

no essere trasparenti.»

Chairman Dott.ssa Marina DAVOLI:- «Adesso parlerà il professor VETERE, responsabile del Bollettino per le farmacodipendenze e l'alcolismo del Ministero della Sanità.»

Prof. Carlo VETERE:- «Cercherò, molto brevemente, di riassumere alcuni concetti che sono stati già detti, però li trasformo in maniera un po' democratica. Alla luce dell'attuale legislazione, affermare sia pure nel periodo precedente alle elezioni, che alcuni trattamenti verranno vietati, è contro la legge e di questo ho informato anche i Giudici della Corte Costituzionale; è contro la legge in quanto si possono vietare dei trattamenti che non sono basati sull'evidenza scientifica e basta. E' semplicissimo, cioè posso dire che non lo faccio, posso non finanziare un trattamento, ma non posso vietarlo perché io, tossicodipendente, vado dal Giudice e denuncio e il Giudice mi dà ragione, c'è poco da fare in questo senso. Bisogna capirle queste cose, per rendersi conto che si continua a discutere il sesso degli angeli. Mi occupo di molte cose della medicina, ancora adesso sono referee in altri settori che non sono quelli delle tossicodipendenze, dove in effetti sono abituato ormai a vedere soltanto gli studi randomizzati. Il gruppo COCHRANE ha già tirato fuori alcune osservazioni nel nostro settore, ma naturalmente in altri settori ha distrutto tutta una serie di nostre conoscenze che sembravano assolutamente immarcescibili.

Perché è un po' difficile applicare il criterio rigido del doppio cieco in questo settore? Intanto, e questo lo dico per esperienze personali non nel nostro settore ma in altri, i pazienti, io faccio parte di diversi comitati etici, che vengono assegnati a random a un gruppo di controllo o a un qualsiasi braccio, che cosa devono sapere? C'è una lunghissima discussione che non verrà mai risolta, comunque, in questo caso, il tossicodipendente si reca ai servizi, non è che pigliamo la gente in mezzo alla strada, per avere un trattamento, non possiamo dargli un placebo perché è antietico in questo caso.

Diventa anche difficile per altre cose; ho calcolato circa una sessantina di test di gravità della tossicodipendenza, bisogna metterci d'accordo anche quando si fa una ricerca. L'Asl ormai è stata europeizzata, però ce ne sono moltissime altre, esistono anche dei test inglesi che sono stati usati con successo dai nostri colleghi.

Che cosa dobbiamo fare? Mai tornare alle vecchie ricerche osservative empiriche, aneddotiche o all'intention to treat e così via. Bisogna conciliare la randomizzazione e il rispetto dei desideri e dei diritti del paziente.

Quali veri studi randomizzati abbiamo in questo settore? Il termine randomizzati lo intendo sempre nel senso classico, quello del famoso, come si chiama, NAIDA, dell'agopuntura auricolare sul trattamento della cocaina - dipendenza, che però è fatta su soggetti in mantenimento metadonico; non ci dicono niente su come va questo mantenimento. Mettono a confronto soggetti i quali hanno avuto cinque aghi fissi in un punto auricolare, rispetto a quelli che hanno avuto cinque aghi fissi in un punto neutro; questi punti erano legati in parte al dolore di schiena che credo il 90% dei soggetti adulti abbia e quindi c'è un effetto placebo enorme. Non parliamo poi del progetto MUCH sul trattamento di tre diverse modalità di psicoterapia dell'alcolismo: è costato moltissimo, tuttora non fanno altro su ADDICTION che lavorarci sopra, per discutere, però alla fine volevo dire che probabilmente l'orientamento dell'operatore nel selezionare la psicoterapia a cui destinare l'alcolista aveva un'importanza maggiore rispetto alla psicoterapia stessa, in quanto era motivato l'operatore medesimo, ma praticamente i risultati sono stati identici, cioè i soggetti a random, quindi non secondo quello che l'operatore voleva fare, assegnati a una delle tre psicoterapie, hanno dimostrato un miglioramento, per esempio le donne sono migliorate di più, salvo quelli che avevano problemi psicopatologici, che sono migliorati di meno, ma questi insomma erano già dei bias di partenza.

Che cosa dobbiamo fare? Noi abbiamo, per esempio sempre parlando di alcolismo, e qui ne ha già parlato FAGGIANI, abbiamo il nalfexone; in effetti gli americani l'hanno

messo come secondo farmaco nel trattamento dell'alcolismo, gli europei non tanto. Gli americani si sono concentrati solo su due lavori random; su questi noi dobbiamo, a un certo punto, avere un accreditamento, come possiamo averlo adesso per i farmaci in campo europeo. Quando un farmaco è stato in un certo senso introdotto nella situazione di un paese, va bene per tutti gli altri? Perché in questo caso c'è il *sancta sanctorum* della Federal Drug Organization?

Questa è una cosa abbastanza da discutere, perché chiaramente, in altri settori, non so, come per la plusvurufina, la Federal Drug è molto esitante; alcuni invece la esaltano, altri non tanto. Ora, è chiaro che il messaggio è che i risultati vanno valutati alla luce delle componenti locali, degli usi impropri, basti pensare ecco al GHB, alla lotta che gli americani hanno fatto, riuscendo anche a farlo mettere in prima tabella in Italia, senza che in Italia ci fossero dei gravi segni di abuso di questa sostanza che, tra l'altro, era anche in libera vendita.

Voglio concentrare l'attenzione sul metodo Urod. Nella relazione che ho scritto, ho citato una ventina di lavori che ho pubblicato sul bollettino, sull'impiego dell'Urod, non parliamo poi della cosa salvifica, di quello che è successo sulla stampa e tutte queste belle cose; lasciamo stare il Miver e altri.

Molti lavori, giustamente, ma non tutti, tirano fuori il fatto che l'unica selezione utile è quella di soggetti; la fobia della crisi d'astinenza, per cui vogliono tutto e subito in modo da evitarla, non è vera perché poi alla fine, vai a leggerti i lavori e vedi che le crisi astinenziali ci sono lo stesso. Loro dicono che non ci sono crisi d'astinenza e quello del SAN RAFFAELE dice che sono tentativi dell'organismo di riprendere il suo status immunitario. In questo caso, vale la pena spendere soldi? Ci sono delle basi biologiche in questo caso? Sembra di no, perché un monaco pignolo del MOUNT PLUNX INSTITUTE che ti tira fuori? Ho anche delle fotocopie dell'articolo su LANCET. Ti tira fuori che non c'è cioè una base biologica. Lui ha fatto dei lavori sui topi, tutte cose da discutere, per carità, non parliamo di neurobiologia qui, e i dice che è, dal punto di vista biologico di partenza, *unsound*, cioè che proprio che non serve.

