di Giustizia, ma un intelligente contributo alla sicurezza sociale.

Per avere accesso alle misure alternative, è necessaria la diagnosi di alcol/tossicodipendenza. Ma, a differenza di un tempo (quando il tossicodipendente era quasi esclusivamente l'assuntore di eroina per via endovenosa), oggi fare diagnosi di alcol/tossicodipendenza è più complesso. L'alcol/tossicodipendenza è una malattia cronica recidivante e la diagnosi non può basarsi esclusivamente sul dato biologico del riscontro tossicologico (su urine o capello), ma sulla valutazione di un insieme di parametri comportamentali e ambientali che hanno favorito, nella persona, lo sviluppo dell'alcol/tossicodipendenza. Per questo motivo appare opportuno rivedere i criteri di diagnosi di alcol/tossicodipendenza in carcere. Bisogna, peraltro, non dimenticare che è lo stesso ordinamento penitenziario a prevedere che il soggetto possa dichiarare il proprio stato di alcol/tossicodipendenza, in qualunque momento della sua carcerazione.

Ribadita l'opportunità che il trattamento dei soggetti alcol/tossicodipendenti dovrebbe avvenire in contesti differenti dal carcere, resta il fatto che i tossicodipendenti in carcere ci finiscono. Per questa ragione, sebbene l'obiettivo primario dell'equipe sanitaria dovrebbe essere quello di favorire l'accesso dei detenuti alcol/tossicodipendenti alle misure alternative, è importante prendersi cura dei detenuti attraverso la promozione di processi di valutazione e di prevenzione delle ricadute.

I protocolli operativi per il trattamento delle tossicodipendenze in carcere sono una realtà assolutamente poco frequente, ma assolutamente necessaria, magari anche soltanto per poter disporre di dati nazionali ricavati su basi omogenee e che quindi riflettano la realtà del Paese.

I protocolli operativi devono prevedere procedure condivise, fino alla modulistica ed al follow up. Le aree di azione da codificare sono *l'intake* (invio/primo contatto), *l'accoglienza*(trriage), *la valutazione e la diagnosi* (multidisciplinare), *il progetto terapeutico* (interno ed esterno al carcere), *il monitoraggio* (in corso di detenzione ed in misura alternativa), *le dimissioni ed i trasferimenti*, *la prevenzione*, *la documentazione del processo* (cartella clinica, registri, modulistica).

La diagnosi di tossicodipendenza in carcere rappresenta uno dei momenti più importanti per la vita giudiziaria della persona coinvolta, in quanto è il requisito fondamentale per poter uscire dal carcere e poter essere ammesso alle misure alternative. La diagnosi, che è un importante atto medico-legale, deve essere formulata soltanto da un servizio specialistico (Ser.T.) secondo una procedura rigida, ripetibile e dimostrabile nei risultati e ciò comporta tempi non brevissimi per una esatta formulazione diagnostica e per la redazione del certificato.

Cosa diversa invece è il riconoscimento precoce di una sindrome astinenziale che deve essere diagnosticata e trattata nel più breve termine possibile. Ovviamente, astinenza non è sinonimo di dipendenza, ma ne è soltanto un sintomo che deve essere completato con i risultati dei dosaggi dei metaboliti delle sostanze stupefacenti, con l'esame della documentazione clinica posta in visione, con trattamenti pregressi sia presso comunità terapeutiche che presso il Ser.T.

Una buona parte dei Ser.T. che lavora in carcere ha una procedura standardizzata di diagnosi medico-legale di tossicodipendenza, ma le procedure possono variare da un servizio all'altro.

Il settore dei minori autori di reati e coinvolti nel consumo delle sostanze stupefacenti e/o alcol è una realtà totalmente differente da quella degli adulti sia per il diverso ordinamento giudiziario che favorisce massimamente le misure alternative rispetto alle misure cautelari in carcere.

In ambito minorile è rilevante il problema della diagnosi, tanto che nelle statistiche ministeriali.

