VALUTAZIONE DEI TRATTAMENTI E DELLE PREVENZIONI

Chairman Dott.ssa Marina DAVOLI:- «Mi dispiace, ci sono delle persone fuori. Purtroppo, la sala che ci hanno dato è questa e non credo che possiamo fare di più. Mi sembra che stiano mettendo delle sedie e hanno detto che avrebbero messo degli altoparlanti fuori. La sessione è breve e gli interventi sono molti. Sono previste otto relazioni e sei richieste di intervento. Il dottor PANI farà la relazione introduttiva, che dovrebbe di inquadramento generale.
La sessione, come sapete, è centrata sulla valutazione dei trattamenti e delle prevenzioni e darei subito la parola al dottor PANI, responsabile del SERT della ASL 8 di Cagliari, che ci parlerà de "Lo stato dell'arte e le prospettive della valutazione in Italia".»

Dott. Pier Paolo PANI:- «Farei subito vedere la prima diapositiva. Quello che succede in Italia è che finalmente trova posto anche la evidence based practice, cioè vuol dire che anche nel campo delle tossicodipendenze si può cominciare a ragionare in termini di che cosa funziona, quando funziona, di priorità di scelta, sulla base della dimostrata efficacia degli interventi o dei trattamenti disponibili.
Vediamo la successiva che riguarda un problema che non è solo delle tossicodipendenze, ma è un problema generale della medicina. E' un articolo di un anno fa circa, comparso sul British Medical Journal, che propone sette alternative storiche, alla evidence based medicine. C'è la medicina basata anche sull'eminenza, sulla veemenza, sull'eloquenza, sulla provvidenza e questa viene misurata con l'angolo di genuflessione, perché gli autori dell'articolo propongono anche gli strumenti di misura. E' un articolo curioso. E' la medicina come un team a utilizzare queste alternative alla evidenza scientifica e queste fanno comunque parte della medicina ed è per questo che la medicina è una scienza, ma è anche un'arte.
Nel campo specifico delle tossicodipendenze, devo dire che, come peraltro nel resto della medicina, ci aspettiamo che la parte rappresentata dall'evidenza scientifica sia sempre maggiore. E' ovvio che comunque a tutt'oggi, e probabilmente sempre, avremo degli aspetti sui quali le evidenze non ci sono o sono deboli, sono assenti, non abbiamo strumenti o cose efficaci e in quel caso comunque operiamo e ci appoggiamo a strumenti come questi, alcuni sono più etici, altri lo sono meno, o a strumenti che provengono da orientamenti teorici, da orientamenti metodologici di non provata efficacia.
Negli ultimi anni, abbiamo anche delle ricerche di carattere nazionale, questa è una novità in Italia. Per lunghi anni la Società delle tossicodipendenze è cominciata trent'anni fa e cose di questo genere si vedono soltanto negli ultimi anni. Abbiamo, sempre per

quanto riguarda la misurazione del fenomeno, ricerche di carattere epidemiologico, di incidenza, di prevalenza, progetti come l'ESPAT, l'ESEDRA, studi di efficacia degli interventi come la multicentrica brenorfina, progetti in corso di attuazione sulla qualità dei servizi, sui costi dei servizi, progetti interregionali: abbiamo una base per sperare in un futuro, come dire, più al passo coi tempi.
Nel '99, questa diapositiva è tratta dalla relazione annuale al Parlamento, abbiamo praticamente 75 gruppi di ricerca italiani che hanno pubblicato su riviste internazionali sul tema della tossicodipendenza. Anche questa è una cosa bella, che ci fa pensare che siamo sulla strada giusta, anche se - e vediamo la successiva diapositiva - andando a verificare qual è il peso degli articoli italiani pubblicati su riviste internazionali, la situazione è un po' questa: prendendo tre riviste del settore, tra le più accreditate, dalla DRUG DEPENDANCE, ADDICTION, JOURNAL OF SUBSTANCE ABUSE TREATMENT, la percentuale di articoli italiani è praticamente dell'uno per cento, in un mercato che per il resto è saturato dal mondo anglosassone, dal quale dipendiamo completamente nel campo della produzione scientifica, particolarmente nel nostro settore e anche in altri settori. Una volta che ci imbarca in questo ambito della valutazione, della sperimentazione, uno dei rischi più facili è che si promuova lo sperimentalismo acritico, cioè ciascuno a casa sua pensa, nel suo piccolo, di volere verificare il suo lavoro, diventa un piccolo sperimentatore, praticamente come se niente ci fosse stato prima, partendo da zero, come se fosse tutto da valutare, tutto da verificare.
Solitamente uno si muove alla ricerca della conferma delle sue convinzioni, delle sue sicurezze, del suo pregiudizio. Questa è una cosa da evitare; prima di cominciare una ricerca, una sperimentazione, è necessario formarsi un'idea sulle evidenze che ci sono, cioè rivolgersi alla letteratura scientifica sull'argomento. La letteratura scientifica è ricca già di conferme, è ricca già di evidenze e queste vanno valorizzate, cioè la ricerca o la valutazione, anche quella più ingenua, non è priva di conseguenze per i pazienti, per l'opinione pubblica, per gli operatori.
Sull'efficacia degli interventi, oltre a tanti dubbi, esiste anche qualche certezza. Considerando i trattamenti più classici, il metadone a mantenimento, la comunità terapeutica e il trattamento ambulatoriale drug - free, che cosa possiamo dire? Ogni tipo di trattamento, fra quelli studiati, garantisce risultati superiori rispetto all'assenza di trattamento, sia durante il trattamento, sia dopo la sua conclusione. Gli effetti tendono a essere meno evidenti col passare del tempo, dopo l'interruzione dello stesso. Questo vale per tutti e tre questi trattamenti.
Il metadone è efficace? C'è un problema di tempo e quindi dico "sì" e basta. E' un farmaco studiatissimo. L'efficacia è dimostrata in termini di sopravvivenza, in termini di risultati sul piano sanitario, sociale. La comunità terapeutica è efficace? Sì, durante il periodo di permanenza in comunità, i pazienti interrompono l'uso delle sostanze da abuso e altri comportamenti criminali. A conclusione del programma, l'uso di sostanze e i comportamenti criminali sono ridotti rispetto al periodo antecedente l'ammissione, mentre la produttività sociale è aumentata. E così via, il fattore predittivo di maggior peso è la lunghezza del periodo di permanenza; la comunità ha un problema, la ritenzione è tipicamente bassa, decisamente inferiore a quella dei programmi di mantenimento con metadone, ma superiore a quella dei programmi drug -free ambulatoriali. Questi sono programmi che prevedono una rapida disintossicazione e un trattamento di tipo prevalentemente psico - sociale in ambulatorio. E' efficace? Sì, i pazienti durante e dopo il trattamento manifestano un comportamento migliore rispetto a prima dell'inizio dello stesso. I pazienti ammessi al programma ottengono risultati migliori rispetto a quelli che hanno chiesto l'ammissione, ma non hanno cominciato il programma. Il fattore di maggior peso è la lunghezza del periodo di permanenza. La ritenzione è minore rispetto sia ai programmi di mantenimento con metadone, sia alle comunità terapeutiche.
In termini di impatto sulla salute pubblica questo della ritenzione, della permanenza in terapia è un elemento fondamentale. Tutti i più grandi studi con corti voluminose, negli

