

SESSIONE: SISTEMA DEI SERVIZI PUBBLICI E PRIVATI

Premessa

Il confronto che ha preceduto la prima conferenza nazionale sull'alcol e che ha coinvolto molte realtà operative di consolidata esperienza in campo alcologico, le relazioni presentate e le precisazioni emerse nel corso della sessione di lavoro hanno permesso di costruire un documento di sintesi che tiene in considerazione le diverse prospettive in una cornice che desidera rispettare sia il quadro legislativo, sia le competenze istituzionali, sia gli indirizzi di politiche pubbliche per la salute predisposte dall'OMS e dall'UE, sia le evidenze scientifiche che abbiano le garanzie della indipendenza dagli interessi dei produttori di bevande alcoliche, dei produttori di farmaci, delle posizioni ideologiche.

A tutti i partecipanti, e a tutte le realtà operative pubbliche e private, è chiaro il quadro legislativo che assegna alle regioni compiti di programmazione, di predisposizione dei servizi necessari a soddisfare i bisogni dei cittadini anche relativamente ai problemi alcol correlati. Tale materia risulta essere concorrente relativamente ai compiti attribuiti allo stato nazionale, ed il punto cruciale e significativo, oltre che preoccupazione condivisa da quanti sono impegnati nei campi della erogazione dei servizi e nella realizzazione della ricerca, è di assicurare su tutto il territorio nazionale una omogenea garanzia dei livelli essenziali di assistenza che devono avere carattere universalistico.

Non è immaginabile una radicale differenziazione di una condizione, quale si prefigurano essere l'alcolismo e la vasta area dei problemi alcol correlati, su base regionale e/o localistica. Le modalità di certificazione, di diagnosi, di valutazione, di assistenza, di cura, di riabilitazione e di strategie di promozione della salute ed il sistema delle prestazioni appropriate, accreditate e verificabili devono essere armonizzate ed altrettanto omogenee.

La necessità di omogeneità deriva dalla semplice osservazione che un paese moderno è caratterizzato da una forte mobilità della popolazione per ragioni di studio, di lavoro e di costruzione di rapporti sociali ed affettivi. L'alcolismo ed i problemi alcol correlati richiedono interventi riabilitativi che possono avere tempi molto lunghi, e quindi non sempre coincidono con la stanzialità stabile nello stesso territorio. E' pertanto assolutamente necessario armonizzare le azioni su tutto il territorio nazionale sulla base di criteri condivisi di appropriatezza ed efficacia dei programmi e delle prestazioni. La peculiarità dell'organizzazione locale deve essere coerente con questo pre requisito di universalità dei livelli essenziali di assistenza e delle prestazioni per garantirli sul piano della concretezza. Lo stesso sistema preventivo e certificativo deve essere coerente su tutto il territorio nazionale.

Si deve inoltre riconoscere che la conferenza è stata possibile anche grazie alla sensibilità introdotta dal più che trentennale impegno degli Alcolisti Anonimi nei gruppi di auto-mutuo aiuto e delle Comunità multifamiliari dei club degli alcolisti in trattamento, forme di cittadinanza attiva. L'impegno di questi cittadini non rappresenta solo una advocacy finalizzata alla produzione di servizi appropriati, ma un preciso punto di riferimento per costruire collaborazione partecipativa sia nella fase di programmazione dei servizi, sia nella realizzazione dei programmi. Questo significa che le loro esigenze devono trovare soddisfazione nella modalità stessa di predisposizione dei servizi che devono garantire la presenza di entrambe le prospettive con personale specificamente formato. Questo vincolo deriva dalla semplice osservazione che le due metodologie, che vedono protagonisti i cittadini, forniscono non solo una risposta efficace alla maggioranza degli alcolisti e delle loro famiglie, ma hanno anche precisi riferimenti interpretativi dell'alcolismo che hanno solide basi scientifiche oltre che consolidate pratiche risultate efficaci. La garanzia della presenza

delle metodologie nel sistema dei servizi devono rappresentare elementi essenziali per il processo di accreditamento.