## **Organizzazione dei Servizi e valorizzazione degli operatori**

*Faro Giuseppe*

Nei prossimi anni assisteremo ad una vera e propria rivoluzione dell'organizzazione del servizio sanitario italiano essenzialmente per 2 motivi:

1. la disponibilità di cure con altissime percentuali di guarigione di gravi malattie (neoplasie, malattie genetiche, malattie infettive ecc) a costi esorbitanti
2. l'incremento di disabilità e malattie cronic-degenerative con prolungata sopravvivenza in condizioni di scadente qualità di vita

E' evidente che tali 2 condizioni non potranno attingere risorse "ad libitum" dal medesimo bacino ma i 2 settori andranno in qualche modo regolamentati e contingentati sia nelle priorità di intervento che nei volumi di prestazioni.

In assenza di decisioni politiche ed etiche, non certo facili in questo periodo storico che non privilegia la partecipazione dei cittadini alle decisioni, vi è la possibilità che la bussola della "scientificità" offra su un piatto d'argento una soluzione semplice, seppur temporanea, per orientare le scelte ad es. privilegiando gli interventi validati dalla EBM che con tutta evidenza favorirebbe le "nuove terapie" del primo punto a scapito degli interventi complessi sulla cronicità.

Il settore "dipendenze" rientra a pieno titolo tra gli interventi complessi (e per i quali difficilmente sono ipotizzabili interventi di "guarigione" seppur costosi) e pertanto a rischio dismissione secondo il ragionamento articolato precedentemente.

In questo scenario il lavoro da svolgere e le linee da seguire nel prossimo triennio, con l'obiettivo unico di continuare a garantire possibilità di sostegno e cura per le persone fragili, sono quasi obbligate e possono essere così riassunte:

- orientare i servizi all'agilità organizzativa: non è importante il contenitore ma il "pool" di interventi possibili che si riesce a garantire (al di là dei LEA che diverranno obsoleti allorché emergeranno anche nel nostro ambito le liste d'attesa già presenti in altri settori)
- includere sempre di più nel "core business" dei servizi gli interventi in collaborazione con l'autorità giudiziaria (carcere, affidamenti, messe alla prova, minori, prefettura, commissioni patenti), gli interventi nel mondo del lavoro (medici competenti e datori di lavoro), il legame con il territorio, l'intervento sulle urgenze sia nel territorio che in ambiente ospedaliero.
- investire sul doppio accreditamento dei nostri servizi quello politico (chi decide dove allocare risorse in un sistema che sarà in forte tensione) e quello dato dai cittadini, utenti compresi, investendo sul territorio.

Tutto ciò non potrà essere fatto senza il sostegno degli operatori dei servizi (la nostra vera ricchezza) che vanno fortemente motivati su un impegno non solo professionale ma anche "ideale" (la consapevolezza di essere un baluardo a difesa delle persone fragili, gli ultimi degli ultimi della società) e valorizzati nei loro interventi che spesso salvano la vita e restituiscono dignità alle persone.

## **Prevenzione prossimità riduzione del danno**

*Maria Luisa Grech*

La prevenzione è essenziale per arginare le dipendenza sia da sostanze sia comportamentali e deve essere sviluppata in parallelo con gli interventi di riduzione del danno.

La letteratura scientifica ha dimostrato che, gli interventi di prevenzione, nelle dipendenze, devono prevedere anche interventi che mirano alla promozione della salute.

Allargare il paradigma della prevenzione alla promozione della salute ha avuto due fondamentali conseguenze:

- l'asse degli interventi si è spostato dall'individuo considerato "a rischio" alla collettività;
- si è rivisto lo schema del contrasto al comportamento considerato "negativo" a vantaggio del rinforzo delle potenzialità e delle risorse "sane" della persona.

La riduzione del danno, generata da un approccio pragmatico di politiche dirette a ridurre le conseguenze sanitarie e sociali collegate al consumo occasionale o cronico di sostanze, ha assunto nel tempo una sempre maggiore rilevanza clinica. La premessa deriva dalla presa d'atto che esistono persone che, per ragioni infinite, non vogliono o non riescono ad interrompere il consumo di sostanze. Gli interventi terapeutici finalizzati all'astinenza allontanano questi pazienti dai servizi e li lasciano in balia della loro dipendenza.