Noi sappiamo tutti cosa significa la sensibilizzazione dei recettori da parte dell'antagonista, tutte queste belle cose, per cui c'è poi il rischio dell'*overdose*. Lasciamo da parte queste cose però, per esempio, questo è un caso in cui un amministratore potrebbe non dico vietarlo, perché questo è assurdo, non si deve proibire niente, come giustamente dice qualche giornale in questi giorni, però a un certo punto non si può nemmeno favorirlo; perché andare a rischiare anestesia, queste cose costosissime, quando poi nessuno mi può dimostrare la validità di questa cosa al momento attuale, sia rispetto ai sistemi odierni, sia rispetto a tutto quello che COCHRANE ha messo in evidenza recentemente. Giustamente è stato presentato qui il motivo dell'uno per cento di guarigione o ricovero naturalmente; recentemente sono stati fatti degli ottimi lavori su che cosa significa guarigione, c'è ADDICTION che ha fatto un numero quasi speciale su questo, proponendo delle indagini sugli alcolisti che dichiaravano di essere guariti, facendo una meta analisi dei lavori pubblicati, e vedendo che alla fine, se uno comincia a fare un criterio di selezione piuttosto rigido, ci si accorge che molte di queste persone che dichiarano di essere guarite, non hanno superato il crivello dell'effettiva astinenza.

Dal punto di vista delle disposizioni italiane, oggi come oggi, sia per quanto riguarda il lavoro fatto sulla qualità da parte della Regione Emilia Romagna e da parte del Ministero della Sanità, non si punta più sull'astinenza, ma sulla possibilità di gestire la tossicodipendenza; questo è un fatto importante. Qua siamo in Italia, ho delle fotocopie delle dichiarazioni di pezzi grossi americani, i quali ormai hanno superato la fase del *drug free* e dicono soltanto che bisogna ridurre i danni e che bisogna soprattutto riconoscere il caso. Non voglio fare quello che è favore del metadone, ma ci sono delle dichiarazioni ufficiali, stampate e fatte circolare per i media, mai pubblicate dalla nostra stampa; mi chiedo come mai la nostra televisione, quando parla di droga, nonostante abbiamo degli ottimi funzionari, degli ottimi operatori sia nei servizi che nelle comunità, non c'è una

volta che chiami qualcuno dei servizi; non accade mai e questo chiaramente fa parte della nostra mentalità italiana. All'estero questo non riescono a comprendere. Nemmeno io riesco a comprenderlo, cioè lo comprendo troppo bene. Noi poi, oltretutto, abbiamo nel nostro Paese, rispetto al DE LEON e agli altri, anche una serie di dati che sono molto importanti. L'importanza della ritenzione ormai già è sancita dalla letteratura internazionale. La ritenzione nella comunità terapeutica o in un servizio qualsiasi, ha importanza enorme per il miglioramento globale degli indici vari dell'ASI e così via; cominciamo ad avere anche dei lavori italiani sull'importanza della partecipazione, abbiamo delle comunità non chiuse, aperte, addirittura delle comunità argentine, del Sud America che erano state impostate dagli italiani in modo chiuso, e a cui è stato consentito per esempio di liberalizzarsi. Questo sta avvenendo negli ultimi anni, malgrado la nostra rigidità, come il non dare la posta per i primi tre mesi; le hanno superate perché un po' di cervello ce l'hanno.

L'unica dimostrazione che esiste della fattibilità di alcune cure delle tossicodipendenze è data dalla MANAGED CARE, MEDICARE americana, credo che tutti la conosciate. Io la conosco direttamente per altri motivi, effettivamente cerca di risparmiare all'osso e quindi di ridurre le ospedalizzazioni; per il fatto dell'alcolismo c'è una differenza tra alcuni nostri lavori che giustamente mettono in rilievo come alcuni trattamenti ambulatoriali, riducendo le ospedalizzazioni degli alcolisti, fanno risparmiare e altri studiosi delle alcool-dipendenze che pensano che inizialmente ci voglia una ospedalizzazione intensiva, per poter poi tirare fuori il soggetto e trattarlo a livello ambulatoriale. Questo è un altro aspetto, però è abbastanza importante.

Se hanno tirato fuori che ci sono dei trattamenti che funzionano e che quindi possono essere vantaggiosamente finanziati, rimborsati, addirittura il MEDICAID, che è quello per i più poveracci, chiaramente lo dobbiamo fare. Nel nostro Paese, abbiamo avuto delle leggi regionali, che imponevano determinati dosaggi di un farmaco, e un qualsiasi farmaco non può avere mai dosaggio.

Un'ultima cosa che volevo dirvi è sul paragone tra modello medico della tossicodipendenza e modello non medico o per lo meno sociale, socio - psicologico.

Si parla sempre del diabete, giustamente. Ho pubblicato anche determinate lettere al direttore che dicevano: ma guarda che fai questo paragone e poi alla fine il diabetico ha solo il dosaggio dell'insulina oppure la dieta, eccetera, e oggi non è più vero perché se guardiamo il problema del diabete di tipo Secondo, il problema dell'ipertensione, il problema dell'asma, sono fatti, malattie le quali sono esplose a causa di problemi sociali e culturali. Il diabete è esploso per la westernizzazione dei Paesi dell'Asia Centrale, dell'America latina, dei Caraibi e così via. L'ipertensione ha delle chiare e nette basi non solo genetiche, come anche l'alcolismo, ma soprattutto dietetiche. L'ipocinesia, la mancanza di attività fisica, tutte queste cose nello stile di vita hanno un'importanza enorme per cui oggi il diabetologo, il soggetto, che cura l'iperteso non si limita soltanto al farmaco ma deve promuovere uno stile di vita diverso del soggetto, deve avere un approccio del tutto diverso. Negare queste cose è talmente assurdo, quando poi abbiamo la NAIDA che è stata giustamente citata, che ha speso milioni di dollari per attrezzare i propri laboratori per fare delle ricerche con la PET, con la neurobiologia, dimostrando tutta una serie di cose. Tra l'altro vorrei anche contraddire il mio Ministro, il mio amico Umberto VERONESI, che sostiene che alcune cosiddette nuove droghe non hanno alcuna capacità neurotossica.»

Chairman Dott.ssa Marina DAVOLI:- «Ricordo che dal Dipartimento hanno chiesto di inviare al più presto le relazioni che verranno messe sul sito a un indirizzo web. Il sito è quello del DAS e l'indirizzo è [materiali@genovaduemila.it](mailto:materiali@genovaduemila.it). A questo punto darei la parola al dottor SERPELLONI, del Centro di Medicina Preventiva della Asl 20 di Verona, che ci parlerà dei "Sistemi per la valutazione e il management nei SERT e nelle comunità: dalle parole ai fatti".»

Dott. Giovanni SERPELLONI:- «Vi presenterò un sistema sperimentale di valutazione di management per i SERT e le comunità.

Questo è un sistema che parte da una logica un po' diversa da quella che avete sentito fino adesso, è una logica di management e quindi fa riferimento appunto, come diceva tra l'altro, ho avuto piacere, il professor VETERE, del MANAGED CARE cioè una tradizione che va ad utilizzare una serie di tecnologie messe insieme, tra l'altro vedrete come, che comporta comunque una fusione di insieme di tecnologie per realizzare questi sistemi, sono sistemi che nelle aziende magari non italiane ma in certe altre aziende di tipo sanitario, soprattutto negli Stati Uniti, sono ormai una realtà e noi abbiamo pensato che potevamo anche tentare, rischiare, provare a mettere queste cose anche all'interno delle tossicodipendenze.

La Regione Veneto ha investito moltissimo su questa cosa, parlo sia in termini emotivi, sia soprattutto in termini di investimento finanziario.

Abbiamo organizzato una serie di gruppi di lavoro e io qui, in quindici minuti, vi dovrò far passare una serie di cose, comunque c'è una relazione, ne ho portate tre copie, una la consegno al chairman, se volete poi anche le diapositive sono presso il sito e anche presso lo stand della Regione Veneto.