I servizi devono definire una loro mission, e quindi una loro specifica ed esclusiva visione, con la precisazione dell'ambito di competenza e dell'oggetto del proprio interesse. Di seguito vengono elencati le maggiori criticità con relative indicazioni di aspetti fondamentali che devono rappresentare gli elementi essenziali per definire le linee di indirizzo condivise per garantire la presenza dei servizi di alcologia ed gli standard di funzionamento:

- a. La categoria "classica" dell'alcolismo, ricca di stereotipi legati alla marginalità, è in diminuzione, in termini percentuali rispetto all'universo dei problemi alcol correlati che in assoluto aumentano e si diversificano in maniera (uso dannoso, alcolismo giovanile, comorbilità per patologie acute e croniche (cirrosi epatica, intossicazioni acute, traumatologia e disabilità), comorbilità psichiatrica: in particolare personalità borderline, violenze, abusi ed omicidi (vedi: binge drinking).

A questo proposito vi è una ricca documentazione costituita dai documenti dell'OMS e dell'UE che in questi anni hanno evidenziato la complessità e l'articolazione dei problemi correlati al consumo di bevande alcoliche. Di questi documenti si discute in altre sessioni, ma rappresentano punti di riferimento significativi che devono incidere sulla organizzazione dei servizi, sulla loro tipologia, sullo stesso ambito disciplinare di riferimento, sulla collocazione nell'ambito dei modelli organizzativi socio sanitari posti in essere a livello regionale e locale e sul necessario rapporto che deve essere costruito tra diversi servizi in una logica funzionale e mirata alla definizione di programmi radicati nelle comunità locali come chiaramente indicato dall'OMS.

Sarebbe più corretto affermare che aumentando la sensibilità nei confronti dei problemi alcol correlati, aumenta la capacità di definizione degli stessi evidenziandone la fine e significativa differenziazione con conseguente allargamento dell'ambito di interesse e delle relative competenze che devono avere un carattere non solo inter-istituzionale, ma anche multi-disciplinare e partecipativo.

La partecipazione dei cittadini e delle comunità locali assumono un valore dirimente in campo alcologico visto l'empowerment espresso in questi anni dai cittadini e dalle comunità locali di appartenenza.

E' bene, prima di tutto, definire l'oggetto ed i relativi ambiti di intervento che nell'insieme costituiscono l'area di interesse dell'alcologia. L'oggetto è costituito dalla rivisitazione stessa del concetto di alcolismo, alla luce delle evidenze scientifiche e dei principali indirizzi di salute pubblica contenuti nei documenti dell'OMS e dell'UE. La prospettiva è quella di allargare l'universo dei significati dell'oggetto alcologico, come in parte già indicato dal concetto di alcolismo proposto dalla consensus conference della SIA (*L'alcolismo è un disturbo a genesi multifattoriale (bio-psico-sociale) associato all'assunzione protratta (episodica o cronica) di bevande alcoliche, con presenza o meno di dipendenza, capace di provocare una sofferenza multidimensionale che si manifesta in maniera diversa da individuo a individuo. Nel formulare la presente definizione ci si è ispirati sia ai criteri internazionali che alle peculiarità della esperienza italiana che per molti aspetti non è assimilabile a quelle estere.*

Nota: l'alcolismo è definito dalla contemporanea presenza di: a) perdita di controllo sull'uso degli alcolici (evidenziabile ad esempio dal << fenomeno del primo bicchiere >>), dai tentativi inefficaci di controllo, dalla continuazione del potus nonostante gravi conseguenze legate a tal uso); b) modificazione del modello di consumo alcolico, con comparsa di desiderio compulsivo di bere anche in assenza di intossicazione in atto (il craving degli autori anglosassoni); c) cambiamento dello stile di vita,