Gli interventi di rdd sono finalizzati prevalentemente all'aggancio e alla stabilizzazione del sintomo tossicomano come inevitabile premessa per un trattamento orientato al cambiamento. Le azioni sociali messe in atto, insieme ai trattamenti farmacologici, nei programmi di riduzione del danno definiscono il concetto di prossimità.

Per il prossimo triennio questo settore si pone i seguenti obiettivi:

- la prevenzione:
  1. Diffondere il pensiero che la prevenzione è una scienza e come tale deve essere pensata, programmata e attuata secondo criteri dell'evidence based;
  2. Adoperarsi affinché gli interventi di prevenzione siano sempre effettuati da professionisti competenti e specificamente formati.
  3. Diffondere la cultura per cui la prevenzione è un bene comune e non può essere demandata agli enti o confinata solo a "categorie a rischio"
  4. Potenziare gli interventi preventivi che hanno dimostrato effettiva validità rispetto ai costi sostenuti.
- La prossimità /riduzione del danno:
  1. Promuovere la cultura della riduzione del danno come parte integrante degli interventi nei servizi;
  2. Definizione delle procedure attuative (funzionamento, organizzazione, obiettivi, personale etc.) delle diverse tipologie di interventi messe in atto nei servizi per la riduzione del danno, in modo da poter creare un linguaggio comune, che sia la premessa di una omogeneità di valutazione
  3. misurabilità degli obiettivi dichiarati

## **Management clinico**

*Dott. Francesco De Matteis*

Il sistema dei Servizi per la prevenzione ed il trattamento delle Dipendenze Patologiche è chiamato a cambiare passo e nonostante le enormi difficoltà tutt'ora esistenti deve puntare senza indugi al Total Quality Management (TQM) la cui introduzione è fondamentale per uniformare l'outcome agli standard qualitativi riconosciuti ed ottimizzare le prestazioni.

A tal proposito sono da superare quelle ataviche resistenze che negli anni hanno impedito sistematicamente ai Servizi per le Dipendenze di poter guardare con interesse e concretezza al cambiamento, altra sfida importante è riuscire finalmente ad andare oltre i retaggi culturali, ideologici e politici che ancora oggi agiscono quale corpo frenante per l'intero sistema organizzativo.

Bisogna dunque qualificare i Servizi, dotandoli di strutture idonee, adeguando le piante organiche nel rispetto della multidisciplinarietà, per noi elemento caratterizzante e qualificante, senza prescindere dall'esigenza crescente di accrescere la professionalità ed il tasso di esperienza dei nostri operatori, nel tentativo di voler migliorare la qualità delle prestazioni, ottimizzandole.

Urge, pertanto, una vera e propria rivoluzione nel nostro sistema organizzativo per giungere in tempi piuttosto brevi a quella necessaria riconversione dei Servizi che deve trovare riscontro non solo nel cambio di sigla da Ser.T. a Ser.D., ma quel che maggiormente assume rilevanza è riuscire a pervenire ad una riconversione "vera" del sistema, da attuare attraverso l'adozione di logiche e criteri qualitativi.

Oggi questa nostra esigenza di voler "riconvertire qualitativamente" il sistema di cure nelle Dipendenze Patologiche deve fare i conti con le scelte di indirizzo adottate dalla stragrande maggioranza delle Regioni Italiane, le quali hanno ritenuto di dover cancellare dagli atti Aziendali i "vecchi" Dipartimenti per le Dipendenze Patologiche ed istituire i cosiddetti Dipartimenti unici "Psichiatria e Tossicodipendenze".

Se è vero che per certi versi psichiatria e dipendenze patologiche camminano di pari passo, ed i numerosissimi casi di comorbilità psichiatrica ne sono una conferma eloquente, è pur vero, però, che il tentativo di unificare in un unico sistema di governo clinico due mondi così diversi rappresenta, soprattutto per noi Operatori dei Servizi per le Dipendenze Patologiche, una sfida rischiosa e probabilmente un ulteriore corpo frenante che interverrà nell'immediato futuro a rendere ancor più complicato e difficile il cammino intrapreso verso la qualificazione del nostro sistema di cure.