E' un sistema di valutazione che si colloca con un approccio generale del MANAGED CARE e ci dobbiamo intendere su alcuni termini. Alla fine, quello che abbiamo pensato di realizzare è stato un sistema chiaramente che utilizza una base informatica, perché non è possibile gestire questo tipo di cose senza la tecnologia informatica e anche una tecnologia di un certo tipo, non quella EDP, per esempio, che ha come finalità quella di riuscire in qualche maniera a produrre dei sistemi di supporto alle decisioni, di riprodurre dei dati di valutazione, dell'operatore.

E' un sistema che consideriamo chiaramente sperimentale, è un rischio, però a noi piace rischiare e alla Regione anche, anche se abbiamo già orientato i servizi, informatizzando e creando tutta una serie di reti in Internet su questa cosa, per poterlo ospitare.

La valutazione nella pratica clinica è una cosa molto diversa, non nel senso di antagonismo, ma nel senso che abbiamo delle necessità diverse e utilizziamo la valutazione che viene fuori dagli studi scientifici, dall'evidence based per poter poi lavorare in una situazione di minor probabilità di errore. E' chiaro il discorso: non è quello di fare le cose più giuste, ma quello di una minor probabilità di errore.

I nostri punti di partenza nostri sono stati i problemi pratici che l'operatore ha in ambito clinico, ma anche quello gestionale e organizzativo. Spesso siamo soffocati dalla gestione e da una cattiva organizzazione e non riusciamo a fare una buona opera in ambito clinico; le comunità, ma soprattutto i SERT, lo sanno molto bene.

Il secondo punto di partenza era quello che dovevamo usare un approccio centrato sulla persona, che non fosse quindi un sistema orientato all'efficientismo, cioè a valutare se i servizi funzionano bene e spendono poco e tutta una serie di situazioni più di controllo di gestione che non appunto di una situazione di MANAGED CARE, che è una cosa diversa.

Voi sapete meglio di me che gli operatori, ho usato delle vignette per rendere meno difficile la visione di questa cosa, sono sempre di fronte a dover prendere delle decisioni, a impostare delle azioni magari sui pazienti e da lì ci si aspetta qualche esito. Ma, d'altra parte, abbiamo anche altri operatori o lo stesso operatore che deve anche soddisfare una serie di cose dell'unità operativa, cioè la deve gestire, deve ordinare i farmaci, deve fare tutta una serie di cose che non sono proprio orientate direttamente sul cliente, sull'utente o sull'assistito o sul paziente, come lo volete chiamare, sulla persona forse è meglio.

Da qui nasce una necessità di valutazione, che dovrebbe essere, già cominciate a capire forse il nostro orientamento, sia sull'output e quindi sulle prestazioni che uno eroga, ma anche sull'outcome, sugli esiti di questi trattamenti complessi, integrati o non integra-

ti che siano, e magari qualcuno si comincia anche a chiedere che cosa possono costare questi trattamenti.

Da qui dovremo avere, un sistema di monitoraggio che in qualche modo fornisca informazioni da una parte di tipo "clinico", dall'altra di tipo organizzativo e gestionale. Questo tipo di situazioni già vi orienta sul fatto che il nostro sistema prende in considerazione, come oggetti della valutazione, due ambiti ben diversi distinguendoli, perché spesso si confondono: uno è quello dell'efficienza - parlo per macro parole, quindi mi scuseranno i tecnici in sala ma è meglio farsi capire - che riguarda l'unità operativa, le risorse in relazione alle prestazioni erogate e un altro è il paziente, il cliente a cui vengono erogate e che più riguarda l'efficacia dei trattamenti. Viene fatta questa scissione mentale che era indispensabile fin dall'inizio. In realtà, almeno i medici, ma credo un po' tutti, hanno anche il problema della valutazione diagnostica oltre che prognostica, di efficacia dei trattamenti e di efficienza della macchina che producono questi trattamenti. Questo è un po' il modello concettuale che abbiamo sviluppato come approccio, se volete un po' bocconiano, qualcuno forse può anche criticarlo per questo, ma comunque è orientato al pratico.

La valutazione utilizza l'approccio del TOTAL QUALITY MANAGEMENT, che è un po' diverso da quello che avete visto fino adesso ma che non è in antitesi e ha tre fondamentali ingredienti obbligati.

Il primo: deve essere una attività costante, non si può valutare solo a Pasqua o a Natale, ma è un sistema che deve produrre in tempo reale una serie di dati che fanno capire che cosa stiamo facendo e non fermiamo le macchine, raccogliamo i dati e vediamo le elaborazioni fino a notte perché poi dobbiamo consegnare il rapporto. Non è così che può funzionare. I servizi non hanno questa possibilità.

Ci vuole una contemporanea attenzione alle risorse che ci mettiamo dentro: soldi, risorse umane, tecnologiche, logistiche, ma messe in relazione soprattutto ai processi che uso, e adesso stiamo proprio andando su una logica praticamente esclusiva di processo, non solo noi ma anche altre organizzazioni più importanti di noi, su quello che produco, distinguendo molto bene fra le prestazioni e gli esiti. Posso lavorare molto e non produrre niente in termini di esito e quindi deciderò se vale la pena farlo, posso lavorare meno e magari produrre di più in termini di outcome.

Quindi, la differenza fra output e outcome non è una differenza semantica, è una differenza estremamente concettuale molto forte, molto importante.

E sempre un altro ingrediente è la comparazione con qualche standard che qualcuno ha fissato come standard di eccellenza o obiettivo da raggiungere per cui noi andiamo poi a vedere se, rispetto a un obiettivo fissato, l'abbiamo raggiunto o no e quanto ci scostiamo in più o in meno, se ci devono dare gli incentivi o no.

La logica, ancora per riportarvi più all'interno nel discorso del modello che abbiamo sviluppato, è quella di utilizzare un'analisi di un processo produttivo, una parola che potete utilizzare come volete, che significa che ci sono delle risorse, ci sono dei processi cioè tutte le vostre metodologie e i modi che avete di lavorare; si creano delle prestazioni che, riversate su un paziente, una persona, dovrebbero creare un outcome. Attenzione, perché ci sono tutti i fattori confondenti, esterni, e non sempre a una prestazione corrisponde un esito, questo lo sappiamo bene nella tossicodipendenza.

Quando mi arriva un cliente, applico dei processi diagnostici, all'inizio e a distanza più o meno periodica, dei processi assistenziali cioè do delle prestazioni, quindi erogo qualche cosa e questo è il mio output; consumo delle risorse che possono essere le ore di lavoro e spero di produrre comunque un esito che in termini molto semplici, o semplicistici se preferite, è il grado di patologia evitata in termini di prevenzione e l'altro è il grado di salute aggiunta. Se mi è arrivato un malato morto, mi scuseranno di questo i tecnici, qualcosa ho fatto in termini di stare un po' meglio, stare un po' meno peggio. Poi vedremo anche il discorso degli indicatori che devono essere chiaramente selezionati, ma soprattutto collegati agli obiettivi.

Sono d'accordo con quello che diceva Fabrizio prima cioè non esiste un intervento non valutabile, questa è la mia opinione, se volete un po' radicale; l'intervento non valutabile vuol dire che ha bisogno di approfondire lo studio su quali sono le modalità per valutarlo, ma con questo non si giustifica l'applicazione di questo intervento.