Stati Uniti, hanno evidenziato che il fattore tempo è un fattore predittivo molto forte dell'efficacia della riuscita del trattamento.
Se il trattamento con metadone da solo funziona, è meglio di niente, il trattamento psico - sociale aggiunto a quello con metadone funziona ancora di più. Scusate la semplificazione ma il tempo è quello che è e comunque devo richiamare alcune cose fondamentali soltanto.
I costi. Curare i tossicodipendenti conviene? Sì. I costi imposti dall'attività criminale dei dipendenti da sostanze, per le vittime, per il sistema giudiziario, per la perdita di produttività vengono sostanzialmente ridotti dal trattamento. In America si hanno 7 dollari risparmiati per il sistema giudiziario, eccetera, per ogni dollaro investito in cura, in trattamento. Vediamo i costi dei diversi programmi. Quanto costa il tossicodipendente per la strada? In America costa circa 40.000 dollari all'anno alla società per tutto quello che fa, prevalentemente per le attività di polizia, problemi di sicurezza, furti e spese dirette per l'eroina. In carcere quanto costa? Un po' di meno, 35.000 dollari, che sono le spese vive per tenere in carcere un paziente. In comunità terapeutica quanto costa? Mah, facciamo sui 15.000 dollari all'anno. In un programma di mantenimento con metadone quanto costa? Sui 5/6.000 dollari all'anno. Quindi, curare un tossicodipendente conviene. Si spende molto meno di quella che costa lasciarlo per la strada e tenerlo in carcere. Quindi questa sono delle cose che sappiamo e sulle quali si può continuare a investigare e indagare, sono delle cose acquisite.
Il clinico, in realtà, vorrebbe sapere di più di quello che ho detto. Noi non vogliamo soltanto sapere se in generale un trattamento funziona, ma anche qual è il trattamento migliore per ogni singolo individuo.
La successiva diapositiva. Qui abbiamo una quantità di variabili che vanno considerate per andare a verificare quale sia il risultato di un trattamento in ogni singolo paziente. Il fatto intanto che i soggetti sono tutti diversi l'uno dall'altro per variabili sociali, demografiche, cliniche: alcuni hanno la doppia diagnosi, altri non ce l'hanno, alcuni dipendono da una sostanza, altri da un'altra e così via. I programmi non sono tutti uguali, sono tutti diversi intanto per la filosofia del trattamento. Parlo di programmi anche all'interno di una semplice categoria, i SERT, per esempio, le comunità terapeutiche e così via. I servizi offerti da ogni programma di cura sono diversi, differenziati, c'è chi dà anche lo psichiatra e chi non ce l'ha, c'è chi ha il sociologo e chi non ce l'ha, c'è chi ha uno psicologo e chi ne ha dieci. I risultati, ovviamente, li vogliamo parametrare non solo, per esempio, sull'uso o no di sostanze, ma anche su numerose altre variabili, anche su quelle che sono più distanti, la mortalità oppure la qualità della vita e così via. Su tutto questo c'è molto spazio per andare avanti e per continuare a investigare.
C'è un problema di programmazione da questo punto di vista, sul che cosa sappiamo e che cosa invece vorremmo sapere e questo ci serve per lavorare meglio e con maggiore competenza cioè per cercare evidenze. La programmazione sanitaria, nell'ambito della tossicodipendenza, richiede la valutazione della migliore utilizzazione delle risorse o trattamenti disponibili. Una valutazione efficiente deve indirizzarsi verso quelle aree per le quali le evidenze scientifiche sono assenti, sono deboli o sono contraddittorie; siccome le risorse, i soldi che abbiamo non sono infiniti, anche noi, come Italia, dobbiamo decidere un po' quali sono le priorità per quanto riguarda l'aspetto di valutazione e ricerca.
Vediamo adesso gli aspetti rilevanti, gli studi che mirino alla stima quantitativa e qualitativa del fenomeno, le ricerche sui fattori predisponenti l'uso e l'abuso e sugli effetti delle sostanze, la valutazione dell'efficacia degli interventi.
Che cosa, a mio avviso, sarebbe importante fare, in che strada muoversi? Il monitoraggio del fenomeno è un aspetto fondamentale, costituisce l'ossatura, lo scheletro per una quantità di altri programmi di valutazione successivi. Noi vogliamo sapere e monitorare la distribuzione geografica e temporale, come le cose cambiano da una zona all'altra, come le cose cambiano nel tempo in termini di uso, di abuso di sostanze, in termini di

fattori di rischio, in termini di disponibilità di risorse, in servizi, trattamenti e così via.
Gli interventi e i trattamenti. Fondamentale è la valutazione dell'efficacia dei nuovi farmaci. Questo è un ambito che in Italia è negletto. Mentre per alcune aree, come la dipendenza da oppiacei, abbiamo dei trattamenti farmacologici efficaci, lo stesso non possiamo dire ad esempio per l'alcool, per la cocaina, per la nicotina. Eppure ci sono dei farmaci che a livello preclinico hanno dimostrato la loro efficacia, che si affacciano alla clinica e ci sono già anche dei trial. L'Italia è fuori da questo sistema. C'è stata una esperienza con la brenorfina, ha dato speranza però di fatto, da questo punto di vista, dipendiamo completamente dall'estero, anche se parte di questi farmaci sono stati studiati e messi a punto in Italia. A un certo punto dobbiamo cedere il brevetto agli stranieri.
Per quanto riguarda la differenziazione degli interventi e la necessità di andare a verificare sul campo non soltanto l'efficacia teorica, quella che viene fuori dagli studi in doppio check o randomizzati, ma anche quella che è proprio il risultato dell'applicazione di un determinato intervento o trattamento a una determinata realtà.
La prevenzione è un campo che è refrattario alla valutazione: c'è sicuramente la prevenzione generale, quella che si esplica attraverso la promozione della salute generale della popolazione, poi la promozione dell'inserimento sociale, dell'equilibrio psicofisico, lavorativo. Un altro ambito della prevenzione, quella più specifica, sia primaria che secondaria e terziaria, sull'abuso, sulla dipendenza, almeno meriterebbe una valutazione attenta, per lo meno per quelli che sono i più grossi filoni esistenti in Italia. All'estero, per esempio, interventi di prevenzione mirati per esercitare i giovani a resistere alla pressione dei pari rispetto all'uso di nicotina, si sono dimostrati efficaci.
Questo è un aspetto che dovrebbe farci capire anche che noi dovremmo cominciare a valutare interventi di prevenzione, perché un sacco di soldi se ne vanno lì e non si sa alla fine se sono stati spesi bene o male, al di là delle buone intenzioni di partenza.
Formazione. Dobbiamo entrare nella cultura della valutazione. Esiste una frattura fra quello che è il livello dell'evidenza scientifica e la pratica clinica corrente, la percezione generale degli operatori sulle tossicodipendenze. Ci comportiamo come fossimo tutti quanti degli ignoranti, e continuiamo ciascuno ad autoconvincerci del nostro proprio pregiudizio, della nostra idea di partenza sulla tossicodipendenza e costantemente ci dimentichiamo che siamo sommersi di letteratura sull'argomento. La formazione deve tenere conto di questo, cioè, se vogliamo migliorare la qualità - voglio dirlo in termini corporativi o sindacali - se vogliamo che il nostro ambito professionale goda di un certo prestigio e rispetto, dobbiamo dimostrare di sapere quello che oggi funziona e utilizzarlo. Dovremmo saperlo anche perché così il paziente gioverebbe quest'anno di un intervento che viene fatto da un'altra parte, e non fra dieci anni, quando finalmente avremo superato i pregiudizi sull'argomento.
Che cosa serve, secondo me, in Italia? Una struttura di coordinamento a carattere nazionale che si occupi di promozione e indirizzo della ricerca, finanziamento della ricerca e della valutazione, correzione delle procedure amministrative, superamento dei vincoli istituzionali e lentezze burocratiche; nell'ambito delle tossicodipendenze fare ricerca e valutazione è complicato, quando in più si tratta di trattamenti, per esempio, farmacologici, è ancora più complicato perché, oltre alla legislazione che deve rispettare qualunque ricercatore, c'è anche quella che riguarda specificamente lo stupefacente e il buon uso del farmaco stupefacente.
Questo vale per ogni tipo di ricerca in questo ambito. I vincoli sono numerosi. Probabilmente la stragrande maggioranza di questi vincoli è legittima e va rispettata, però, poiché talvolta questi vincoli bisticciano fra di loro, è difficile alla fine trovare una strada che ci permetta di operare in una direzione sensata.
Allora, che cosa ci vuole? Ci vuole appunto la possibilità di tracciare dei percorsi amministravi, dei percorsi procedurali che diano dei tempi abbastanza sicuri. Attualmente, chi vuole fare ricerca clinica nel campo delle tossicodipendenze sta andando in Australia. In Australia i tempi sono facili, si fa in fretta, ci vogliono mesi e non ci vogliono anni come

