

TABELLA 1

CARATTERISTICHE DEI GRUPPI 12 PASSI E ASSOCIAZIONE DIABETICI

	G12P	DIABETICI
OMOGENEITA'	voler smettere la dipendenza	essere diabetici
SOGGETTIVITA'	testimonianza	informazione oggettiva
DELEGA AI TECNICI	no	si
OBIETTIVI	modificazione stile di vita	rivendicazione e stile alimentare,ecc.
EMPOWERMENT	+++	+
MAINSTREAMINGT	0	+++
RAPPORTO CON SERVIZI	limitato alla attività di aiuto collaborativo	organizzazione servizi critico

ASPETTI NORMATIVI ED ECONOMICI DELLA COLLABORAZIONE TRA GRUPPI DEI 12 PASSI (G12P) E SERVIZI SANITARI E SOCIALI.

Nell'ultimo decennio anche in Italia (seppure in ritardo rispetto ad altri paesi) abbiamo osservato la nascita di numerose associazioni di malati e loro familiari; normative sia nazionali che regionali regolano la vita di queste associazioni che possono così meglio rapportarsi all'esterno e anche accedere a finanziamenti pubblici e privati.

I G12P rientrano nella categoria dell'associazionismo in quanto si costituiscono per fornire un servizio agli affiliati al gruppo (a differenza del volontario che opera nei confronti di persone non affiliate all'associazione o della società).

Nella tabella 1 si cerca di evidenziare alcune differenze tra G12P e associazione diabetici dato che i G12P si differenziano nettamente da altre associazioni simili. Come si vede le principali differenze stanno negli obiettivi che sono anche "rivendicativi" nella associazione diabetici mentre sono esclusivamente di aiuto nei G12P. Infatti i G12P non intervengono sull'organizzazione dei servizi sanitari, sullo stile di cura degli operatori, sulla formazione degli affiliati; scopo è aiutare/aiutarsi a raggiungere uno stile di vita che permetta di essere meno dipendenti. Non c'è pressione da parte dei G12P ad affiliarsi; proprio per questo l'inizio dell'intervento è auto-aiuto (ci vuole una volontà individuale per chiedere aiuto); in seguito si realizza il mutuo-aiuto perché solo entrando in empatia con altri affiliati si può continuare il cammino verso uno stile di vita più soddisfacente.

Quindi da un punto di vista normativo è la legge sull'associazionismo più che quella sul volontariato a posizionare i G12P nella società italiana.

Tuttavia per le loro caratteristiche di intervento è importante che i gruppi prendano contatto con le strutture sociali, sanitarie, scolastiche, religiose, ecc..Soprattutto una collaborazione stretta tra G12P e servizi sociosanitari permette di raggiungere risultati migliori e di arruolare pazienti che difficilmente sarebbero coinvolgibili in un lavoro di gruppo. Per questi motivi, professionisti che hanno approfondito le modalità operative dei G12P si sono riuniti nel gruppo "Focus sui 12 Passi";

è necessario infatti che gli operatori sanitari e sociali siano informati non solo dell'esistenza ma anche dello stile di lavoro dei G12P, nonché della legislazione che ne permette la collaborazione.

(A questo proposito saranno citate solo alcune normative recenti).

A) LEGGE QUADRO IN MATERIA DI ALCOL E DI PROBLEMI ALCOLCORRELATI.

Vengono trattati i compiti dello Stato, delle Regioni, degli EE.LL e delle ASL per attivare una serie di interventi integrati e multimodali capaci di affrontare i problemi legati alla prevenzione dei danni sanitari e sociali legati all'uso di bevande alcoliche nonché la cura, la riabilitazione e il reinserimento sociale degli alcolodipendenti.

Tra le finalità della legge si sottolinea anche quella di favorire il coinvolgimento delle associazioni di auto-mutuo aiuto finalizzate a prevenire o a ridurre i problemi alcolcorrelati.

Dal punto di vista finanziario si prevedeva un finanziamento di 4125 milioni/annui utilizzando fondi speciali; questo finanziamento finalizzato non si è realizzato, sia per leggi successive sia perché la modifica del titolo V della Costituzione permette alle Regioni di ricevere le risorse per il Fondo Sanitario Regionale in modo indistinto e quindi di appostare le risorse del bilancio secondo i loro obiettivi.

B) DPCM 14.2.2001 "ATTO DI INDIRIZZO E COORDINAMENTO IN MATERIA DI PRESTAZIONI SOCIO-SANITARIE.

Tra le prestazioni socio-sanitarie sono comprese quelle a favore dei dipendenti da alcol e droghe.

Tra gli interventi sono elencate prestazioni di tipo ambulatoriale, domiciliare, semiresidenziale e residenziale di riabilitazione e di reinserimento sociale.