Nonostante i rischi incombenti si è tuttavia chiamati ad affrontare la sfida e dare risposte adeguate in tempi non lontani, pur consapevoli delle difficoltà enormi che oggi più che prima intervengono a complicare enormemente ogni impulso di crescita e di cambiamento in un sistema di per sé complesso ed eterogeneo quale quello delle Dipendenze, nel cui contesto rientrano accanto ai Ser.D. le Unità di Strada, i Centri di Ascolto, le Comunità Terapeutiche etc. e dove tutti sono chiamati, in primis, ad uniformare prestazioni ed interventi sui singoli pazienti, se si vuole tendere ad un "sistema qualità".

I macrolivelli ai quali agire nel tentativo di applicare il TQM sono sostanzialmente due: da un lato bisogna intervenire sui singoli Servizi, quali centri erogatori di prestazioni, non trascurando peraltro l'importanza del secondo macrolivello che è rappresentato dall'intero "sistema delle tossicodipendenze", costituito come sopra riportato dai Ser.D., dai centri di ascolto, dalle Unità di strada e dalle Comunità Terapeutiche.

Se per certi versi è importante in questo processo dinamico tener conto della Valutazione dei Risultati (VR), questo dato da solo non ci autorizza a dire che si sia data attuazione al TQM, in quanto il TQM implica un concetto più esteso di "qualità" che necessariamente deve coinvolgere l'intero sistema organizzativo a partire dal rapporto col paziente, dalla modalità di gestione delle risorse, dall'offerta del Servizio, etc.

Altro aspetto importante nel TQM è la valutazione dei risultati, intesa quale esito del trattamento. Valutazione da effettuare in modo oggettivo attraverso una rigida comparazione con standard di riferimento prestabiliti, riconosciuti, identificati e dichiarati ottimali.

Perciò, applicare il TQM significa tendere a degli standard, cui rifarsi in modo costante.

Due sono gli aspetti fondamentali da prendere in considerazione nei processi qualitativi; il primo è rappresentato dall'Equipe, intesa come gruppo di lavoro e dall'organizzazione interna alle singole Unità Operative; il secondo aspetto afferisce, invece, alla "sovraorganizzazione" delle singole Unità Operative, che si concretizza a livello Dipartimentale, ed è questo, oggi, il livello al quale si concentra la nostra massima attenzione, ed il livello al quale si annidano le criticità maggiori, sulla base di quanto in precedenza asserito.

Nel nostro sistema di cure è necessario, dunque, puntare all'ottimizzazione dell'outcome puntando all' "Efficacia" ed all' "Efficienza" delle prestazioni, laddove per efficacia deve intendersi la capacità dimostrabile di una organizzazione, o di un intervento terapeutico, o riabilitativo, di poter produrre risultati positivi oggettivabili. Il termine Efficacia esprime quindi il rapporto che intercorre tra prestazioni erogate (**output**) e risultati ottenuti (**outcome**).

Col termine Efficienza si intende, invece, la capacità di una organizzazione di produrre prestazioni attraverso le quali tendere al migliore risultato possibile in termini di salute aggiunta e di patologie evitate.

Efficienza significa, quindi, erogare prestazioni "utili" al minor costo.

In definitiva il governo clinico nei Servizi per le Dipendenze Patologiche deve essere improntato al "sistema Qualità" per ottimizzare le prestazioni e qualificare nel contempo l'intero sistema dei servizi, nel solco di una professionalità che gli Operatori dei Ser.D. hanno espresso nel corso di tutti questi anni, accreditandosi come Operatori specializzati.

