

Congresso tematico nazionale FederSerD "Buone Pratiche e Procedure Terapeutiche nella Gestione del Paziente Alcolista"- Sanremo, 20-22 settembre 2006
Tavola rotonda: "Dalle necessità cliniche all'organizzazione dei servizi"
Prof. Gaspare Jean (via M. Melloni 68 20129 Milano- Tel.02 714830)

DALLE NECESSITA' CLINICHE ALLA ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI.

La pianificazione di una assistenza socio-sanitaria integrata è alla base del coinvolgimento delle associazioni di promozione sociale nella rete dei servizi socio-sanitari di una zona; tuttavia le associazioni col vincolo dell'anonimato, come i gruppi che utilizzano il metodo dei 12 passi (G12P) per interventi nel settore delle dipendenze pongono problemi particolari.

A questo proposito dobbiamo analizzare i seguenti punti:

- A) Come si configurano dal punto di vista legislativo i G12P?
- B) La legislazione attuale permette e/o facilita una collaborazione tra servizi socio-sanitari e G12P?
- C) Se l'integrazione a livello legislativo è sufficiente, lo è anche l'integrazione organizzativa?
- D) C'è uno sforzo da parte degli operatori per arrivare anche ad una integrazione professionale, e questi eventuali sforzi trovano un riscontro favorevole nei G12P?

COME SI CONFIGURANO I G12P NEL QUADRO LEGISLATIVO VIGENTE.

I G12P hanno caratteristiche intermedie tra l'associazionismo e il volontariato, riassunte nella tabella allegata; infatti l'affiliazione nel gruppo riguarda tanto persone che presentano analoghi problemi e che si prefiggono le stesse finalità di vicendevole aiuto (come novellano le normative sull'associazionismo), quanto persone che desiderano "porgere una mano a chi è ancora nel problema" (cioè l'essere rivolti anche verso terzi avvicina i G12P al volontariato). A questo proposito va peraltro sottolineato che nei G12P questo interesse verso chi è ancora attivamente dipendente, non viene fatto per "aiutare l'altro" ma per "aiutare se stessi" in quanto lo sguardo empatico verso le sofferenze del dipendente aiuta a "ricordarsi di come si era" prima di frequentare i gruppi.

Inoltre va notato che i G12P si interessano dei problemi del dipendente, non delle dipendenze; tipico a questo proposito è lo slogan di AA: "AA si occupa di alcolisti e non di alcolismo".

Non esiste quindi una legge che si adatti al 100% alle caratteristiche dei G12P; la normativa che però meglio si ritaglia alle loro esigenze è la legge 383/2000 "Disciplina delle associazioni di promozione sociale"

La legge citata riconosce infatti come associazioni di promozione sociale le associazioni che svolgono compiti di utilità sociale sia a favore degli associati che di terzi; le finalità della legge 383/2000 ("...favorire, salvaguardandone l'autonomia, il conseguimento di finalità sociali, civili, culturali e di ricerca etica e spirituale") sono invece in parziale contrasto colle finalità dei gruppi che sono unicamente centrate sulle persone e non sui problemi.

Altro punto che può rendere difficile l'applicazione della legge ai G12P è il non riconoscimento esplicito del vincolo dell'anonimato; questo può rendere difficile attuare convenzioni tra servizi socio-sanitari pubblici e G12P. Inoltre l'ente pubblico richiede una verifica della prestazione che i gruppi con vincolo di anonimato difficilmente possono eseguire.

Questi limiti sono però superabili come dimostrano le convenzioni tra G12P ed alcune Regioni o con la FIMMG, attraverso la figura del fiduciario o delegando la verifica agli operatori stessi che utilizzano i G12P nella loro attività professionale.