qui, perché qui bisogna fare la domanda al Ministero della Sanità, dell'Interno, degli Affari Sociali, a molti uffici diversi. Ciascuno ha le sue competenze, per carità, e segue una sua linea, non c'è un percorso già tracciato, quello è fondamentale.
Oggi, la ricerca è appetibile anche per i privati, anche le aziende investono e ci guadagnano ma, come dire, danno lavoro pure quelli.
L'Italia è fuori da questo circuito. Per entrarci, ci vuole, secondo me, una struttura di questo genere, che abbia questa funzione e che incoraggi la collaborazione; negli Stati Uniti i SERT sono molti di meno rispetto all'Italia, non capillarizzati, quindi per certi versi noi siamo molto più avanti di loro sul piano della salute pubblica, però, negli Stati Uniti si fanno regolarmente delle ricerche multicentriche cliniche nelle quali gli operatori sono coinvolti direttamente, perché esistono strutture come la NAIVA, che ha un compito istituzionale, quello di promuovere la ricerca, la valutazione e la formazione nel campo delle tossicodipendenze. Su questo c'è un'eccessiva frammentazione in Italia.
Tutte le strutture che abbiamo, hanno una potenzialità notevolissima. Siamo l'unico Paese al mondo, mi risulta, che ha una struttura così capillarizzata di servizi e di assistenza per le tossicodipendenze, SERT, privato sociale, una rete veramente che è la base per ogni tipo di valutazione e invece tutto questo qui non esiste perché anche i SERT sono fuori, e lo stesso vale anche per le comunità, da un circuito valutativo vero. La ricerca non esiste e invece dovrebbe essere un compito istituzionale, che valorizza le risorse e che sfrutta anche le opportunità. Questo è un dovere morale: abbiamo fatto questa cosa qui, possiamo pensare anche a qualcosa di meglio.»

Chairman Dott.ssa Marina DAVOLI:- «Il prossimo intervento è del dottor FAGGIANO, professore associato al dipartimento di Sanità pubblica dell'Università di Torino, che ci racconta come "Promuovere l'efficacia nella prevenzione e nel trattamento della dipendenza patologica".»

Dott. Fabrizio FAGGIANO:- «Ci sono due elementi che vorrei affrontare all'inizio, cioè il ruolo della teoria e dell'esperienza nella scelta di trattamenti, per poi arrivare a discutere il ruolo dell'efficacia che in qualche modo è stato discusso da Pier Paolo e per arrivare anch'io a dare delle raccomandazioni finali.
Credo che sia importante in questa fase cercare di ragionare su questo tipo di cose. Innanzi tutto comincio con un esempio. Credo che sia molto utile nel nostro settore cercare di in qualche modo di utilizzare casi che sono stati affrontati in altri settori. Questo è il caso del betacarotene, che è molto interessante. Nell'81, è uscito un articolo sul ruolo del betacarotene nella dieta come elemento di prevenzione dei tumori in generale e in particolare del polmone, scritto da due autori assolutamente al di sopra di ogni sospetto che sono DOLE e PITO. DOLE è stato quello che ha inventato, sostanzialmente, l'epidemiologia moderna, in cui si ipotizzava che questi alimenti, questo a partire da studi sugli alimenti, contenenti il betacarotene retinolo, fossero utili contro il cancro, con dei rischi relativi alti, cioè chi ne consumava pochi aveva tre volte il rischio di cancro rispetto a chi ne consumava tanti e gli autori suggerivano, sono persone di grande intelligenza e competenza, di studiare l'efficacia attraverso degli studi randomizzati.
Tutto questo era supportato da un mucchio di evidenze, tutto andava in questa direzione, tutti gli studi erano concordi in questo, addirittura andando a misurare il livello ematico di betacarotene, che era in relazione con il rischio di cancro; in vitro il betacarotene riusciva a fermare le cellule cancerizzate. Il betacarotene aveva una teoria alla sua base perché è un potente antiossidante, quindi esisteva una forte teoria sul fatto che il betacarotene fosse utile.
Non solo, nei primi anni '90, il betacarotene è presente in tutti gli integratori vitaminici. Se andate al supermercato oggi, troverete un mucchio di integratori che hanno vitamina C, vitamina E e betacarotene. Ciò è avvenuto sulla base di quelle ricerche, prima il betacarotene non c'era.

Sono stati fatti, sullo stimolo di questi studi, di questo lavoro su SCIENCE, due grossi trial. Il primo è un trial fatto in Finlandia, in cui sono stati coinvolti 29.000 soggetti al alto rischio, fumatori, divisi in quattro gruppi, placebo, betacarotene, alfatocoferolo e betacarotene più alfatocoferolo, seguiti per cinque/otto anni. Negli Stati Uniti, nel '92, è partito un altro studio, con 18.000 soggetti, con più o meno lo stesso disegno, l'obiettivo era andare a misurare l'efficacia dei supplementi di betacarotene.
Questo è un grafico che presenta l'incidenza di cancro del polmone a partire dall'anno di inizio dello studio: nella riga in alto ci sono quelli che usano betacarotene, nella riga in basso, quelli che non usano betacarotene. Vedete che strano, ci si aspettava esattamente l'opposto.
Eppure questi due studi hanno fatto enormemente parlare. C'è stata una grossa discussione etica, perché il primo studio che ha scoperto, che è stato quello finlandese, questo effetto, ha proposto di bloccare l'altro studio e l'altro studio ha deciso di non bloccarlo, ha deciso di scrivere una lettera a tutti i partecipanti dicendo, guardate che abbiamo scoperto che è possibile che sia cancerogeno però, secondo noi, potrebbe valere la pena di andare ancora avanti.
Oggi sappiamo che gli integratori dietetici, questo vale per molti altri, non solo per il betacarotene, gonfiano le tasche dell'industria e uccidono chi li usa, perché il rischio relativo era di 1:8 cioè c'era l'80 per cento in più di probabilità di avere un cancro del polmone usando betacarotene rispetto a non usando.
Quindi, quello che vorrei dire è che bisogna stare molto attenti alle teorie.
La prova dell'efficacia è un elemento che dobbiamo utilizzare insieme alle teorie soprattutto per gli interventi preventivi. Gli interventi preventivi sono interventi in cui abbiamo l'imperativo etico del non maleficio. Quando facciamo un intervento preventivo, dobbiamo essere certi, per lo meno, che non faccia male. Se poi fa bene o non fa bene, non è fondamentale, la cosa essenziale è che non faccia male e abbiamo visto e non c'è solo questo esempio, ma ce ne sono molti altri. Questa è una prima conclusione che vorrei fare: la teoria non sempre è una buona guida per la scelta degli interventi.
L'esperienza è il secondo grande criterio con cui noi scegliamo i trattamenti e gli interventi. La tossicodipendenza è una patologia caratterizzata da una rarità degli esiti. Noi sappiamo, dalla letteratura internazionale, dalle grosse meta analisi, che più o meno abbiamo un tasso di guarigione che è intorno all'uno per cento, cioè una persona fra cento tossicodipendenti guarisce in modo definitivo, diciamo guarisce, scusatemi l'uso della parola rozza, ma è solo per non entrare nel dettaglio di come fare a misurarlo. La mortalità è più o meno dell'uno per cento, che è altissima perché è l'uno per cento della mortalità della popolazione totale, compresi gli anziani, comunque è più o meno dell'uno per cento.
I trattamenti che abbiamo a disposizione, quelli di cui ci ha parlato Pier Paolo PANI prima, sono di media efficacia, non abbiamo nessun trattamento rivoluzionario, non c'è nulla che guarisce con un rischio relativo infinito nel cento per cento dei casi, ma abbiamo delle riduzioni della mortalità, con un rischio relativo, di 0,5, cioè un dimezzamento o abbiamo un raddoppio della probabilità di guarigione, a essere ottimisti, a usare soltanto i risultati più alti degli studi.
Questo vuol dire che se sono un operatore, anche di un grosso SERT, tendenzialmente, fra i soggetti che tratto correttamente, vedo più o meno 1,5 casi guariti ogni anno. Non li vedo, in realtà, subito, dato che la guarigione è il non uso di sostanze per molti anni. Quindi, il numero di soggetti che realmente posso definire come guariti su cento soggetti sono molto pochi e io, operatore, ne vedo pochissimi, li vedo in modo molto raro, così come sono rarissimi i decessi. Se parlate con gli operatori, vi diranno che i tossicodipendenti muoiono rarissimamente di overdose. E' ovvio, ogni operatore vede dai 20 ai 50 casi, se è un operatore che lavora molto. Questo vuol dire che un decesso per overdose lo vedrà tendenzialmente ogni quattro anni, fra i propri pazienti. Il problema è che tutto questo succede anche quando siamo di fronte a dei soggetti trattati male. Un sog-