Il finanziamento è per il 100% a carico del SSN limitatamente alle prestazioni terapeutico-riabilitative e ai trattamenti specialistici compreso il periodo della disassuefazione in comunità terapeutica. E' invece a totale carico dei Comuni il costo dei trattamenti di reinserimento sociale e lavorativo allorché sia superata la fase di dipendenza.

Questa suddivisione tra compiti del SSN e degli EE.LL. non si è realizzata in tutte le Regioni anche a causa di una serie di omissioni e di modificazioni legislative.

L'Art. 22 della legge 328/00 prevede che siano stabiliti livelli essenziali di assistenza sociale, cosa che non è stata fatta; nell'ultima conferenza Stato-Regioni-Autonomie Locali (agosto 2003) le Regioni hanno proposto un elenco di prestazioni derivato dalla stessa legge 328/00 e dal Piano nazionale sociale (non vigente, perché lesivo della autonomia regionale dopo l'approvazione delle modifiche al titolo V della Costituzione).

Però nella stessa Conferenza si è stabilito che spetta alle Regioni legiferare sul sistema (cioè sul modo di somministrazione delle prestazioni) mentre allo Stato compete l'elencazione dei LEA sociali e quindi assumersi l'onere delle prestazioni che devono essere obbligatoriamente soddisfatte.

In assenza di queste precisazioni le Regioni in genere deliberano una cifra indistinta per prestazioni a carattere socio-sanitario che viene poi distribuita a livello di ASL tra varie funzioni e tra vari distretti socio-sanitari. Ne deriva una estrema disomogeneità di comportamenti con in genere una sottovalutazione delle prestazioni a favore degli alcolodipendenti.

Non trova invece alcuna definizione la spesa socio-assistenziale che i Comuni devono dedicare agli alcolodipendenti.

C) LEGGE 328/00 "LEGGE QUADRO PER LA REALIZZAZIONE DEL SISTEMA INTEGRATO DI INTERVENTI E SERVIZI SOCIALI"

I punti importanti riguardanti le associazioni di auto-mutuo aiuto e il loro rapporto coi servizi sociali sono i seguenti:

- 1) Le associazioni devono essere coinvolte anche nella fase programmatica dei servizi da parte dei Comuni singoli o associati e non solo nella fase gestionale;
- 2) Viene introdotto il Reddito Minimo di Inserimento (RMI) che può essere essenziale per la progettazione individualizzata di alcune fasi riguardanti il reinserimento sociale dell'alcolodipendente.

In effetti in Francia nei Centres d'Hygiène Alimentaire et d'Alcohalogie si fa ampiamente ricorso alla analoga legge francese in materia .

Nel libro bianco sul Welfare di Maroni il RMI viene trasformato in "Reddito di Ultima Istanza" ma non è stato finanziato.

D) LIBRO BIANCO SUL WELFARE. PROPOSTE PER UNA SOCIETA' DINAMICA E SOLIDALE.

Oltre al reddito di ultima istanza di cui si è già parlato, il libro bianco valorizza lo sviluppo di reti di solidarietà formali ed informali e quindi, indirettamente, anche i G12P. Va tuttavia notato che mettendo sullo stesso piano servizi pubblici e privati sono avvantaggiate le associazioni più forti dal punto di vista economico e sociale. I G12P rinunciano per statuto ad aiuti economici pubblici e si propongono di tutelare il proprio anonimato; quindi sono socialmente deboli. Sono invece gradite le associazioni non profit che "attivano entrate per oltre 14,5 mila miliardi di lire" (pag.26).

Vengono inoltre favoriti "investimenti competitivi" in quanto lo sviluppo del paese nella competitività internazionale rende superato il modello universalistico ed egualitaristico.

In altre parole, il libro bianco non sembra venire incontro ai G12P proprio per le caratteristiche statutarie dei gruppi anonimi di auto-mutuo aiuto.

E) PIANO SANITARIO NAZIONALE 2003-2005.

Approvato nell'aprile 2003 il piano prevede una rete integrata di servizi sanitari e sociali per l'assistenza ai malati cronici. Non si parla espressamente di dipendenze; tuttavia si incentivano prestazioni territoriali piuttosto che residenziali e un "utilizzo controllato" dei servizi gestiti da privati. Se questo controllo si eserciterà prevalentemente sul rapporto costo/benefici i G12P potrebbero essere avvantaggiati.

F) ASSISTENZA OSPEDALIERA

I costi della assistenza ospedaliera sono cresciuti e tutte le Regioni hanno cercato di stabilire dei tetti per prestazioni ambulatoriali, per day-hospital e per ricoveri ordinari. Le difficoltà sono state :

- 1) contemperare i LEA sanitari con il valore di DRG;
- 2) operare in un momento in cui non sono ancora stabiliti i LEA socio-sanitari;
- 3) disincentivare i DRG ad elevato rischio di inappropriatazza.