Detto questo, sugli input, gli indicatori che si usano di solito sono indicatori di costo; sui processi, che è una cosa un po' particolare in cui non vorrei entrare troppo, il grado di aderenza ai processi che prima dichiaro come processi di eccellenza, il che vuol dire che il servizio deve fare un elenco di quello che dovrà fare in accoglienza, di come gestirà una terapia, di come farà una dimissione, riprenderà una recidiva. Poi ci sono l'efficienza interna e il coefficiente di variazione, ma non entro più di tanto in questa cosa. C'è un altro indicatore che si può usare per monitorare le prestazioni, il volume e la densità prestazionale; questo significa, in poche parole, quante prestazioni di vari tipi posso dare su questa persona: qui ci sono due macro indicatori, che poi devono essere declinati e vedremo come, il grado di salute aggiunta e la patologia evitata per l'outcome. Esistono degli strumenti e anche degli applicativi che possono essere utilizzati. Pochi conoscono queste cose, alcune le abbiamo sviluppate noi, alcune sono sul mercato da un sacco di tempo.

Che cosa abbiamo fatto? Una operazione di dense marker spinto. Abbiamo preso una serie di strumenti, tra cui anche l'ASI o l'ASIDE, tutto quello che potevamo, mentre abbiamo costruito questa cosa che si chiama MMFP, che è una piattaforma dove ci sono tutta una serie di applicativi, di moduli, che permettono di costruire un database relazionale e quindi di riuscire a mettere dentro una serie di dati che poi possono essere messi in relazione fra loro per ricostruire quanto costa un outcome, in termini di costi o un output, se quel processo è stato seguito con una buona aderenza o no.

Spero che il modello concettuale vi sia chiaro. Non è così semplice quello che ho detto, me ne rendo conto: le quattro discipline che abbiamo utilizzato per costruire questa cosa sono qui rappresentate, è l'evidence based practice, per quanto riguarda la definizione del modello clinico che vorremmo seguire nelle sue grosse tracce, il processo di engineering per quanto riguarda la definizione dei processi e sono tutti strumenti che si possono utilizzare, il total quality management e l'information communication technology. Il sistema doveva agganciare quindi un processo produttivo che già tutti facciamo quotidianamente, tutti i SERT e le comunità nel tempo, con un sistema di information communication technology.

Questo tipo di situazione è stata possibile attraverso quella piattaforma. Oggi ho capito qualcosa di più rispetto a quello che non avevo capito; sono convinto che comunque i servizi devono comprendere con quale modello eziopatogenetico stanno lavorando, non che sia da impostare la valutazione su questo, ma ci sono dei modelli impliciti, la gente lavora con queste cose, se non si tira fuori questo e non si mette in un modello che sia esplicitato all'interno dei servizi, non si riesce a costruire un meccanismo di gestione delle varie cose.

Quindi, gli obiettivi sono diversi dall'assistente sociale, allo psicologo o al medico. Mettiamoci attorno a un tavolo, e vediamo che cosa possiamo mettere insieme. Questo era un esempio di come si possono utilizzare tecniche, che sono appunto patrimonio del management e si può andare a valutare l'input molto facilmente; i costi interessanti che il sistema vi può dare sono le risorse, i costi delle prestazioni e i costi dei risultati, in termini di giorni; per esempio, quanto costa un giorno di terapia efficace o un giorno di terapia inefficace, con semplici cose che abbiamo a disposizione all'interno dei servizi. Passo alla valutazione dell'outcome che è estremamente discussa. Ci ho pensato su moltissimo e anche il gruppo, tutti ci abbiamo pensato su moltissimo, ma noi possiamo valutare l'outcome in vari modi. Esiste il modo rigorosissimo, scientifico, quando tu fai i gruppi di controllo e le randomizzazioni e tutte queste cose e siamo d'accordo che è effettivamente molto corretta la cosa e però, secondo me, non è adattabile all'interno del lavoro clinico quotidiano. Non sto negando la validità nell'identificare una terapia, dico solo

che forse ci possiamo spostare più su una valutazione di tipo manageriale cioè base lines, standard predefiniti. Identifichiamo degli obiettivi su questa situazione e andiamo a confrontarci nel tempo, non è detto che non possiamo trarre situazioni del tipo "quel trattamento funziona meglio di questo" ma possiamo trarre una valutazione e il valore informativo che ti dà è "dato un obiettivo, l'ho raggiunto o no".

Se questo può essere troppo avanzato, si può anche fare un altro sistema, che è l'analisi degli scostamenti; calcoliamo una media di come si comportano normalmente casi che hanno più o meno la stessa gravità in entrata e andiamo a vedere quanto ci scostiamo rispetto a questi. I sistemi informatici permettono di fare queste cose ormai in maniera molto semplice.

Come vi dicevo, i due macro indicatori sono questi, il grado di salute aggiunta e il grado di patologia evitata, da cui andiamo a utilizzare un sistema che sia quello di andare a vedere la gravità clinica in ingresso e periodicamente dopo tre o sei mesi o con un periodicità che decideremo essere logico e razionale per quel tipo di patologia; se lo facciamo così su tutti i pazienti, avremo una standardizzazione della valutazione abbastanza buona.

Ora, quali sono i quattro indicatori? Secondo me sono: l'uso di sostanze - in poche parole, si fa ancora o non si fa, questa persona utilizza o no varie sostanze - poi c'è la qualità di vita intesa però in un modo particolare, la performance psico sociale - cioè è integrato, lavora o no? - e infine l'incidenza di patologie correlate, tutto ciò che riguarda la riduzione del danno.

Su questi quattro macro indicatori si è potuto costruire un sistema che, mentre tu lavori, introducendo semplicemente le tue prestazioni e andando a somministrare degli strumenti, essi andranno a valutare la gravità nel tempo; per chi vuole utilizzare l'ASI, questo vuol dire somministrarlo all'inizio e magari dopo sei mesi. Sono trenta minuti a questionario, o quaranta, insomma due ore. Ci sono degli altri strumenti informatizzati che forse richiedono meno tempo; questa è una uscita, come vedete, di un paziente prova, in cui ci sono l'uso di sostanze, la performance psico - sociale, la qualità di vita e le patologie correlate. Ha un tempo T1, T2 che possiamo decidere noi come servizio oppure estemporaneo. I sistemi servono anche per agevolare la lettura del caso clinico, e sono stati studiati anche con i colori; c'è la percentuale di raggiungimento dell'obiettivo, perché comunque il servizio ha definito che se io metto una persona in terapia dovrei azzerare queste sostanze e quindi se ne trovo dentro, vuol dire che non ho raggiunto ancora tutto l'obiettivo.

Il sistema è estremamente pragmatico, è dotato di molte possibilità di errore, ma che permettono di capire un po' meglio come può andare la situazione.

E' un'applicazione innovativa, ha un costo zero, non c'è business dietro, per evitare qualsiasi tipo di malinteso, nel senso che essendo stata sviluppata in una struttura pubblica, non è coperta da copyright, la cediamo molto volentieri, ma ci sono alcuni vincoli e dato che questo è il nome della piattaforma, se la volete vedere è attiva presso lo stand della Regione Veneto, quello che serve per poterla mantenere, per ottenere una valutazione contemporanea, sono dai venti, venticinque minuti al giorno. Sono state fatte tutta una serie di prove perché non potevamo creare un sistema che uccidesse gli operatori. I miei non sono ancora morti per il momento.