getto non trattato, cioè trattato male, sostanzialmente è come se non facesse nessun trattamento; in questo caso mi aspetterei non più un guarito e mezzo all'anno ma, queste sono le regole, 0,75 guariti all'anno e comunque ho anche delle "guarigioni" fra i trattati male e avrò un po' di più di decessi per overdose ogni anno. Quindi, anche fra i non trattati vedo più o meno le stesse cose.
Il bravo operatore non è in grado di discernere fra questi due quadri, non è in grado di capire se un trattamento funziona meglio di un altro. Quindi l'esperienza non è una buona guida per la scelta degli interventi.
Ora, siccome le teorie eziopatogenetiche sono fallaci, in più non sono condivise, se noi chiedessimo in questa sala a ognuno qual è la propria teoria sulla tossicodipendenza avremmo, credo che ci siano settanta persone, settanta teorie diverse.
L'esperienza è insufficiente, se non è elaborata e qualche volta è fallace. David SACKET, che è un grande clinico epidemiologo inglese, dice che l'esperienza è influenzata dall'ultimo paziente. Se l'ultimo paziente, quello che hai fatto ieri, è andato bene, allora tendenzialmente credi che il trattamento che hai fatto all'ultimo paziente sia andato bene.
Non parlerò dei fattori ideologici, dei regolamenti, che sono molto spesso dei fattori che ci fanno scegliere dei trattamenti, però tutto questo porta al fatto che tendenzialmente abbiamo una situazione di fragilità nei criteri di scelta dei trattamenti in Italia.
Vediamo le conseguenze. Ci sono Regioni in cui il 77% cento dei soggetti sono trattati con metadone, contro altre in cui c'è il 28 per cento. Non ci sono differenze fra popolazioni così grandi, da spiegare queste differenze. Questa è la differenza nei trattamenti di comunità: 22 contro 2. Se andiamo a vedere dentro le Regioni, non solo fra le Regioni, questi sono dati piemontesi, la variabilità è ancora più alta, quindi non sono venti i modi diversi di trattare, sono 550.
Quali sono le alternative? Pier Paolo PANI ci ha già anticipato che una possibile alternativa è l'uso della ricerca scientifica per supportare l'esperienza della teoria, nella scelta degli interventi più utili per raggiungere obiettivi specifici. Questo si chiama evidence based medicine.
Ora, che cosa potremmo fare se siamo d'accordo nel promuoverne l'efficacia in Italia? Innanzi tutto potremmo contribuire a produrre evidenze, possibilmente utili a tutta la comunità scientifica internazionale, cioè evidenze che siano pubblicabili, utilizzabili da altri. Possiamo rendere utilizzabili le evidenze fatte da altri, cioè fare delle revisioni sistematiche, sintetizzare le evidenze disponibili. Possiamo promuovere l'uso dell'efficacia nella pratica del trattamento e della prevenzione.
Provo a entrare nel dettaglio di queste cose. Pier Paolo PANI ci ha già parlato degli studi randomizzati e controllati fatti in Italia. Gli studi di RCT rispondono a quesiti molto specifici, è più utile la buprenorfina o il metadone in relazione ad obiettivi di reintegrazione sociale oppure possiamo lavorare dentro progetti, grandi progetti di ricerca come quello di VEDETTE, che ha degli obiettivi più complessi, cioè non solo valutare il singolo elemento ma anche valutare le associazioni, i programmi terapeutici, il ruolo di scelte organizzative? E' utile anche, per esempio, per studiare la storia naturale, per sorvegliare il fenomeno, è utile per essere parassitato da altri obiettivi di ricerca.
A che punto siamo oggi con VEDETTE? Sono contento di dirlo perché proprio oggi, è uscita la prima monografia di VEDETTE, in cui si presenta sostanzialmente soltanto lo stato dell'arte; oggi noi abbiamo arruolato 12.378 utenti che sono un campione abbastanza casuale di un 10 per cento di tutti gli utenti italiani, nel 2001 comincerà il follow - up di mortalità e nel secondo semestre del 2001 cominceremo ad avere finalmente dei risultati.
La distribuzione degli utenti che sono reclutati è molto omogenea a livello nazionale e coprono il 10 per cento di tutti gli utenti italiani. Oggi possiamo dire che è la seconda coorte nazionale per dimensioni, dopo quella di DATOS. Ricordate, DATOS è quella che ha preso l'eredità di DARP, su cui sono basati tanti dei lavori che oggi leggiamo negli articoli scientifici, è molto superiore allo studio inglese che è intorno ai mille arruolati e

soprattutto ha un maggiore dettaglio sui trattamenti. Il grosso sforzo che hanno fatto gli operatori a raccogliere i trattamenti sarà estremamente utile per valutare in modo dettagliato i trattamenti.
Non solo, ma nel 2000 sono stati anche finanziati due progetti, il primo è l'Uno bis, lo chiamiamo così, non abbiamo ancora trovato un nome definitivo, che trasforma lo studio VEDETTE in una coorte permanente, offrendo a tutte le Regioni partecipanti un supporto di borsisti; il secondo è VEDETTE DUE, che sostanzialmente, per valutare, uso di sostanze, riabilitazione sociale e morbosità, effettua un follow -up attivo di un campione di utenti, con l'obiettivo di dare un minor peso possibile agli operatori e la massima rispondenza possibile al termine.
Stiamo contribuendo alla produzione di revisioni sistematiche. In Italia abbiamo, ed è di nuovo con orgoglio che lo dico, la base di uno del gruppo COCHRANE su alcool e droga; la base è presso l'agenzia per i servizi di Sanità pubblica e questi sono gli italiani che lavorano in questa grossa collaborazione internazionale. Abbiamo un coordinator, due editor, molti revisori, sette referee italiani.
Questa è la lista delle rassegne già uscite, vi faccio vedere rapidamente alcune meta analisi: questa è una meta analisi su naltrexone più terapia comportamentale contro una terapia solo comportamentale nel rischio di carcere. Vedete che è nettamente più efficace il naltrexone, con un rischio relativo. Se noi avessimo questa cosa sull'Asse Uno non ci sarebbero differenze: questo vuol dire che c'è una protezione intorno al 50%, cioè una riduzione del 50% del rischio.
Vediamo l'uso della clonidina nella disintossicazione. Rispetto al metadone, la clonidica e altri alfadue agonisti adreneuci, rispetto alla disintossicazione a scalare con metadone, è nettamente più significativa, è più efficace. Il naltrexone, per gli alcolisti, ha una netta riduzione delle ricadute, quindi è comunque un elemento estremamente importante, perché abbiamo un rischio relativo intorno a uno 0,5.
Abbiamo detto che stiamo in qualche modo cominciando a collaborare. Che cosa fare per promuovere l'efficacia? Per inserire il criterio dell'efficacia stabilmente fra i criteri di scelta di intervento? Credo che possiamo avere due tipi di strategie. Una strategia, diciamo così, a livello di micro sistema. Questi sono solo esempi, non sono proposte strutturate. Una prima cosa, e questa è l'esperienza di VEDETTE, è coinvolgere operatori in progetti di ricerca e di revisione, adeguare le strutture. E' fondamentale, se vogliamo andare verso una situazione evidence based, avere a disposizione biblioteche, collegamenti a banche dati, iniziative promozionali, journal club, mini conferenze ed interviste. I journal club sono delle cose che, negli Stati Uniti e nei paesi anglosassoni, si fanno settimanalmente o addirittura, alcune volte, giornalmente; ci sono persone che raccontano la lettura di articoli ai propri colleghi. Formazione all'efficacia, azione di bench making significano sostanzialmente sedersi intorno a un tavolo e dire "io ho fatto così, che bello, lo faccio anch'io".
Credo che sia importante che il macro sistema cominci a muoversi su questo; credo che l'efficacia dovrebbe entrare fortemente come criterio di accreditamento di eccellenza dei servizi.
Penso che oggi, per il nuovo Piano Sanitario 2001/2003, sia essenziale che ci siano obiettivi in relazione a un miglioramento della formazione e dell'uso dell'efficacia nei servizi, forse addirittura si può immaginare che il nuovo Piano Sanitario abbia un progetto obiettivo su questo argomento. Perché no? Si potrebbe proporre un progetto nazionale di linee guida di trattamento basate sull'evidenza, con le caratteristiche che ormai la letteratura scientifica diffonde in modo omogeneo in tutte le discipline.»