Tabella 1

PARAMETRI	ASSOCIAZIONISMO	VOLONTARIATO	G12P
Caratteristiche	Autofruitore di aiuto	Fornitore di aiuto	Fruitore e fornitore
Dimensioni	Anche su scala nazionale	Idem	Piccoli gruppi, con coordinamento eventuale
Finalità	Aiuto agli associati + rivendicazionismo	Aiuto a terzi + rivendicazionismo	Aiuto a sé per produrre un cambiamento
Interesse	Verso un problema	Verso un bisogno	Verso sé, con finalità di autonomia, autostima
Portatori di valori	+	++	Identità del gruppo, come aiuto a migliorare se stessi
Anonimato	No	No	Si per i G12P
Rapporti colle istituzioni	Interesse alla promozione, progettazione e gestione di servizi	Idem	Interesse limitato a facilitare l'attrazione di chi è ancora dipendente
Riferimento al principio di sussidiarietà	Si	Si	Neutralità
Rapporti economici	Impegno finanziario dei soci + richiesta finanziamenti	Fonti varie + richiesta finanziamenti	Autonomia dei gruppi (VII tradizione)

ASPETTI LEGISLATIVI DELLA INTEGRAZIONE TRA SERVIZI PUBBLICI E G12P

Le leggi e le normative nazionali e regionali che regolano l'integrazione tra servizi socio-sanitari e associazioni di promozione sociale (e quindi anche i G12 P), sono soddisfacenti; infatti in campo sanitario viene considerata auspicabile una collaborazione con le associazioni (legge 833/78 e successivi decreti legislativi: 502/92, 517/93, 299/98); anche numerosi piani regionali considerano positivamente questa possibilità.

Anche le normative che regolano il settore sociosanitario (DPCM del 14.2.2001 e DPCM del 29.11.2001) non sono contrari a questa possibilità.

E' però soprattutto la legge 328/00 che riforma l'assistenza sociale che favorisce l'integrazione tanto di servizi sanitari e sociali, quanto tra strutture pubbliche e mondo dell'associazionismo; in particolare il volontariato e l'associazionismo vengono valorizzati coi seguenti compiti:

- a) promozione di iniziative territoriali su temi specifici;
- b) progettazione dei piani di intervento anche in collaborazione con gli operatori del settore; il coinvolgimento avviene fin dai primi stadi della progettazione;
- c) intervento nella gestione dei servizi.

Il quadro legislativo promosso dalla 328/00 permette da un lato di coinvolgere direttamente i soggetti non profit per definire progetti e piani, mettendo a frutto le capacità ideative e progettuali delle associazioni, ma dall'altro presuppone una grande capacità delle amministrazioni comunali di mantenere il controllo degli indirizzi programmatici, indirizzi con cui il sindaco ha ottenuto il consenso elettorale.

Va inoltre ricordato che i G12P si occupano di dipendenti, non di dipendenze, per cui possono avere una certa difficoltà ad interagire nella fase di progettazione dei servizi; questo inconveniente può essere superato attraverso un fiduciario non dipendente (non alcolista)

ASPETTI ORGANIZZATIVI DELLA INTEGRAZIONE TRA SERVIZI PUBBLICI E G12P

Se il quadro legislativo è sufficiente per creare una integrazione tra servizi e gruppi di auto-aiuto, bisogna ora analizzare gli strumenti giuridico-amministrativi che permettono di organizzare una effettiva collaborazione tra pubblico e queste associazioni.

E' evidente che si debba giungere ad un ACCORDO DI PROGRAMMA; questo può comportare alcune difficoltà per i G12P basati sull'anonimato in quanto le procedure escono da canoni standardizzati; in altre parole si richiede al funzionario responsabile del procedimento amministrativo fantasia e volontà di adattare le normative alla specificità dei G12P. E' possibile questo?

- 1) La legge 157/95 che regola gli appalti nei servizi e nei lavori pubblici è piuttosto rigida, perseguendo soprattutto la necessità di trasparenza nel mercato dei servizi socio-sanitari. Ma i G12P, per loro tradizione sono fuori da qualsiasi forma di mercato; la direttiva europea 2004/18/CE pur confermando la base di impianto della legge 157/95 apre alcuni spazi utili per normare la collaborazione tra servizi socio-sanitari e G12P: ci si riferisce al "dialogo competitivo" che permette la emanazione di un bando generale che impegni il privato sociale nella fase di progettazione del servizio, come d'altra parte stabilito dalla legge 328/00 e da numerose normative regionali. Questa procedura che, tra l'altro, permetterebbe ai Comuni di meglio puntualizzare i loro indirizzi nei confronti delle associazioni del terzo settore facendo risaltare un più vasto interesse generale, non viene in genere seguita.
- 2) Il coinvolgimento collaborativo col terzo settore, può però anche avvenire attraverso "ACCORDI DI COLLABORAZIONE" previsti sia dal TUEL sia dalla legge 241/90. Ritengo che questa sia la forma migliore per coinvolgere organicamente i G12P nella rete dei servizi coordinati da Comuni e ASL.