caratterizzato dalla tendenza all'isolamento, dal mal funzionamento fino alla perdita delle abituali relazioni sociali e da danni nelle diverse aree di salute vitale come successivamente definite; d) problemi familiari, o comunque della rete sociale personale, di diversa entità, che possono giungere alla disgregazione del tessuto familiare ed alla comparsa di franche manifestazioni di sofferenza psichica, emozionale e relazionale nel partner e negli altri conviventi.) che non è un dato definitivo, ma un punto di partenza coerente con gli indirizzi della letteratura scientifica a partire dal 1985, con i rapporti redatti sulla base dell'esperienza internazionale. Il dibattito alcolologico internazionale ha conosciuto un momento significativo di riflessione nel 1987 nell'editoriale apparso nel *British Journal of Addiction*, e nei relativi commenti, dal titolo "No Alcoholism, please, we're British", nel quale si supera la componente strettamente categoriale del termine alcolismo, evidenziandone gli aspetti dinamici che contengono una molteplicità di aspetti dei quali la dipendenza è soltanto una delle complicità.

Vi sono poi i documenti dell'OMS a partire dal 1978 con la dichiarazione di Alma Ata, che impegna gli stati a porre attenzione e realizzare sistemi di assistenza a livello primario, fino al riconoscimento dei determinanti sociali della salute e degli stili di vita come fattori fondamentali da tenere in considerazione nella costruzione delle strategie di salute. Questa ampia documentazione dell'OMS ha costituito la base dei due piani europei sull'alcol, con i relativi documenti scientifici che ne fornivano le basi solide sulle quali sono stati costruiti gli impianti delle policies indicate.

L'azione alcolologica, nel campo specifico della definizione e della programmazione dei servizi, si pone nel contesto di policies condivise dagli stati membri della regione europea dell'OMS, di evidenze scientifiche, di riconosciuta specificità e priorità dell'ambito alcolologico per evidenti ragioni epidemiologiche, di chiari obiettivi espressi dalle strategie di salute dell'OMS che riconoscono come prioritario in campo alcolologico sia la riduzione dei consumi che dei danni e dei rischi connessi ai consumi di alcol, con una attenzione particolare rivolta alla popolazione giovanile.

Si deve inoltre considerare che la stessa applicazione del DSM IV è attualmente in fase di revisione che sembra privilegiare l'aspetto multi dimensionale su quello categoriale. Questa modalità dinamica di identificazione e precisazione dell'ampio e diversificato campo dell'alcolismo allarga i confini dell'intervento e delle competenze alcolologiche.

Si deve definire una strategia che includa i diversi sistemi dei servizi specialistici, direttamente o indirettamente coinvolti nelle problematiche alcolologiche, in un programma realizzato sulla base dei profili di salute e dei relativi piani di azione individuati a livello locale, tenendo presente che il concetto di alcolismo e di problemi alcol correlati non possono essere confinati nella sindrome di dipendenza alcolica che rappresenta una delle tante complicità.

In questa visione i servizi specialistici di alcologia hanno un duplice ruolo di collegamento tra i diversi servizi e di intervento specializzato. Tra le realtà specialistiche che si sono costituite in questi anni si segnalano le esperienze di alcune unità ospedaliere che, a partire dalla loro specifica funzione, hanno sviluppato competenze e programmi per patologie a particolare impatto alcol correlato e che quindi richiedono una attenzione nei confronti della compliance della persona nei confronti delle cure predisposte e contemporaneamente necessitano di uno specifico intervento alcolologico che va dalla prevenzione, al counselling, alla riabilitazione, comprendendo diagnosi, cura e certificazione.

Per quanto riguarda le unità ospedaliere si ricorda la legge 125/2001 che stabilisce: *Art. 10. (Intervento ospedaliero) 1. Il trattamento dei soggetti con problemi e patologie alcolcorrelati è svolto nelle apposite unità operative collocate presso le aziende ospedaliere e le strutture sanitarie pubbliche e private appositamente accreditate, ai sensi dell'articolo 8-bis del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, introdotto dall'articolo 8 del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, nonché presso le aziende ospedaliere-universitarie di cui al decreto legislativo 21 dicembre 1999, n. 517.*

Naturalmente queste realtà ospedaliere, vista l'estrema specificità della loro azione possono esprimere con appropriatezza le loro funzioni su bacini di popolazione che vanno oltre i confini di una singola azienda sanitaria e comunque devono stabilire precisi protocolli di continuità assistenziale con i servizi di alcologia di base.