Chairman Dott.ssa Marina DAVOLI:- «Ringrazio Fabrizio, per la presentazione molto puntuale e darei la parola al dottor BERTIN, che poi deve partire. E' della Regione Emilia Romagna e ci parlerà de "La valutazione come strategia di regolazione nel sistema". Passiamo a un versante un po' diverso della valutazione di efficacia.»

Dott. Giovanni BERTIN:- «Nella prima slide che vi ha mostrato PANI si mostrava come, quando parliamo di valutazione, ci possiamo porre da diversi punti di vista. Un'altra prospettiva dalla quale possiamo ragionare e affrontare il problema della valutazione è quella della valutazione della qualità, cioè della valutazione come supporto allo sviluppo dei processi decisionali. Quando mi è stato chiesto di intervenire, ho tentato di immaginare qual è il livello di evoluzione del dibattito nel nostro paese relativamente a questo punto di vista.

Vorrei parlare di tre oggetti. Il primo è tentare di capire il ruolo che gioca la qualità nei processi di governo del sistema; poi cercherò di vedere quali sono i risultati che ci sono, cioè che cosa, a livello nazionale, possiamo già dire che orienta il confronto da questo punto di vista; infine tenterò di vedere, presentando anche alcuni dati, qual è il livello attuale del sistema da questo punto di vista.

Quando parliamo di qualità, dobbiamo avere molto presente che abbiamo a che fare con un sistema nel quale intervengono diversi attori che sono la Regione, gli enti locali, i soggetti che gestiscono servizi e che, fra tutti questi diversi attori esiste una rete di rapporti che non sono altro che processi decisionali, che mettono in relazione questi diversi attori.

Ogni processo decisionale è sicuramente centrato su giudizi, su valutazioni che i singoli attori fanno della realtà che gli sta intorno e il problema è che queste valutazioni sono legate a un insieme di fattori, che hanno un grande carattere di soggettività cioè le valutazioni che ogni attore fa, e quindi che scambia con gli altri attori del sistema, sono dovute a informazioni, ma anche ai valori che lo orientano, alle sua competenze, all'identità che ha ogni singolo soggetto, al ruolo che gioca all'interno del processo, alle credenze, cioè all'insieme dei fattori culturali che determinano il suo comportamento decisionale.

Allora, qual è il problema? E' che, se questi soggetti agiscono e scambiano informazioni e comunicazioni orientati da valori, competenze e identità differenziate, non è detto che le informazioni che si scambiano siano davvero informazioni, perché voi sapete che un'informazione, per essere tale, mette in connessione due soggetti e i canali di decodifica dell'informazione propri dei diversi attori devono essere sintonizzati, altrimenti non creiamo comunicazione, ma provochiamo solo una maggiore difficoltà di sviluppo dei processo decisionali, cioè non riduciamo l'incertezza degli stessi.

Mettersi nella logica di scambiare decisioni fra questi attori, significa che il primo problema che dobbiamo affrontare è sicuramente un problema culturale. Qui l'ho chiamato creazione di senso e condivisione dei codici di comunicazione. Se vogliamo che questi attori che agiscono autonomamente all'interno del sistema comunichino e scambino decisioni, è necessario che usino gli stessi codici. Allora il primo problema che dobbiamo affrontare è tentare di definire i concetti attraverso i quali scambiamo comunicazioni e codici.

La qualità non è altro, dal mio punto di vista, che il concetto che poniamo al centro di questo processo di scambio tra i diverso attori e le diverse decisioni; qui ne ho elencate alcune che servono per governare il sistema, devono essere decisioni che in qualche modo si basano sullo stesso concetto di qualità. In altre parole, gli attori devono arrivare a condividere il significato che attribuiscono a questo termine.

In questo panorama, sono andato a vedere quali sono i lavori esistenti - ne sono molti, ne citerò solo alcuni - che ci possono aiutare a capire che cosa sta succedendo da questo punto di vista. Se il primo problema è concettuale, su questo aspetto dobbiamo tentare di definire che cosa intendiamo per qualità, per esempio, di un servizio di tossicodipendenze o per una comunità.

E' più facile ragionare avendo come osservatorio il livello nazionale, il concetto di qualità dal punto di vista dei SERT, perché esiste un lavoro che ha portato a confrontare tra di loro 16 Regioni che arrivano a condividere il concetto di qualità.

Da questo punto di vista, è un lavoro che una buona base di partenza. Scompone il pro-

cesso di valutazione della qualità in quattro dimensioni che sono: gli input, il processo, l'output e l'outcome e viene a definire dei criteri che sono quelli che poniamo alla base del nostro ragionamento.
Per esempio sull'outcome, cioè sulla valutazione dell'efficacia dei risultati prodotti sulla popolazione target, si dà indicazione che sono due le dimensioni sulle quali andare a centrare un processo di valutazione dei risultati, cioè il rapporto con le sostanze e la qualità della vita. Sul fronte delle comunità terapeutiche non esiste un lavoro di confronto a livello nazionale, dobbiamo andare a confrontare le singole realtà. La Regione Liguria ha definito un profilo di qualità, cioè è andata a definire dei criteri di valutazione della qualità delle comunità terapeutiche condivise fra tutti gli attori. L'Emilia Romagna ha fatto una operazione del genere, ma un altro elemento base di riferimento abbastanza importante, secondo me, è una norma volontaria, la norma UNI quindi per la certificazione dei servizi, che è stata licenziata la settimana scorsa dalla Commissione che è stata costituita dall'UNI e che vedremo in Comitato scientifico UNI prima di Natale e che va a definire quali sono i criteri di valutazione e i processi che devono essere seguiti per arrivare ad una valutazione della qualità nelle comunità terapeutiche.
Anche in questo caso troviamo cose simili a quelle che abbiamo visto prima, cioè i processi fondamentali sui quali viene scomposto il lavoro, la fase di ammissione, il trattamento, la fase di reinserimento in società e dimissione; poi si individuano invece i processi organizzativi fondamentali. Per quanto riguarda la fase di ammissione, si parla di specificare e documentare i criteri di ammissione, parla di una valutazione multi dimensionale, di un progetto terapeutico individuale, di informare l'utente sulla sua valutazione iniziale, sulla necessità di definire obiettivi di miglioramento della qualità della vita e di miglioramento delle condizioni di uso delle sostanze. Si riprendono anche in questo caso, pur da altra fonte, i concetti che abbiamo visto prima. Si dice che l'utente deve essere coinvolto nella definizione e nel raggiungimento degli obiettivi, eccetera. Per quanto riguarda i processi di controllo e di valutazione, si dice che si devono sviluppare tecniche di valutazione e di monitoraggio relativamente alla conformità dei processi, ma deve essere soprattutto fatto avere un sistema di valutazione dei risultati sul singolo caso e di follow - up periodico, anche dopo l'intervento.
Se una comunità vuole essere certificata, da quando sarà approvata, sarà finito l'iter di questa norma, vale a dire probabilmente nella tarda primavera del 2001, dovrò avere fra i propri requisiti tutti questi elementi. Questo per quanto riguarda gli elementi di tipo culturale.
Per quanto riguarda invece i processi, cioè a che punto è il sistema qualità nei servizi, anche da questo punto di vista ci sono meno informazioni comparabili a livello nazionale per quanto riguarda le comunità; sempre lo studio a cui facevo riferimento prima consente di avere una panoramica dei SERT. E' ancora in corso, per cui alcuni valori che vedete sono ancora parziali. Comunque emerge che su 190 SERT delle 16 Regioni, ci sono Regioni coperte al 100%, altre in cui la fase di raccolta di informazioni è ancora in itinere, per cui i dati che vi presento hanno validità differente rispetto alle diverse realtà.
Le prime conclusioni che possiamo tirare su a che punto sia il sistema qualità nelle diverse Regioni, secondo me è la fotografia dei sistemi di regolazione che sono stati usati finora.
Finora i sistemi di regolazione sono stati centrati solo sui processi di autorizzazione al funzionamento, che pongono al centro del controllo e quindi del rapporto di verifica dei requisiti, gli elementi di input, per cui, se confrontiamo l'adeguatezza, per esempio, degli spazi delle strutture, vedete che le differenze a livello nazionale non sono altissime, andiamo da poco più di 0,4 - l'indicatore che va da 0 a 1 - all'Abruzzo che ha uno 0,25 o 0,22, per la Basilicata le differenze non sono molto grosse. E' evidente che il processo di regolazione, centrato su questi aspetti, porta come effetto primo il fatto che le Regioni sono abbastanza omogenee. Se andiamo invece a vedere i processi - su que-