## **Gap e dipendenze comportamentali**

Margherita Taddeo

Il termine “dipendenza” è stato da sempre associato al concetto di “sostanza”. Le classificazioni inizialmente si riferivano ad elenchi di sostanze dotate di potere d’abuso o dipendenza, con quadri psicopatologici tipici caratterizzati da sintomi di intossicazione, astinenza e craving. Studi successivi hanno individuato le basi molecolari e i circuiti coinvolti nella dipendenza come il cosiddetto “circuitto di gratificazione” (reward system). Con il passare del tempo si è osservato che alcuni comportamenti patologici presentavano sul piano clinico alcune proprietà simili alla dipendenza da sostanze come: la ripetitività; la tensione anticipatoria in attesa della soddisfazione; la gratificazione, una scarica di piacere nell’ eseguire tali comportamenti e il craving in relazione alla mancanza. Questi comportamenti coinvolgevano le stesse strutture cerebrali delle dipendenze da sostanze e gli stessi criteri fisiologici di tolleranza e astinenza, sebbene al posto della sostanza vi fosse un’attività. **Le Dipendenze Comportamentali o New Addiction, sono caratterizzate da comportamenti, che per molte persone rappresentano parte integrante del normale svolgimento della vita quotidiana, ma che per altri individui possono assumere caratteristiche patologiche, fino a provocare gravissime conseguenze per la salute fisica, psichica e relazionale.** In tale scenario, i Servizi per le Dipendenze sono stati chiamati a rispondere ai nuovi bisogni di cura, non più correlati a sostanze stupefacenti o chimiche, ma a comportamenti che vanno dal gioco d’azzardo alla **dipendenza sessuale, dalla dipendenza da Internet a quella affettiva e alla spesa (shopping) compulsiva.** Tali Dipendenze, in crescente aumento, sembrano correlabili a diversi fattori di rischio a livello ambientale, conseguenza della collusione tra interessi di mercato e comportamenti che caratterizzano da sempre la vita delle persone; per cui si prospetta una crescente diffusione di forme di dipendenza da comportamenti che, nelle modalità estreme, producono sofferenza e patologia. Da ciò la necessità di definire criteri sempre più precisi e sofisticati per distinguere ciò che è patologico da ciò che non lo è, in considerazione del fatto che esistono forme assimilabili alla dipendenza, ma che non possono essere diagnosticabili come patologiche e che sono ascrivibili al carattere culturalmente rilevante della propensione a eccedere, dell’indebolimento della capacità critica, della brama di successo, della voracità consumatoria di relazioni e affetti. Nello specifico, il gioco d’azzardo è andato incontro, nell’ultimo decennio, ad un incremento dell’offerta e un abbassamento della soglia di consumo, senza tuttavia una adeguata previsione di strumenti a salvaguardia delle situazioni patologiche e degli effetti collaterali sfavorevoli che si sono potuti osservare a seguito di questa aumentata disponibilità. La diffusione dei luoghi di gioco ha stimolato a più livelli nella popolazione generale un aumento del comportamento di Gioco d’azzardo Informale e ricreativo, comportamento volontario rischioso per la salute psicofisica e sociale dell’individuo e che può avere una possibile evoluzione prognostica negativa verso il Gioco d’Azzardo Patologico (GAP). Il DSM-5 ha sancito il riconoscimento ufficiale di questo comportamento nella categoria delle dipendenze, diagnosticandolo come: Disturbo da Gioco

D'azzardo con diversi livelli di gravità. Per alcune persone il Gioco diventa un' esperienza totalizzante, un modo per estraniarsi dal mondo per ore e ore, il cui nucleo centrale non è la speranza di vincere e guadagnare soldi, ma la possibilità di "staccare" dalla realtà entrando in una dimensione narcisistica di onnipotenza.

Parallelamente all'espandersi del gioco d'azzardo si sta assistendo a livello nazionale ad un fenomeno nuovo, una mobilitazione dei cittadini e di un numero sempre crescente di organizzazioni rappresentative le cui finalità vanno dalla solidarietà e attenzione ai problemi sociali, alla difesa di categorie ritenute vulnerabili, agli interessi professionali, ai timori per le derive culturali indotte dal fenomeno, alla preoccupazione di famiglie toccate dai danni economici causati dal gioco.

La mobilitazione ampia che sta scuotendo anche il mondo politico, costituisce un fenomeno davvero nuovo e interessante per il nostro paese, che sarebbe utile analizzare, anche per esplorare nuovi paradigmi ed integrare il modello biomedico nell'approcciare queste forme comportamentali potenzialmente additive. Le numerose esperienze di prevenzione in atto testimoniano questo crescente interesse per cui sarebbe fondamentale un processo socialmente sostenuto, fatto da azioni educative e da accordi che sappiano temperare gli interessi economici con la salute.