Questa cosa utilizza un protocollo di comunicazione, e rispondo a una domanda che mi aveva fatto qualcuno sul discorso delle comunità, che è Internet; cioè vuol dire che, piantato in tutti i SERT e in tutte le comunità, e utilizzando Internet, forse non siamo abituati ancora a questo tipo di situazione, è come se avessimo praticamente tutti i SERT e tutte le comunità nel nostro ufficio, mi sono spiegato? Le distanze geografiche vengono abbattute, con dei sistemi che i venditori di caramelle a livello nazionale utilizzano per i fornitori; si possono creare una serie di cose e noi le abbiamo create, abbiamo addirittura allestito un sito pubblico, con fondi pubblici, senza provider esterno, in modo che si possano anche transitare i dati sensibili. Noi non faremo questo per il momento; creando poi

delle reti virtuali, si chiama EVELINK, questo permette che cosa? Di mettere in rete e cominciare a utilizzare anche una serie di scambi di dati, utilizzando come piattaforma di elaborazione di questi dati l'MMFP che avete visto.

C'è una distribuzione gratuita per i SERT e le comunità accreditate, con solo due vincoli: la partecipazione al gruppo di ricerca e sviluppo, nel senso che non serve portarsi a casa il software, non è il dischetto che si dà eccetera, ma vorremmo avere dei ritorni sulle possibilità, le difficoltà, la migioria e l'esclusione di finalità commerciali. Chi accetta non deve farne commercio.»

Chairman Dott.ssa Marina DAVOLI:- «Ora la parola passa al Tenente Colonnello GASBARRI, che parlerà di "Attività di prevenzione delle tossicodipendenze e del disadattamento giovanile in genere nel contesto militare".»

Ten. Col. Antonino GASBARRI:- «Tutti si debbono presentare ma a maggior ragione gli sconosciuti, quale mi ritengo di essere. Sono psichiatra e anche psicoterapeuta e ho l'incarico di dirigere la Sezione di psicologia medica militare, presso la Direzione Generale della Sanità militare, che è un organismo che coordina tutte e tre i vertici sanitari delle Forze armate, adesso direi quattro, perché le Forze armate sono Esercito, Marina, Aeronautica e recentemente l'Arma dei Carabinieri; quindi la Direzione Generale di Sanità militare coordina gli ispettorati sanitari di queste quattro Forze armate e quindi ha anche un'azione di emanazione di direttive di carattere generale, riguardo alla sanità militare e nella fattispecie la psicologia militare.

Partecipo volentieri a questa sessione della Conferenza, su invito del Dipartimento per gli Affari Sociali; il direttore generale della Sanità militare, il generale ispettore Antonio MORICARICO, mi ha affidato questo compito di delineare sinteticamente le attività delle Forze armate nel campo della prevenzione delle tossicodipendenze e del disadattamento in genere.

Prima però occorre fare una brevissima premessa: che diavolo ci fa qua un uomo in divisa a presentare un po' una realtà che è quella militare, così particolare e così peculiare? Intanto occorre dire che è gioco forza confrontarci, noi e la realtà ambientale nella quale siamo. Le caserme non stanno sulla luna, stanno sul territorio nazionale e quindi un confronto ci deve essere; sono qui per apprendere e in questi due giorni ho appreso tanti elementi e tante informazioni utilissime, però sono qui anche a rendere un po' più chiaro, più trasparente quello che è il nostro modo di operare nel campo della prevenzione. Questo appunto perché le Forze armate ritengono di non essere un corpo isolato rispetto al nostro Paese, ritengono anzi di essere una realtà che deve confrontarsi, che deve avere un rapporto reciproco con le altre componenti della nostra società. Adesso cercherò di elencare nel più breve tempo possibile il nostro impegno rivolto soprattutto al personale di leva attualmente; in un prossimo futuro sarà invece più pregnante la componente professionale dell'esercito. Come voi saprete i militari di leva andranno via via a diminuire nei prossimi anni; la fine della leva è prevista operativamente nel 2006.

In questa diapositiva sono delineati grosso modo i settori di intervento su cui cerchiamo di operare in termini preventivi. Innanzi tutto c'è lo studio della struttura di personalità degli iscritti di leva e delle reclute. Come iscritti di leva noi intendiamo le persone che ancora non sono alle armi, non sono entrate in caserma, ma che sono iscritte nelle liste di leva, quindi sono civili che vanno a fare la famosa visita dei tre giorni. Poi c'è l'azione di informazione e di educazione alla salute, a livello delle caserme, sul personale militare, ma anche a livello dei quadri, quindi dei comandanti che andranno a comandare poi le unità. Poi abbiamo l'attività vera e propria di supporto psicologico, la preparazione specifica del personale e infine l'attività di ricerca scientifica.

Col breve tempo a disposizione, mi rendo conto che probabilmente non potrò approfondire tutti quanti questi argomenti. A Roma si dice: dove arrivo metto il segno, vorrà dire che poi, in una prossima volta, eventualmente, completeremo il discorso.

Lo studio della struttura di personalità degli iscritti di leva e delle reclute, la consideriamo un'attività di prevenzione, anche se è una attività selettiva vera e propria. Dobbiamo tenere presente che le Forze armate sono un settore di attività estremamente stressante, quindi è per noi di fondamentale importanza prendere elementi che diano una ragionevole garanzia di poter sopportare degli stress che altri lavori non possono dare.

Questa azione come si sviluppa? Si sviluppa con uno screening personologico che è stato introdotto dall'87. Il livello qualitativo della selezione si è elevato recentemente con la somministrazione routinaria di un test di personalità e di un colloquio psicologico generalizzato, vale a dire su tutti gli iscritti di leva che si presentano ai Consigli di leva.

Teniamo presente che parliamo di numeri grandissimi. Gli iscritti di leva ogni anno sono circa 400.000 e quindi questo è uno screening che noi facciamo a livello generalizzato. Recentemente, è stata anche studiata la possibilità di introdurre un nuovo test, proprio pensato in collaborazione con l'Università di Roma, per le esigenze della Difesa e che sostituirà il test attualmente in vigore che è il Minnesota.

L'attività di supporto psicologico. Questa parte cercherò di trattarla molto velocemente, avvalendomi dei lucidi. Questa attività è capillarmente estesa a livello di ogni ente, corpo o reparto, quindi a livello proprio generalizzato e si basa su tre capisaldi, generalmente cioè i centri di coordinamento e di supporto psicologico, i dirigenti del servizio sanitario, gli ufficiali consiglieri. Questi capisaldi entrano in gioco in un momento in cui non si richiede un intervento prettamente specialistico; in un prossimo futuro cercheremo di inserire anche in questo ambito, che è un ambito puramente territoriale, pure una componente proprio psicologica.

E' di pochi mesi fa l'attuazione di concorsi per psicologi militari sottotenenti; psicologi militari perché adesso ci sono soltanto psichiatri, cioè medici. Per le nostre esigenze psicologiche, ci avvaliamo di consulenti civili, dopo un debito addestramento formativo, per quanto riguarda le cose militari; non prendiamo lo psicologo civile dal suo mondo e poi lo catapultiamo nella realtà militare senza nessuna formazione in proposito.