sto è stato fatto meno dal punto di vista della regolazione e invece, secondo me, il futuro sarà immaginare che il controllo della qualità debba essere su tutti i fattori che compongono il concetto di qualità - uno che riguarda la situazione sull'esistenza di una procedura di presa in carico e il secondo è avere una procedura di controllo dei risultati, vedete che qui la variabilità dei risultati è molto più alta. Andiamo da alcune Regioni nelle quali nessun SERT dichiara di avere una procedura di presa in carico ad altre Regioni, come per esempio l'Emilia o la Toscana, che hanno valori superiori allo 0,3, il che vuol dire che almeno il 30 per cento dei SERT ha un processo di questo tipo.
Ancora più differenziato è il processo, se andiamo a vedere chi o quali sono i SERT che hanno una procedura di controllo dei risultati, cioè che verificano costantemente gli effetti prodotti sulla popolazione target, il grafico è più vuoto che pieno nel senso che ci sono alcune realtà, per esempio l'Emilia che ha valori sopra lo 0,30, invece in molte Regioni questo processo è ancora in itinere.
Che cosa vuol dire? Che in tutte o in quasi tutte le Regioni, ci sono alcune realtà che hanno cominciato a mettersi in questa logica, ma finiscono per essere ancora realtà abbastanza non diffuse nelle diverse Regioni. E' chiaro che allora il problema principale, secondo me, sul quale dobbiamo concentrarci è proprio questo: immaginare, se vogliamo costruire un sistema di valutazione della qualità, e centrarci su queste due procedure.
Tentando di tirare le conclusioni di queste osservazioni, possiamo dire che la situazione attuale è che, dal punto di vista dei risultati sui servizi, la regolazione centrata sull'autorizzazione al funzionamento ha appunto prodotto effetti positivi sull'input, mentre sul resto siamo ancora a valori molto bassi, però abbiamo già dei risultati culturali cioè non partiamo da zero.
I risultati culturali del dibattito, che ormai fanno parte della cultura dei servizi, sono che esiste un insieme di criteri di valutazione della qualità condiviso.
Lo sviluppo della qualità. Un altro elemento che ormai appartiene al dibattito, nel senso che è presente anche in documenti che sono stati prodotti dal Ministero in questo ultimo anno, è che lo sviluppo della qualità richiede un doppio circuito di controllo. Vuol dire che, mentre la logica centrata sull'autorizzazione al funzionamento che vedeva una verifica ispettiva, è cambiata nella logica della certificazione come processo, non necessariamente come meccanismo, nel senso che un sistema di qualità deve essere centrato sul fatto che ogni ente gestore deve avere un proprio sistema di valutazione dei risultati e che il controllo non è altro che un controllo di congruenza tra ciò che dice di fare un soggetto e ciò che fa concretamente; quindi c'è un doppio controllo interno ed esterno, che può essere gestito direttamente da soggetti pubblici, da authority pubbliche, sempre terza parte rispetto ai soggetti, o attraverso i meccanismi della certificazione.
Il dibattito nelle Regioni, da questo punto di vista, è abbastanza differenziato. Ci saranno Regioni, che seguiranno la logica della certificazione e altre invece che seguiranno la logica dell'authotity pubblica.
Altro elemento è la costruzione di un sistema di qualità come base di un processo di valutazione della qualità; un altro ancora è l'individuazione dei processi organizzativi fondamentali, cioè il processo di presa in carico, il processo di controllo dei risultati - sono due, ma poi ce ne sono altri - che si sono già evidenziati come elementi centrali sui quali costruire un processo.
Altro elemento che appartiene già al dibattito e che quindi secondo me è la base sulla quale ragionare è che quando parliamo di valutazione dei risultati dobbiamo tenere presente che è diverso parlare di valutazione di outcome e di valutazione della soddisfazione. Sono due cose assolutamente diverse, entrambe importanti quando parliamo di qualità. La soddisfazione non può essere un indicatore di per sé di qualità dei servizi, anche se è un elemento fondamentale.
Qui parlo di sistema cliente e non di cliente, perché nel nostro caso probabilmente più attori che possono essere sottesi sotto il termine cliente; quando parliamo di servizi il

cliente è quello che rinuncia a una quantità di risorse per comprare un bene e lo utilizza. Nel nostro caso la situazione è più complessa e quindi non abbiamo a che fare con un unico attore.
Se questo è il bilancio che possiamo trarre sulla situazione attuale dal punto di vista della valutazione della qualità - e abbiamo visto che l'elemento, l'oggetto centrale sul quale dobbiamo probabilmente concentrare, spendere più attenzione in futuro è quello della valutazione dell'outcome - da questo punto di vista ci sono una serie di elementi di criticità o di problemi che vanno sicuramente affrontati per portare a regime un sistema di questo tipo.
Le piste di lavoro sono un po' queste. La prima è trovare un punto di incontro fra culture professionali diverse, perché la cultura medica piuttosto che quella di tipo psicologico o quella manageriale può pensare a strumenti di valutazione del risultato diversi tra di loro e quindi è necessario integrare culture professionali diverse. Chi lavora in questo settore o ha tentato di trovare strumenti di valutazione sa come questo sia un problema fondamentale. La seconda pista è combinare a rispetto delle culture del carico una necessità del confronto. Che cosa vuol dire? Che a un soggetto come la Regione, o tanto più a un soggetto nazionale, interesserà che siano raccolte le stesse informazioni su tutto il territorio nazionale per poter fare confronti. Tanto più standardizziamo, tanto più abbiamo una ricchezza di confronto e la valutazione è fondamentale; ma tanto più standardizziamo e tanto più incontreremo resistenza delle diverse realtà locali che hanno proprie culture e propri punti di vista di riferimento, propri strumenti di valutazione e quindi questo è uno dei nodi fondamentali, combinare standardizzazione con specificità.
Il terzo elemento è quello di definire dei criteri condivisi di giudizio del cambiamento. Non basta misurare quanti erano gli astinenti prima o dopo, ma bisogna anche avere dei criteri di valutazione. Che cosa giudichiamo positivo? Su questo le culture e le diversità di prospettiva e le esperienze di chi lavora nei servizi sono talmente differenziate per cui, secondo me, uno dei problemi fondamentali, è portare i diversi attori a condividere che cosa significa un cambiamento e come giudichiamo un cambiamento; perché non abbiamo a che fare col bianco e col nero, solo col vivo o col morto, abbiamo una serie di valori di grigi differenziati, sui quali dobbiamo imparare a esprimerci e a giudicare.
Altro elemento è integrare l'assessment clinico con la valutazione manageriale. Non possiamo pensare che ogni obiettivo informativo ci porta a costruire strumenti di valutazione differenziati, altrimenti avremmo un proliferare di strumenti che non dialogano e che non riusciamo a concretizzare. Dobbiamo immaginare uno stesso sistema di valutazione nel quale ogni informazione viene utilizzata dai diversi attori che agiscono all'interno del sistema.
Quindi, integrare i processi di gestione del caso con la valutazione dell'esito. Non sono e non possono essere processi differenziati e autonomi, debbono integrarsi concretamente.
Perché riusciamo a fare tutto questo è fondamentale che chi è coinvolto nel processo di raccolta delle informazioni, trovi una diretta utilità nell'informazione che raccoglie; se riusciamo a combinare tutte queste cose riusciremo ad attivare un processo di raccolta di informazioni che ci consenta di monitorare gli effetti sull'outcome. Le esperienze che conosco da questo punto di vista, e ce ne sono diverse nelle regioni italiane, mostrano questo. Si riesce ad adottare un sistema di valutazione dell'outcome, quando troviamo criteri condivisi di giudizio e di valutazione, quando riusciamo a trovare un mix fra le diverse professionalità e che tutte si riconoscono negli stessi strumenti e immaginiamo che gli strumenti raccolti producono informazioni utili ai diversi livelli del sistema. Credo che questa, dal punto di vista della valutazione della qualità, sia la scommessa che si attende in futuro.»