L'alcologia, in particolare quella italiana, ha una lunga storia di buone pratiche, di sperimentazione innovativa, di larga partecipazione dei cittadini che non può essere elusa nella indicazione di punti vincolanti nella realizzazione di programmi e servizi alcologici.

I Ser.T, pur con un significativo coinvolgimento in campo alcologico, non sono sempre in grado, allo stato attuale, per risorse e cultura professionale, di interpretare in modo esaustivo le esigenze organizzative dell'alcologia. L'inclusione dell'alcologia nei dipartimenti per le dipendenze, o in qualsiasi altro dipartimento, deve avvenire, per ragioni di efficacia e di appropriatezza, solo se viene garantita piena autonomia che formalmente si deve prefigurare come unità operativa semplice o complessa in relazione alla numerosità e/o complessità delle problematiche individuate, concorrendo alla stessa direzione del dipartimento di appartenenza. Si ricorda che i SERT hanno risorse, scarse e quindi insufficienti, destinate alla prevenzione, cura e riabilitazione delle tossicodipendenze riferite alle droghe illegali, come previsto dalla legge 309/90 e che la legge 125 definisce ambiti specifici di intervento: *nell'articolo 2 (finalità) punto b) favorisce l'accesso delle persone che abusano di bevande alcoliche e superalcoliche e dei loro familiari a trattamenti sanitari ed assistenziali adeguati; punto e) favorisce le organizzazioni del privato sociale senza scopo di lucro e le associazioni di automutuo aiuto finalizzate a prevenire o a ridurre i problemi alcolcorrelati. nell'articolo 3: Art. 3. (Attribuzioni dello Stato)*

1. Con atto di indirizzo e coordinamento, adottato entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, ai sensi dell'articolo 8 della legge 15 marzo 1997, n. 59, sentita la Consulta di cui all'articolo 4, nel rispetto delle competenze attribuite allo Stato ed alle regioni dal decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112, e delle previsioni del piano sanitario nazionale, sono definiti:

- a) i requisiti minimi, strutturali ed organizzativi, dei servizi per lo svolgimento delle attività di prevenzione, cura, riabilitazione e reinserimento sociale dei soggetti con problemi e patologie alcolcorrelati, secondo criteri che tengano conto dell'incidenza territoriale degli stessi;*
- b) gli standard minimi di attività dei servizi individuati dalle regioni e dalle province autonome di Trento e di Bolzano per lo svolgimento delle funzioni indicate alla lettera a)*

La questione rimane aperta, ma l'obbligo della presenza di specifici servizi alcologici è evidente.

Va anche sottolineato come siano cambiate le forme di rappresentazione dell'alcolismo, e come si sia modificata la sensibilità e l'attenzione delle comunità locali nei confronti dei problemi alcol correlati. Nell'insieme è facilitata una identificazione più precoce, che tuttavia risulta difficile da gestire dal momento che le persone raramente sono disponibili a riconoscere il problema e non solo per la variabile età, ma anche e soprattutto per la persistenza di un modello stereotipato di alcolismo che coincide con forme particolari di alcol dipendenza associate a gravi problematiche sociali e/o relazionali. In questo senso la variabile di identificazione strutturale del servizio e la sua stessa denominazione giocano un ruolo rilevante. Vi è naturalmente la variabile legata al cambiamento della

cultura in generale, soprattutto per gli aspetti che riguardano la dimensione degli stili di consumo di alcol, che fanno sintesi tra aspetti ancestrali legati all'alcol e modernità consumista, e della associata gestione del piacere e del divertimento. Infine non si deve sottovalutare il consumo contemporaneo e/o in sequenza cronologica di alcol e droghe illegali

- b. Le risorse a favore dell'alcolologia sono in riduzione o, nella migliore delle situazioni, invariate, sia in termini di personale che di investimenti specifici e vincolati alla specificità delle problematiche alcol correlate. Si rileva una riduzione delle motivazioni dei gruppi di lavoro con presenza di criticità che riguardano sia il modello organizzativo che gli standard di funzionamento. In particolare risultano carenti il lavoro territoriale, la integrazione con le équipes per tossicodipendenti, la percezione della specificità del campo alcolologico e la capacità di costruire partnership con le forme di cittadinanza attiva e con le stesse organizzazioni di auto aiuto, troppo spesso interpretate come surroga ai processi di di trattamento anziché essere riconosciute come ineludibile parte integrante.