Confezionato l'accordo di programma è possibile includere i G12P in quella rete relazionale che costituisce il "Capitale sociale" di un territorio insieme ad altri soggetti dell'associazionismo e del volontariato.

L'ente locale ha quindi la possibilità di coordinare e mettere in rete una serie di attori sociali facendone convergere gli sforzi verso due finalità essenziali: inclusione sociale dei soggetti problematici al massimo livello possibile permesso dalle loro condizioni; cooperazione di tutte le associazioni del territorio che mantengono non solo la loro specificità di intervento ma la loro autonomia.

Un territorio con uno sviluppato Capitale Sociale non solo rafforza sensibilmente quelle reti di protezione che intervengono nei momenti di difficoltà dei singoli individui, ma rafforza la capacità di intervento della comunità nei settori più vari della vita civile e permette l'estrinsecarsi delle potenzialità dei singoli individui (empowerment).

I G12P possono partecipare a pieno titolo alla costituzione del capitale sociale di un territorio e questo è in accordo con le loro 12 tradizioni. Inoltre modificano "lo stile di coping" del singolo dipendente (accentuandone l'empowerment) guadagnandolo successivamente ad una attività nei confronti di chi è ancora nel problema.

Purtroppo gli EE.LL. e le ASL hanno poco sviluppato le politiche di welfare basate sulla valorizzazione del capitale sociale e anche questo contribuisce a far sì che l'integrazione tra associazioni e servizi pubblici socio-sanitari non sia soddisfacente.

INTEGRAZIONE PROFESSIONALE TRA OPERATORI DEI SERVIZI PUBBLICI E G12P

L'integrazione professionale rappresenta il terzo livello di integrazione tra servizi pubblici e privato sociale. Questa integrazione è meno difficile coi gruppi di auto-mutuo-aiuto che prevedono

un operatore o un volontario indottrinato dal servizio di riferimento, come conduttore del gruppo; questa figura è rappresentante di un "expert power" in contrapposizione ad un "experience power" su cui si basano i G12P.

Questi ultimi infatti sono gruppi alla pari in cui il coinvolgimento personale e l'esperienza dei singoli affiliati regolano tutto il funzionamento del gruppo (vedi tabella), come stabilito dalle 12 tradizioni.

Tabella 2

Caratteristiche gruppi	Expert power	Experience power
Accento	Sulle conoscenze specialistiche	Sulla propria sofferenza
Problematiche	Persone ne sono portatrici	Persone come risorse
Omogeneità del gruppo	Non necessaria	Si
Delega	Ad un esperto	Autogestione della salute
Validazione del gruppo	Su dati obiettivi	Esperienza soggettiva
Operatività	Si stimola l'introspezione	Si enfatizzano le qualità umane
Cambiamento	Individuale	Rapporto tra persona e contesto sociale
Durata	Limitata al periodo di cambiamento	Illimitata per continuo cambiamento del rapporto con gli altri (12° passo)
Responsabilità individuale	+	++
Costo per il SSN	+	0

Il rapporto dei G12P cogli operatori dei servizi sociali e sanitari è molto disomogeneo nei vari Paesi; a novembre 2005 un gruppo di professionisti, coordinato dal Prof. A. Allamani ha organizzato su questo tema un congresso a Senigallia.

- a) Esperienza USA (Prof. C.Di Clemente): non esiste una rete territoriale di intervento coordinata da Enti pubblici; singoli medici, operatori sociali e soprattutto giudici inviano alcolisti presso i gruppi AA. Inoltre alcuni istituti di cura adottano il metodo Minnesota basato sulla presenza nell'istituzione di un gruppo AA o sull'invio ad un gruppo esterno. Inoltre gli studenti di medicina sono stimolati a frequentare alcune riunioni aperte di AA.
- b) Esperienza francese (Dr. E.Palomino): esiste una rete di servizi dedicati alla patologia alcol-

correlate (Centres d'Hygiène alimentaire e d'Alcoholologie) che possono o no avvalersi delle quattro organizzazioni di auto-aiuto presenti in Francia: AA, Croix d'or, Croix bleu e Vie Libre. Il mondo medico nel suo complesso non conosce le differenze sottili tra le varie associazioni e tende a mantenersi a distanza. Le ultime direttive governative in materia di ricerca della qualità nelle cure spingono gli ospedali ad integrare gli utenti in commissioni; il Dr Palomino pensa che queste commissioni possano avere un impatto positivo per avvicinare i reparti di medicina ai gruppi di auto-aiuto.