Intervento:- «Il fatto che un ragazzo, praticamente, porta a compimento un programma, ma ritorna a bucarsi è un principio di qualità; prende la terza media, impara un mestie-

re, comincia ad avere delle relazioni che prima non aveva, tutte queste cose aumentano un po' la difficoltà che diceva prima lei. Questo era un po' la situazione.»

Dott. Giovanni BERTIN:- «Credo che se provo a rispondere seriamente a questa domanda, lei mi caccia dalla sala, nel senso che solleva un problema abbastanza grosso, che non può essere risolto attraverso un flash. Quello che posso dire è che sono tante le variabili che possono influenzare, tanto più se parliamo di comunità, un giudizio di soddisfazione o non soddisfazione del giovane, della famiglia, della comunità. Certo, è fondamentale, se voi andate ad analizzare i criteri di qualità che vi ho mostrato nel profilo dei SERT insieme, per esempio, con quegli elementi della norma che vi ho presentato, se ne fate una lettura integrata, vedrete che c'è una sovrapposizione, sono gli stessi criteri. Sia nell'uno che nell'altro si parla appunto di processo personalizzato, di assessment multidimensionali, all'inizio cioè i criteri di giudizio sono sempre gli stessi e pubblico e privato debbono mettersi intorno a un tavolo per coordinarli perché altrimenti, rispetto al grafico che vi ho fatto vedere all'inizio, i soggetti non comunicano. Se ognuno di loro ha un'idea diversa di qualità, non comunicano e quindi creiamo distorsioni, creiamo difficoltà di sviluppo dei processi decisionali.»
Chairman Dott.ssa Marina DAVOLI:- «Passiamo alla prossima presentazione, della la dottoressa Cristina SORIO, del SERT di Ferrara, che ci parla delle "Linee guida per la valutazione della prevenzione: la proposta di un metodo".»

Dott.ssa Cristina SORIO:- «Buonasera a tutti. Mi inserisco a questo punto con una proposta che vuole essere operativa, non certo il metodo, ma una proposta aperta anche a future sperimentazioni.
La proposta di linee guida nell'ambito della prevenzione ha costituito un'esigenza per chi si è occupato di prevenzione in questi anni, che ha coinvolto molti degli aspetti che sono poi stati elencati negli interventi precedenti; ha coinvolto gli aspetti della gamma dei grigi. La prevenzione forse è un grigio continuo, coinvolge l'esigenza di valutare gli interventi e ci coinvolge anche dal punto di vista dell'esigenza di migliorare la qualità negli interventi di prevenzione.
Rispetto a questi ambiti, il progetto COSTA SEI ITALIA, ci ha dato la possibilità di riflettere all'interno di un gruppo di esperti sulla possibilità di sviluppare delle linee guida che vogliono essere una proposta di un metodo per arrivare alla valutazione della prevenzione primaria.
Per chi non ha avuto occasione di incontrare questa sigla, il gruppo COSTA SEI è un programma di cooperazione europea che mira al coordinamento delle attività di ricerca svolte nei Paesi membri in un determinato settore e coinvolge 25 nazioni. Il COSTA SEI, in specifico, riguarda la ricerca nel settore delle scienze sociali e, in particolare, gli aspetti sociali dell'abuso di droghe. Il COSTA SEI si è occupato, nell'ambito dei suoi obiettivi, di valutazione dell'azione contro la droga in Europa e ha costituito cinque gruppi, uno dei quali si è occupato della valutazione e della prevenzione primaria e la relazione che faccio oggi presenta proprio il prodotto, l'esito del lavoro di questo gruppo.
Innanzitutto, il gruppo di esperti si è posto un primo obiettivo: analizzare, fare una revisione di quelli che erano gli strumenti già presenti a livello europeo e nazionale relativi alla valutazione.
A livello europeo, era disponibile, sulla valutazione della prevenzione primaria, una revisione teorica condivisa da un gruppo di esperti europei. Le linee guida europee di valutazione della prevenzione, che hanno poi costituito la struttura base anche per le linee guida italiane sulla valutazione dei trattamenti hanno costituito l'ossatura, lo schema concettuale sul quale poi siamo andati a costruire il nostro strumento.
Dall'analisi dei documenti europei emergevano alcuni presupposti dominanti in Europa, innanzitutto l'idea di una riduzione dell'abuso di sostanze come variabile primaria, l'equiparazione tra valutazione e ricerca valutativa e l'assunzione di una metodologia

oggettivante. Per il gruppo di lavoro, questi presupposti non erano sufficienti, cioè non si poteva accettare completamente la proposta europea, ma era necessario approfondire alcuni aspetti che emergevano, chiaramente, da quello che era il know -how, che erano le esperienze specifiche del gruppo, dei componenti di questo gruppo. Queste linee guida sono connotate dalle esperienze di prevenzione che i componenti di questo gruppo hanno fatto in questi anni ed è emersa con forza l'esigenza di inserire anche un altro elemento, un'altra variabile importante, che era quella delle forme di comunicazione per la prevenzione dell'abuso di sostanze.
Questo, soprattutto per quei progetti di prevenzione che, come il gruppo ha definito, vogliono chiamarsi aspecifici, cioè che promuovono delle situazioni di agio, di benessere, ma che non hanno come finalità specifica quella della riduzione dell'abuso di sostanze. Inoltre, il gruppo ha fatto una grossa riflessione tra valutazione e ricerca valutativa e ha assunto che era necessario suddividere questi due concetti nel senso che la valutazione comunque è una forma di decisione basata sulla teoria; valuto sulla base di un riferimento e poi questa viene realizzata attraverso un metodo che può essere la ricerca.
E' importante quindi definire non solo in che modo valuto, ma soprattutto che cosa abbia senso valutare e per i progetti di prevenzione questa è una cosa fondamentale. E infine la valutazione può riguardare anche gli effetti della prevenzione sulla comunicazione e questo era l'aspetto di contenuto che emergeva proprio dagli esperti, non solo sulla prevenzione tout court di riduzione dell'uso di sostanze. Altro aspetto che differenzia questa riflessione, è che la ricerca valutativa fissa solo i vincoli metodologici e la prevenzione non è valutabile secondo l'epistemologia causale lineare, causa -effetto, ma è necessario aprirsi anche a quelle che sono le sfumature, i grigi che prima diceva BERTIN, quindi tenere conto che possiamo avere interventi di prevenzione che hanno una specificità loro e quindi è necessario trovare degli strumenti che ci permettano di mantenere queste differenze e di non appiattire, attraverso l'analisi valutativa, quella che è la qualità dell'intervento stesso.
Per questo si è indirizzato verso la scelta di linee guida, cioè tra la scelta di definire indicatori che ci segnalassero se un progetto va bene o va male; si è fatta la scelta di cercare un metodo che potesse, nelle diverse fasi della costruzione del progetto di prevenzione, dare una mano agli operatori e quindi questo vuole essere un metodo fruibile dall'operatore che lavora nell'ambito della prevenzione e che soprattutto promuove una cultura della valutazione, migliora la qualità dei progetti di prevenzione e promuove lo scambio di esperienze sulla valutazione.
I gruppi target delle linee guida vogliono essere gli operatori nelle diverse fasi dell'intervento, cioè dalla fase della programmazione alla fase dell'implementazione del progetto fino alla fase di valutazione.
Possono anche essere operatori diversi che si occupano di queste diverse fasi.
Altre esigenze che il gruppo si è posto: le linee guida dovevano rispettare alcune caratteristiche, dovevano essere applicabili a tutti gli interventi di prevenzione primaria, in tutte le fasi del percorso decisionale, applicabili da persone con differenti background professionali e dovevano essere uno strumento flessibile, sintetico, non troppo complesso, facilmente comprensibile e controllabile.
Arrivo alle linee guida. Nella loro struttura - comunque ne ho portata qualche copia, se poi qualcuno la vuole ritirare, c'è sia su carta che su CD -cercano di dare, sotto forma di domande, delle indicazioni per gli operatori che costruiscono un progetto, un intervento e lo portano avanti e quindi accompagnano l'operatore nella fase di progetto; vedrete che qui la linea guida entra molto nel merito, cerca di chiedere molti più elementi che nelle altre fasi, nel senso che, secondo noi, in fase di progetto si decidono molte cose, anche che tipo di valutazione si vuole fare alla fine e, se si fa un buon progetto e si porta avanti bene, è possibile alla fine fare anche una valutazione ex post significativa.
C'è una parte centrale che si occupa del processo, quindi della fase di implementazione dei progetti di prevenzione più la fase di risultato.