A parte le patologie alcol-correlate che fanno riferimento a DRG ordinari (miocardiopatie, pancreatopatie, neuropatie periferiche, traumatismi, ecc) ci sono DRG che fanno riferimento ad abuso/dipendenza di alcol. (Tab. 2).

TABELLA 2 (cifre in €)

DRG		Day-Hospital	Ricovero ordinario
202	Cirrosi/epatite alcolica	190	3131
433	Dip.alcol/farmaci. Dimissioni contro parere sanitario	161	891
521	Ab/Dip.alcol/farmaci con CC	273	2092
522	Ab/Dip.alcol/farmaci con terapia riabil. senza CC	249	1777
523	Ab/Dip.alcol/farmaci senza terapia riab. senza CC	209	1137

Come si nota questi DRG sono poco remunerativi; se si utilizzassero maggiormente i G12P si avrebbero però delle economie indirette. Infatti gli operatori sanitari e sociali impiegherebbero meno tempo nel sensibilizzare e nel motivare gli etilisti o i loro familiari alla frequenza dei gruppi dopo il ricovero e potrebbero così trattare un numero maggiore di casi.

G) ASSISTENZA DEL MEDICO DI FAMIGLIA

L'intervento del medico di famiglia è compreso nella quota capitolata. L'azione di questo professionista non è limitata solo all'invio allo specialista dell'alcolista (come generalmente avviene) ma può essere anche più coinvolgente se si avvallesse dell'opera dei G12P. In Inghilterra specialmente si insiste sull'opportunità del coinvolgimento del medico di famiglia nel trattamento dell'alcolista, in quanto meno costosa soprattutto se associata ad AA.

Una "breve informazione" del curante, data in particolare ai familiari spesso apre la strada ad un percorso riabilitativo-risocializzante in AA. o in Alanon.

CONCLUSIONI

L'analisi della legislazione recente conferma la possibilità che i servizi sanitari pubblici possono utilizzare in modo integrato e multimodale l'azione dei G12P, a scopo sia preventivo che riabilitativo-risocializzante.

Per statuto i G12P non possono ricevere contributi sia pubblici che privati; la settima tradizione infatti insegna che i membri dei G12P devono da soli provvedere al finanziamento del gruppo e dei Servizi Generali. Questa tradizione è stata scritta soprattutto per aumentare il senso di responsabilità degli affiliati verso i G12P; il non accettare contributi ha quindi valore "terapeutico". Ne deriva che la collaborazione dei

G12P con i servizi pubblici presenta dal punto di vista economico vantaggi sia diretti che indiretti.

Molti servizi di alcolologia in contatto con AA richiedono la presenza di un affiliato nell'ambulatorio o in reparto. Si possono così abbreviare i tempi di degenza integrando l'intervento sensibilizzante-motivazionale dell'operatore con quello proprio di AA. Questo non vuol dire svilire il servizio pubblico che deve impegnarsi sempre nell'opera di controllo periodico tenendo soprattutto conto che AA aiuta le persone che desiderano smettere di bere ma non è una struttura medica né psicosociale.

Inoltre è necessario che il pubblico fornisca all'alcolista un ventaglio di interventi (psicoterapie individuali, di coppia, di gruppo, servizio sociale, attività educative, ecc.) non essendo gli alcolisti tutti uguali o non volendo alcuni avvalersi di AA.

A parte questi vantaggi sul piano organizzativo ed economico vale però la pena di fare una riflessione su come l'attività dei G12P si ponga nel contesto socio-culturale italiano all'inizio del terzo millennio.

Quando i G12P si sono diffusi in Italia alla fine degli anni '70 era vitale l'idea che l'autotutela della salute si coniugasse con un potenziamento del tessuto democratico, della partecipazione e della solidarietà (vedi ad esempio lo sviluppo dei gruppi di autocoscienza delle femministe). Ora il panorama è profondamente cambiato; una frantumazione corporativa della società, un "capitalismo molecolare" basato su una competitività di piccole entità produttive ha fatto emergere la solitudine dei singoli; si tende a privilegiare bonus e voucher coll'intento di superare un rapporto diretto ed esclusivo tra individuo e servizi del Welfare. I livelli di coesione totale possono essere abbassati da una concorrenza tra individui e tra servizi pubblici e privati. Inoltre lo spirito localistico unito all'idea della competitività tra territori porta a significative differenze tra una comunità e l'altra.

L'esperienza dimostra però che i G12P possono svilupparsi in contesti socio-culturali molto diversi;

nati nei paesi anglosassoni non hanno avuto difficoltà a svilupparsi anche nei paesi mediterranei o dell'est europeo.

Perché dunque oggi lo sviluppo in particolare di AA si è arrestato? Forse una delle concause è il sistema di pagamento a prestazione del SSN: quante più prestazioni un reparto ospedaliero o un servizio territoriale fa tanto più è valorizzato. I gruppi di auto-mutuo aiuto non fanno "girare denaro"; da qui il loro declino.