I centri di coordinamento e di supporto psicologico, abbiamo detto che sono costituiti a livello di brigata, reggimenti, scuole o istituti di formazione. Seguono l'evoluzione dei disadattamenti giovanili e forniscono omogeneità di indirizzo al supporto psicologico nelle caserme, sotto la loro guida. Sono costituiti da un ufficiale d'arma esperto, in genere che ha venti, venticinque anni alle spalle di vita militare e quindi sa quali sono le problematiche di adattamento che si incontrano in caserma, dall'ufficiale medico e un capellano militare. Ripeto, contiamo, a breve termine, di affiancare anche la figura dello psicologo militare. Teniamo presente che questo è un momento non specialistico, cioè il ragazzo entra in caserma e può manifestare un disadattamento di qualsiasi tipo ed esso viene valutato da queste figure. I dirigenti del servizio sanitario sono degli ufficiali medici, sono consulenti del comandante, individuano e ove possibile trattano direttamente in caserma i problemi disadattivi dei giovani di leva, mantengono contatti con i centri di coordinamento di supporto psicologico e, questo è importante, avviano ai consultori psicologici quei militari che non possono essere trattati in caserma.

Entriamo poi nella seconda fase, quella specialistica. Fino ad ora abbiamo individuato una fase non specialistica. La fase specialistica è data dai consultori psicologici e poi ne parleremo più approfonditamente. I consultori psicologici rappresentano il supporto psicologico specialistico, sono in attività sin dai primi anni '80 e però sono allocati negli ospedali militari in genere, tranne che per l'Aeronautica militare che li ha dislocati proprio in enti operativi sul territorio. Quindi sarebbe auspicabile anche per le altre Forze armate seguire un po' l'esempio dell'Aeronautica militare, far uscire i consultori psicologici dagli ospedali militari e metterli proprio sul territorio, nelle caserme, però attualmente ancora non è possibile fare questo, perché i medici militari e gli psicologi militari sono ancora pochi rispetto alla realtà che debbono andare a valutare e infatti questo si ripercuote sulla composizione dei consultori psicologici. L'attività è diretta da ufficiali medici specialisti in psichiatria o psicologia medica - io stesso sono stato dirigente del consulto-

rio psicologico di Roma, alla Cecchignola, prima di ricoprire questo incarico - però si avvale di un numero consistente di consulenti, civili sia psichiatri che psicologi e soprattutto sia di sesso maschile che femminile. Questa attività è rivolta a quei militari che, per problematiche di natura disadattiva e quindi anche perché consumatori occasionali di sostanze stupefacenti, si configurano come soggetti a rischio.

Un'altra cosa che emerge è questa, le Forze armate, proprio per normativa, non possono trattare la prevenzione terziaria, perché la normativa che è data dal Testo Unico in materia di tossicodipendenza, del '90 stabilisce dei precisi limiti e quindi è ovvio che noi ci ripetiamo nella prevenzione ai cosiddetti consumatori occasionali di sostanze stupefacenti o tossicofili, come noi li chiamiamo. Quando si presentano casi di vera e propria tossicodipendenza, il nostro meccanismo preventivo nostro è ancora la selezione, cioè la persona viene allontanata dalla vita militare. I nostri numeri sono piccoli, noi abbiamo avuto, per esempio, nel '99, 2.990 casi di persone che hanno usato sostanze stupefacenti e in questa valutazione entrano anche gli iscritti di leva, cioè gente che è stata vista dai consigli di leva, che non era in caserma; le 2.990 persone che hanno usato stupefacenti vanno raffrontate ai 170.000 militari alle armi e ai circa 400.000 iscritti di leva visti nei Consigli di leva. Questo è il raffronto.

Questa diapositiva mostra i 2.990 casi, suddivisi a seconda della posizione militare. Vediamo che la stragrande maggioranza sono attinenti al personale di leva e soltanto la minima parte a coloro che sono in servizio permanente.

La diapositiva successiva focalizza l'attenzione sul fatto che i 2.990 casi non sono da riferire a persone tossicodipendenti.

Potremmo catalogare come tossicodipendenti quei 266 casi che hanno rivelato un uso giornaliero di sostanze, o tutt'al più quei 640 casi che hanno rivelato un uso di qualche volta a settimana. Quindi, fra i 2.990, il numero dei reali tossicodipendenti è estremamente basso, e riguarda tutte le droghe comunque. La successiva diapositiva illustra, sempre negli anni '99 e '98, la prevalenza delle droghe. Vediamo che è estremamente elevata la prevalenza di cannabinoidi che arriva all'86% dell'uso di sostanze stupefacenti che abbiamo riscontrato. Segue la cocaina, che addirittura è maggiore come prevalenza rispetto all'eroina e poi l'ecstasy, che è una prevalenza estremamente contenuta, e anche le altre droghe.

L'intendimento della Direzione Generale di Sanità militare è quello però di fare lo stesso qualche cosa per i soggetti legati alle tossicodipendenze che noi incontriamo nel nostro cammino, non limitarsi ad allontanarli dal servizio militare e basta. In questi giorni è allo studio l'ipotesi di creare una unità di coordinamento che possa raccordarsi con le strutture civili, le comunità terapeutiche sia pubbliche che del cosiddetto privato sociale accreditato, in modo che le tossicodipendenze che noi riscontriamo nel corso così, della nostra attività possano venire indirizzate da noi direttamente a una comunità terapeutica.

Sarebbe maggiormente auspicabile anche un'altra cosa, cioè evitare la riforma e far sì che il provvedimento militare sia subordinato al fatto che il soggetto si presti, si impegni all'inserimento in una comunità terapeutica. Questo sarebbe auspicabile però, per fare questo, occorre un cambiamento della normativa che riguarda appunto le Forze armate sempre sulla legge sulla materia della droga.

L'ultima cosa che volevo dire riguarda l'attività di ricerca scientifica che viene coordinata dalla Sanità militare. Posso presentare a titolo di esempio una pubblicazione che è proprio di questi giorni e quindi è uscita di stampa proprio ieri e deve essere ancora presentata ufficialmente. Per correttezza non lo farò, perché appunto vorrei che venisse presentata dagli autori e al Ministero della Difesa; è una pubblicazione che riguarda lo studio statistico ed epidemiologico su circa 35.000 giovani alla visita di leva, cioè una ricerca penso unica in Italia per vastità di campione.

Questa ricerca è stata condotta in coordinamento con l'Università La Sapienza di Roma, l'Istituto di Scienze demografiche, e ha comportato un enorme sforzo logistico da parte della Sanità militare, perché sono state fatte campioni, delle analisi su tutto quanto il cam-

pione dei drug test, sono state messe in atto delle attività in tutta Italia e questa ricerca, ovviamente, verrà presentata, e vi invito poi, quando sarà resa pubblica, a valutarla.»

Dott. Augusto MAGNONE: «Due minuti fa ho scritto il titolo del mio intervento, perché, sulla base di quello che ho sentito ho deciso di modificare il taglio, nonché il tempo, per cui ho scelto un titolo lunghissimo: "Necessità di una valutazione elementare di efficacia dei trattamenti delle tossicodipendenze omogenea ed obbligatoria su tutto il territorio nazionale". Questo perché parto da una riflessione: voi avete visto tutti in una diapositiva proiettata ieri da VERONESI, ma forse la maggior parte di voi conosceva già questi dati, l'evoluzione che hanno avuto i trattamenti farmacologici in Italia negli ultimi dieci anni, per cui alcuni trattamenti, i trattamenti metadonici a scalare sono praticamente discesi moltissimo, il naltrexone è sceso moltissimo, la clonidina idem, i trattamenti non specificati idem ed è aumentato il numero dei trattamenti a metadone a mantenimento. La comunità. Non esiste più a livello di operatori l'antagonismo metadone e comunità; molte comunità incominciano a dare il metadone, quelle che non lo danno non contestano più il metadone e penso che anche dall'altra parte i SERT riconoscano l'utilità e la necessità in molti casi della comunità.