In questo scenario appare fondamentale la formazione degli operatori, la strutturazione di interventi di prevenzione, l'avvio di studi e indagini epidemiologiche e la standardizzazione di procedure diagnostiche e percorsi terapeutici che possano aiutare gli operatori nell'affrontare nuovi compiti e nuove sfide nell'organizzazione dei Servizi delle Dipendenze. Quest'ultimi inoltre dovrebbero incrementare il confronto e la collaborazione con gli altri Servizi, con il privato sociale e con il volontariato anche attraverso una progettualità comune per far fronte ai bisogni di prevenzione, cura e riabilitazione .

Da tale premessa emergono in sintesi i seguenti obiettivi per le linee programmatiche del settore Gioco D'azzardo Patologico e Dipendenze Comportamentali:

- Rapporti con le Istituzioni;
- Rapporti con le Federazioni Regionali attraverso l'individuazione di un referente del settore, nell'ambito di ogni direttivo regionale, al fine di promuovere la formazione di un gruppo di lavoro sul GAP e Dipendenze comportamentali;
- Formazione degli operatori e delle diverse professionalità dell'equipè multidisciplinare anche attraverso la progettazione di percorsi specifici ;
- Collaborazioni con Università pubbliche e private, con il CNR e altri Enti al fine di avviare indagini epidemiologiche e lavori di ricerca sul GAP e dipendenze comportamentali;
- Ampliamento della rivista Federserd Informa on-line sulle altre dipendenze comportamentali ed eventuale aumento di frequenza nella pubblicazione;
- Prevenzione: individuazione di nuovi modelli strategici d'intervento e di collaborazione con altri Servizi, con il privato sociale e l'auto-aiuto;

- Individuazione di procedure diagnostiche e di percorsi terapeutici per il GAP e le dipendenze comportamentali;
- Fondi GAP: destinazione, utilizzo e progettazione in collaborazione con le Regioni;
- Proposte progettuali a livello nazionale e regionale e partecipazione a progetti già avviati;
- Organizzazione dei Servizi per il GAP e Dipendenze Comportamentali presso i Dipartimenti o i Servizi delle Dipendenze.

## ***Integrazione strategica delle professioni e delle reti territoriali e del sistema dei servizi***

*Antonella Manfredi*

Il termine integrazione è di fatto alla base degli interventi dei SerD.

Integrazione all'interno dei servizi, tra le diverse professionalità, dove la persona è al centro della cura e la presa in carico è multiprofessionale.

Integrazione con il territorio che deriva dai compiti istituzionali dei SerD che collaborano con più agenzie: comunità terapeutiche, scuola, carcere, comuni, regione, terzo settore.

Dall'istituzione dei SerD ad oggi molte cose sono cambiate, lo sviluppo delle neuroscienze, le dipendenze comportamentali, l'acquisto on line di sostanze, ed altro ancora, ma il termine integrazione resiste, ed è più che mai diventato importante.

Con il passare degli anni ogni figura professionale che lavora nei servizi ha acquisito nuove conoscenze e nuove competenze.

Affinchè l'integrazione si possa realizzare questo patrimonio di conoscenze deve essere condiviso, in particolare ai fini di un'integrazione strategica occorre partire dall'individuazione e dalla differenziazione delle singole figure professionali ,attivando un confronto tra le specifiche professionalità su temi specifici

Allo stesso modo gli interventi con le agenzie del territorio presuppongono Servizi con compiti ben definiti e confini chiari che possono rapportarsi in modo significativo ed incisivo.

Il programma che propongo dovrebbe articolarsi in tre tempi

Costituzione di gruppi monoprofessionali il cui scopo è un confronto su un tema specifico

Costituzione di gruppi pluprofessionali che si confrontano su un progetto

Progetti significativi attivati dai SerD in collaborazione con agenzie territoriali con agenzie territoriali