- c) Esperienza spagnola (Dr J.Cuetos): nei "Centri di salute" viene coordinata una equipe medico-infermieristica che opera in un territorio. Alcuni centri si avvalgono della collaborazione con AA; il coinvolgimento degli operatori avviene individualmente. Il Dr Cuetos si adopera attualmente perché questa esperienza sia istituzionalizzata; in particolare afferma che è essenziale esortare i medici di base ad esplorare la spinta motivatrice ad un cambiamento rispetto alla dipendenza negli alcolisti.

In Italia un punto di partenza può essere costituito dalla convenzione siglata tra FIMMG e AA-AIAnon nel gennaio 2006.

Nella convenzione vengono sottolineati i seguenti punti principali:

- a) Il medico di famiglia è la figura professionale che più precocemente può riconoscere il problema e quindi intervenire prima che si instaurino complicanze mediche, psicologiche e sociali che rendono più complesso l'intervento riparatore; per questi motivi la FIMMG vorrebbe promuovere all'interno della categoria una particolare sensibilità nei confronti dei problemi alcol-correlati.
- b) Alcolisti Anonimi ha come unico scopo quello di aiutare gli alcolisti a raggiungere e a consolidare progressivamente la sobrietà; il medico di famiglia è essenziale per informare il paziente circa la esistenza di questa risorsa sul territorio.
- c) Per raggiungere questi obiettivi FIMMG e AA-AIAnon ritengono indispensabile l'informazione e quindi si impegnano per organizzare appositi strumenti informativi atti a creare un clima favorevole a questa collaborazione.

E' attualmente presto per valutare se queste intenzioni si realizzeranno; ad ogni modo il citato gruppo di professionisti coordinato dal Prof.A.Allamani vorrà mettere a disposizione la propria esperienza.

CONCLUSIONI.

I G12P intervengono nelle dipendenze con l'obiettivo di proporre un percorso capace di modificare i comportamenti attraverso uno stile di coping più efficace e un empowerment più evoluto.

Di questo percorso è parte integrante l'aiuto ad altre persone, ancora sofferenti a causa della loro dipendenza; questi aspetti permettono ai G12P di configurarsi come ASSOCIAZIONI DI PROMOZIONE SOCIALE in quanto al tempo stesso fornitori e fruitori di aiuto. Questo strumento offerto dalla legge permette di disporre della facoltà di rappresentanza nei confronti delle istituzioni, senza rinunciare a nessuno dei principali obiettivi dell'Associazione (autonomia e indipendenza).

Le leggi in atto che regolano la collaborazione tra G12P coi servizi sanitari e sociali del territorio sono soddisfacenti, anche se un più esplicito riferimento verso le associazioni con vincolo di anonimato potrebbe favorire questa integrazione.

Non altrettanto sufficienti appaiono l'integrazione organizzativa e professionale: una valorizzazione ottimale dei G12P potrebbe avvenire in quelle zone in cui gli EE.LL. stanno costruendo un "CAPITALE SOCIALE TERRITORIALE" ristrutturando i legami operativi tra varie associazioni che agiscono nell'ambito della sanità, dell'assistenza sociale, della cultura, dell'educazione, dello sport, capaci di costituire quella rete relazionale e di protezione finalizzata a realizzare gli obiettivi che Comuni e ASL si sono dati. Inoltre una integrazione organizzativa trova ostacoli negli aspetti "mercantili" che assumono gli interventi in campo sociosanitario dopo la aziendalizzazione delle USSL (i G12P sono completamente gratuiti).

Difficile è l'integrazione professionale: negli USA medici e giudici sembrano avere un rapporto più organico con AA; in Italia le condizioni sono abbastanza simili a quelle di Francia e Spagna, dove la collaborazione professionale è molto disomogenea e presenta alcune punte di franca ostilità sfuggendo i G12P ad un controllo diretto da parte dei servizi sanitari.