Perché sono avvenuti questi cambiamenti? A parer mio sono avvenuti perché nel corso di dieci anni gli operatori dei servizi del pubblico e del privato, da un approccio di tipo ideologico sono passati ad un approccio molto diverso, che ha implicato sia maggiori conoscenze scientifiche, sia che molti servizi hanno incominciato a mettere in atto degli strumenti di valutazione dei risultati che li hanno indotti poi a mutare le modalità di intervento.

Accanto a questo, se da una parte abbiamo avuto questo processo faticoso, lungo di maturazione, dall'altra parte abbiamo sentito tutti ieri, se c'eravate, certi interventi di molti assessori e di alcuni politici; è stato distribuito, non c'era una etichettatura, una sigla politica, però era firmato da GASPARRI, GIOVANARDI, da tutta una serie di personaggi, un documento in c'erano delle linee guida che potrebbero essere trasformate in linee guida operative o addirittura, tramite legge, rese obbligatorie da una prossima coalizione politica.

Qui c'era un ritorno al passato, nel senso che si stabiliva, per i trattamenti metadonici, non più di 90 giorni, per i trattamenti a mantenimento, solo in casi estremamente rari, in pazienti che dovevano essere proprio selezionati e ritenuti irrecuperabili.

D'altra parte, abbiamo delle prese di posizione della Magistratura. Voi tutti forse saprete che questi trattamenti metadonici a tempo protratto o a mantenimento, come preferite chiamarli, sono ritenuti penalmente illeciti dalla Corte di Cassazione e la Corte di Cassazione fa giurisprudenza.

Sono state in questi anni fatte diverse sentenze, tutte uguali, della Corte di Cassazione, l'ultima è del 2000, per cui è abbastanza recente, nella rete assolutamente sono caduti i medici di base per cui non è importato niente a nessuno.

Ultimamente l'episodio ha riguardato un grosso SERT di Milano. Fatto sta che la Corte di Cassazione, alla faccia che la legge consenta certi trattamenti e che certi trattamenti vengano riconosciuti anche dal mondo scientifico, ritiene illegittimi, e pertanto non terapeutici, tutti i trattamenti che siano di lunga durata, non a scalare e non finalizzati a un programma successivo di recupero, il che significa che per un SERT che cadesse in un magistrato, bene intenzionato o male intenzionato, e si arrivasse ad una denuncia e se si arrivasse a livello di Corte di Cassazione, la condanna probabilmente, per il SERT, per questi operatori, sarebbe dagli otto ai ventidue anni, dato che in ogni SERT ci sono numerosi pazienti che vengono sottoposti a questi trattamenti. Ho visto, per il centro di Milano, le aggravanti: concorso, associazione a delinquere perché il fatto veniva commesso da troppi medici. Al medico curante che ha solo quattro pazienti si applicherebbe il comma, non mi ricordo più se 3 o 4, per cui si farebbe solo dai due ai quattro anni di carcere, sarebbe un privilegiato.

Ho apprezzato moltissimo tutti gli interventi che ci sono stati sulla valutazione di efficacia della qualità e siccome sono stato un primario del SERT, sono tutte cose che condivido; però anche qualora mettessimo in atto delle procedure simili, al momento non le ritengo percorribili, perché non tutti i SERT sono in grado di effettuare, non verrebbero probabilmente comprese dai politici, che non hanno avuto la stessa maturazione che invece hanno avuto gli operatori. Forse i nostri politici, le poche riviste scientifiche che facciamo non le leggono, per esempio il Bollettino delle tossicodipendenze, e poi non sanno l'inglese perché altrimenti sulla valutazione dei trattamenti ci sarebbero tonnellate di materiale.

Allora dobbiamo incominciare a fare delle valutazioni che costringano, che siano comprensibili dai politici e che siano effettuabili da tutti i servizi.

La ritenzione al trattamento, le curve di sopravvivenza al trattamento, che sono estremamente banali e un minimo di validità ce l'hanno sulla valutazione di efficacia dei trattamenti: incominciamo da quelle e poi nessuno vieta di inserire tutta una serie di altri indicatori che probabilmente molti SERT stanno già utilizzando, mentre altri non sono in grado di farlo.»

Chairman Dott.ssa Marina DAVOLI:- «Adesso passerei direttamente agli interventi.»

Intervento:- «Non mi sono preparato l'intervento, dico due cose come comunicazione, nel senso che oggi si è sottolineata moltissimo da parte di tutti gli interventi, che sono stati fatti l'importanza dell'outcome come elemento forte, nel senso che nella diversificazione degli interventi che andiamo a mettere in atto, ciò che ci interessa in modo particolare è che ci sia questa attenzione al risultato; nel senso che posso lavorare di meno, ma avere, un outcome migliore rispetto a quello che avrei dalla produzione di prestazioni e di una qualità dei processi, degli output stessi, di un certo tipo.

Il discorso dell'outcome è un elemento che è venuto fuori, è continuamente rimandato e la cosa che mi è dispiaciuta in parte è il fatto che non è stata messa all'interno di questa sessione. La mia richiesta di intervento era proprio per non giocare in questo contesto, un'esperienza già fatta dal '97 fino ad oggi, che è ancora in attivo, e la stiamo facendo come Regione Emilia Romagna, di utilizzo, come Regione sperimentale, su un progetto nazionale del Ministero della Sanità. E' appunto la sperimentazione di alcuni strumenti di outcome, dopo che abbiamo fatto un lavoro di circa un anno e mezzo per addivenire a una condivisione di alcune dimensioni di outcome, che forse erano condivise da tutti i responsabili dei SERT dell'Emilia Romagna e dai responsabili degli osservatori e da alcuni operatori. Questo lavoro lungo è stato fatto, ha portato poi alla strutturazione di un sistema di produzione dell'outcome che ritorna continuamente nel discorso della qualità della vita e del rapporto con le sostanze, due dimensioni che tornano anche a livello nazionale, e dalle 16 Regioni sono in qualche modo state individuate come elementi condivisi. Da parte nostra c'è una sperimentazione di questo, con l'individuazione di alcuni strumenti che ci hanno permesso poi di testare queste due dimensioni nei nuovi utenti arrivati al servizio, attraverso queste due dimensioni che abbiamo individuato e la costruzione di indicatori di affrancamento dalle sostanze, indicatori di qualità della vita e indicatori di percezione del rischio, che possono essere presi a se stanti. ma anche incrociati fra di loro.

Questo lavoro, presentato a metà ottobre in un convegno europeo a Bologna, ha messo in risalto alcuni risultati, nel senso che non tutti gli osservatori dell'Emilia Romagna hanno implementato questo sistema di produzione dell'outcome, però di fatto almeno 5 osservatori lo hanno attivato e negli atti di quel convegno abbiamo anche presentato i risultati in questo senso.