Sinteticamente, elenco solo quelle che sono le aree all'interno delle macro, nel senso che poi troverete nelle linee guida le differenze.
Innanzitutto, per quanto riguarda la valutazione del progetto, le cose che secondo il gruppo sono da chiarire riguardano il problema, cioè bisogna definire bene qual è la natura del problema, sia in termini di analisi del fenomeno, di quella che può essere la prevalenza, l'incidenza del fenomeno sul territorio, sia anche in termini di decodifica di quella che può essere la domanda che arriva alla struttura, cioè la domanda di intervento oppure, anche in termini semplici, di analisi del bisogno. Come sapete, a livello di prevenzione ci può essere sì una domanda, ma ci può anche essere semplicemente un'analisi che esprime un bisogno che non si è ancora trasformato in domanda e quindi bisognava coprire tutta questa area che spesso riguarda gli interventi di prevenzione.
Altro aspetto importante sono i riferimenti teorici di studi: viene chiesto all'operatore qual è l'interpretazione, l'approccio che si segue per identificare una sorta di interpretazione di questo tipo di problema.
Altro aspetto che è emerso da questo gruppo è il contesto. Qui ha dato un grosso contributo BAIARDI, per quanto riguarda la realtà di Torino, sulla necessità, laddove è possibile, di produrre delle diagnosi territoriali, cioè in termini di mappa di quelli che sono i gruppi sociali e delle reti che possono creare un humus, un terreno fertile nel quale impiantare l'intervento.
Altri punti fondamentali in un progetto: va dichiarato il target, i destinatari finali, gli obiettivi, non solo i macro obiettivi ma anche gli obiettivi intermedi e poi altri elementi che riguardano l'organizzazione, cioè chi e come porterà avanti il progetto, i tempi, il metodo e le risorse.
Il secondo passaggio è l'analisi di processo, la valutazione di processo. Una volta analizzato il progetto e definiti tutti i passaggi necessari, il processo cioè la fase di implementazione, si va a vedere, attraverso una valutazione intermedia, qual è il livello di coerenza tra gli obiettivi e le attività che vengono via via poste in essere, poi quanto il progetto è in grado di raggiungere i destinatari che erano stati esplicitati in fase di pianificazione, quanto i metodi scelti risultano accurati per raggiungere effettivamente gli obiettivi, se sono stati rispettati i tempi, se le risorse programmate sono adeguate e se, dal punto di vista organizzativo, si trova una congruenza. E' importante dare rilevanza al processo in quanto siamo ancora in itinere, quando è possibile ancora apportare dei correttivi all'intervento e quindi è una fase molto delicata e molto importante per quanto riguarda la valutazione.
Da ultima, la valutazione di risultato nei termini, non solo di efficacia globale, nel senso di outcome, di obiettivo ultimo che si vuole raggiungere, ma anche di valutazione tramite follow - up, a distanza; chiediamo anche se, nell'ambito dell'intervento, ci si è proposti una valutazione a breve o medio termine, cioè è importante anche l'output, è importante anche capire qual è il risultato immediato che si è raggiunto. Inoltre dobbiamo guardare anche l'impatto, cioè come il progetto, l'intervento ha prodotto anche degli effetti che non sono stati pianificati e quindi come si è inserito nel contesto specifico di quella realtà.
Altri elementi riguardano più la parte dell'efficienza, quindi i costi e i benefici del progetto e i costi di efficacia, cioè si va a vedere senso quanto gli obiettivi raggiunti da questo progetto, confrontandoli con altri progetti simili, sono effettivamente efficienti rispetto ai costi e all'obiettivo raggiunto.
Infine, due elementi importanti per i progetti. Se un progetto è riproducibile in altre realtà o in altre aree più specifiche del territorio e se c'è un piano di divulgazione dei risultati raggiunti dall'intervento.
Come dicevo prima, si tratta della proposta di un metodo che noi, in Emilia Romagna, stiamo tentando di applicare adesso, per la valutazione dei progetti di prevenzione finanziati col Fondo nazionale Lotta alla droga; stiamo tentando di darci un metodo che è uguale per tutti e quindi fin dalla fase di progettazione, implementazione e poi di risul-

tato.
E' chiaro che è un lavoro che comunque non è definitivo, proprio come non sono state definitive le linee guida europee, ma è un lavoro che si può anche modificare nel tempo e anzi, spero, portandolo alla vostra attenzione, di ricevere anche dei suggerimenti e delle critiche costruttive.»

Chairman Dott.ssa Marina DAVOLI:- «Credo che valutare la prevenzione sia il sogno di tutti. No?»

Intervento:- «Cristina, ci sono alcune cose che non ho capito bene e di cui ti chiedo un chiarimento.
Tu prima hai parlato di prevenzione aspecifica e poi, a un certo punto, hai detto parlato che la valutazione non deve considerare necessariamente l'epistemiologia lineare e casuale. Se ho ben capito, questo vuol dire che alcune volte sono possibili degli interventi preventivi su qualche cosa, senza che si vada a valutare l'esito, e in cui, in qualche modo, l'esito non è importante. E' solo un commento. Credo che questo sia molto pericoloso, per il fatto che se noi facciamo un intervento di valutazione, un intervento di prevenzione aspecifico o non è un intervento di prevenzione o vuol dire, e spero che sia questa la risposta, o che è un intervento che, come dire, si riferisce a diversi output, a diversi outcome.
Ora, in questa situazione, credo che sia estremamente importante, anche se è aspecifico, andare a valutare outcome specifici, andare a vedere se ha un qualche effetto in qualcuna di queste cose.
Faccio un esempio. Da poco, credo all'inizio di quest'anno, è uscita una rassegna inglese, è stata pubblicata su quella rivista di poche pagine che si traduce anche in italiano e che si chiama Effective Health Care, che è una rassegna sulla prevenzione del fumo, quindi una cosa molto vicina a quello di cui noi stiamo parlando. Questa rassegna mostra che su una ventina di studi che sono stati presi in considerazione, selezionati per qualità, ce n'erano, dieci che non servivano a niente, cinque che erano utili perché come risultato, alla fine, la gente fumava di meno, cinque in cui fumavano di più. Tutti quanti erano abbastanza aspecifici: non esiste più ormai la prevenzione del fumo in cui si dicono i pericoli del fumo, ormai i pericoli del fumo li conoscono tutti, si fa la prevenzione sull'abilità del rifiuto, sugli skills, sulle capacità sociali. Ora, nel momento in cui faccio un intervento di prevenzione generico come quello sui refusal skills, non posso non andare a valutare qualche cosa di molto specifico, come la capacità dei soggetti a cui ho rivolto il mio intervento, alla fine, effettivamente di fumare di meno.
Credo che questo sia estremamente importante, proprio perché la prevenzione ha una catena casuale estremamente complicata, così complicata che nessuno la conosce, cioè esiste un black box tremendo su cos'è che causa l'inizio del fumo. Proprio per questo motivo, secondo me, è importante andare a valutare l'esito, cioè saltare tutta questa catena casuale difficile e andare a valutare che cosa fa l'intervento che si propone.»

Dott.ssa Cristina SORIO:- «Sicuramente è la seconda che hai detto, nel senso che è fondamentale definire gli obiettivi; proprio la linea guida per la fase di progetto è molto precisa e richiede di definire schematicamente gli obiettivi, i tempi e tutto il resto.
Quello che è emerso nel gruppo era che, mentre le linee guida europee avevano sempre come obiettivo unico e variabile principale quella della prevenzione del consumo o abuso di sostanze, soprattutto nella realtà di Modena che è stata coinvolta nel progetto, emergevano invece degli interventi di prevenzione che spesso avevano non come obiettivo primario questo, ma soprattutto quello di sviluppare forme di comunicazione positive e quindi è nato tutto lì il discorso della specificità - aspecificità. Non ha nulla a che vedere con la rigorosità che deve avere il progetto nella definizione degli obiettivi, anche perché per misurare poi alla fine il risultato devono essere decisamente elencati e devo-