Era interessante vedere la valutazione dei soggetti attraverso un'analisi dei risultati di questi indicatori, vedere a distanza, dal tempo T1, la differenza di questa evoluzione del soggetto, in parte dovuta ai trattamenti che ha ricevuto dal servizio, ma anche in

parte rispetto a una serie di fattori esterni, di vita che la persona stessa agisce all'interno del proprio contesto affettivo, relazionale, familiare eccetera.

Questa sperimentazione va chiaramente ulteriormente specificata e valutata in alcuni elementi magari di difficoltà nella sua implementazione, ma ha un valore, un peso non indifferente.

La cosa che volevo mettere in risalto è che abbiamo già dei dati già pubblicati, dei dati che andremo a pubblicare ulteriormente e che ci danno dei rimandi in questo senso. Nessuno strumento di valutazione dell'outcome si riesce ad implementarlo all'interno dell'organizzazione del servizio, se non è accettato e condiviso dagli operatori stessi. Le informazioni che noi mettiamo in gioco, che andiamo a rilevare con gli strumenti di rilevazione appunto in riferimento agli indicatori di outcome che abbiamo individuato, devono assolutamente essere condivise dagli operatori e devono assolutamente avere un ritorno negli operatori stessi affinché il sistema abbia una sua validità e anche una sua attendibilità perché si giocano, anche nel modo in cui tu somministri lo strumento, nel modo stesso in cui glielo proponi, effettivamente delle distorsioni di informazioni di un certo tipo.

L'importante è implementare un sistema dell'outcome all'interno di un servizio, con il coinvolgimento degli attori primi, che sono appunto gli operatori che lavorano in quel servizio.

Finché si rimane al livello del progetto chiaramente possiamo disquisire e avere una grossa definizione e precisazione; nella sua implementazione richiede continuamente un rinforzo della motivazione degli operatori e un ridare significato alla stessa motivazione proprio nel corso del lavoro medesimo.

Il problema è trovare, rispetto agli indicatori di outcome che andiamo ad individuare, degli strumenti che possono sia rispondere alle esigenze degli operatori dal punto di vista clinico, sia a una serie di esigenze del servizio dal punto di vista della direzione, della dirigenza. Questa mediazione, chiaramente, non è facile, non è immediatamente recepitibile, però è l'unica scommessa che effettivamente si può giocare in un sistema di questo tipo, perché diversamente rischia di essere molto bello come modello progettuale. Se ci appoggiamo solamente al livello manageriale, ciò diventa troppo limitante a livello, di confrontabilità dei dati.»

Intervento:- «C'è stato un progressivo aumento di utenti in carico, ne contiamo 140.000 e vogliono i risultati. Io sono la prima, ero abituata a lavorare in un altro ambiente e quindi il risultato non gratificava solo l'utente, ma anche me e quindi riduceva il burnout degli operatori. Ci dobbiamo anche chiedere se qualcuno ha mostrato un grafico di come e quando sono aumentati gli operatori impiegati in questo settore. Io non ho visto dei dati, ho l'impressione che in realtà questo monitoraggio non viene fatto e si ripercuote in senso negativo su quelle che sono le valutazioni che ognuno di noi vorrebbe fare.

Tutte le cose che abbiamo visto sul monitoraggio, sull'esito clinico e poi alla fine sull'esito manageriale, saranno importanti, però l'esito clinico è quello che i non addetti ai lavori vogliono, ma soprattutto lo vuole la famiglia, lo vuole sapere il Comune, lo vuole sapere l'ente che collabora e quindi è anche giusto che tutti dicano quello che fanno e lo diciamo pure noi e lo vorremmo dire.

Credo che per fare tutta questa bella cosa fondata sull'informatizzazione, detta dal dottor SERPELLONI, non abbiamo in realtà le persone; c'è un alto turnover, non c'è incentivo a restare nel servizio.

Abbiamo chiesto un gettone per riconoscere agli addetti nel settore medico infermieristico che fanno i prelievi per il comparto, un rischio infettivologico e ciò non è stato mai preso in considerazione. Quali sono gli incentivi in questo settore per gli operatori? Non lo so, ma ho l'impressione che gli operatori, dal '92, '93, siano rimasti immutati come numero e lo sia stato anche il numero dei servizi; per rispondere a tutte queste cose, c'è bisogno anche di forze umane che io avverto a livello periferico, e non ci sono per dav-

vero.»

Intervento:- «Se noi andiamo a vedere che cosa succede all'estero, per gli interventi sulle tossicodipendenze, non troviamo una struttura simile a quella dei SERT. Se prendiamo, per esempio, le cliniche del metadone, la struttura più complessa che esiste dopo il SERT, ci rendiamo conto che per dodici ore di apertura, c'è un medico ogni 350 pazienti contro quello che prevederebbe, che poi non è rispettato, l'organico dei SERT, cioè 10 medici per 350 pazienti. Che poi ce ne siano 5, ma rispetto a uno, è tanto. Lo stesso discorso vale per l'altro personale. Le cliniche del metadone hanno uno psicologo a diciotto ore alla settimana, considerano questi interventi integrati, per cui funzionano di più, poi un assistente sociale, 10 assistenti, circa 6, 7 infermieri e invece un counselor per ogni 35 pazienti.

Noi abbiamo invece per 350 pazienti, un rapporto operatore/paziente di 1 su 25, 1 su 35. Mi chiedo come mai queste strutture, per non parlare di quelle europee, con pochissimo personale, riescono a fare una valutazione dei trattamenti, cioè chiediamoci anche questo.»

Dott. Giovanni SERPELLONI:- «Sono molto d'accordo con quello che ha detto. Io ho visitato le cliniche del metadone a New York, soprattutto il BAILEY Hospital, per esempio, ne ha una molto grande e i parametri sono questi.

Quindi forse c'è bisogno di riorganizzare i servizi dall'interno su una situazione, io la chiamo manageriale, o di MANAGED CARE, che non vuol dire semplicemente andare a controllare i costi o a computare i costi. E vorrei dire una cosa al collega dell'Emilia Romagna. Io non sono molto d'accordo, non è polemica, è proprio un confronto di metodologia, sul fatto di fare lunghi percorsi di discussione con i servizi per mettersi d'accordo sugli indicatori di outcome da utilizzare, perché questa è una tecnica che, sinceramente, nel business noi conosciamo molto bene e non fa ricco sicuramente l'ente pubblico, ma fa ricco qualcun altro. Sarò molto crudo, se vuole, però la questione è questa.

Non credo che ci si debba discutere, tanto perché un medico, nel momento in cui si fissa, per esempio, un indicatore di outcome per una terapia antibiotica per una polmonite, non è che debba discutere se quell'indicatore, che è la guarigione della polmonite, è condiviso o no perché ci sono delle evidenze talmente sedimentate nella letteratura scientifica che ti dicono cos'è che c'è da fare senza tanto discutere.

Il fatto di creare una discussione per identificare il modello e l'indicatore, potrebbe essere funzionale a qualcos'altro. Io dico come domanda. Proviamo a valutare il fatto di costruire dei modelli di MANAGED CARE e allora sì che dovremo andare a discutere in un'altra maniera con l'operatore. Questo fa parte della formazione e dell'addestramento, mi spiego? Non starei a discutere tanto sugli indicatori, se non sul fatto di dire: guardate che quello che ci riporta la letteratura è questo, lo usiamo o no? Direi poi che le Regioni hanno un ruolo fondamentale su questa cosa.»