Il capitolo risorse è cruciale nell'organizzazione dei servizi dal momento che, sia che le alcologie siano collocate all'interno dei dipartimenti per le dipendenze, sia che siano collocate in altri ambiti o territoriali o ospedalieri, tranne qualche rara eccezione, non vi sono risorse definite soprattutto in termini di personale dedicato in modo esclusivo. Per poter avere la certezza di tutelare i livelli essenziali di assistenza si devono anche avere le necessarie risorse per soddisfare i bisogni espressi e rilevati.

Vi è inoltre la necessità di stabilire sia un impegno specifico alcolologico a livello regionale, per le attività ordinarie, concertate con le autonomie locali. Inoltre, analogamente a quanto avviene per le droghe illegali, con il fondo regionalizzato di lotta alla droga definito nell'ambito del fondo sociale stabilito dalla legge 328/2000, dovrebbe essere stabilito un analogo per il campo alcolologico. Se questo non fosse possibile si deve stabilire un criterio di certezza di finanziamento da condividere con il fondo di lotta alla droga stabilendo un livello minimo di ripartizione pari al 50%, a partire dal prossimo anno. Si evidenzia inoltre la necessità di potersi avvalere di finanziamenti per la realizzazione di progetti nazionali, o comunque multicentrici, che siano in grado di produrre conoscenza e indicare possibili strade innovative in campo alcolologico. Si segnala l'opportunità che vi sia una quota di ricerca finalizzata che sia destinata a ricerche che abbiano come obiettivo il miglioramento del know how necessario al miglioramento dell'appropriatezza e dell'efficacia del sistema dei servizi e dei programmi di alcolologia.

- c. Le équipes sono ancora eccessivamente centrate sulla differenziazione dei ruoli professionali con la presenza di livelli interpretativi e modalità operative riduttivamente e rigidamente appiattiti sull'identità professionale e disciplinare. Le problematiche alcolologiche esigono non solo una maggiore interdisciplinarietà o trasdisciplinarietà tra tutte le figure professionali (medici, psicologi, ass. sociali, infermieri, educatori, sociologi, avvocati), oltre che uno specifico adeguamento alcolologico per ogni singola disciplina coinvolta, ma anche un ruolo attivo dei cittadini sia in sede di programmazione degli interventi che nei processi di auto tutela ed auto promozione della salute, concretizzando in tal modo molte delle indicazioni fornite dall'OMS e dai documenti di politiche pubbliche per la salute. Il tratto distintivo ed unificante deve concretizzarsi nella specifica formazione alcolologica che le alcologie devono porre come vincolante per l'accreditamento dei servizi. La funzione dell'alcologo, resa possibile

dall'attuale sistema formativo garantito da alcuni master specifici e dalla sensibilizzazione e formazione alcolologica di approfondimento, è una ricchezza che deve essere ulteriormente rinforzata non confinandola in una sola categoria professionale, ma riconoscendola come valore aggiunto per le molte diverse tipologie di professionisti che possono avere competenza in campo alcolologico e che possono riguardare l'area medica, infermieristica, psicologica, delle scienze sociali, delle scienze dell'educazione, delle discipline umanistiche, dell'economia, della giurisprudenza, dell'arte, della comunicazione, dell'ambiente e delle molte altre discipline che riguardano l'essere umano nelle sue relazioni con l'ambiente e con i propri simili. Vanno pertanto valorizzate sia la funzione dell'alcolologo che della documentata e specifica formazione alcolologica per poter meglio caratterizzare i servizi ed i programmi di alcolologia.

- d. E' necessario introdurre nuovi strumenti terapeutici, diagnostici e valutativi o comunque adattare gli esistenti alle specifiche esigenze alcoliche. In particolare si segnala la necessità di definire in campo psicoterapeutico una specifica formazione che garantisca il duplice aspetto dello specifico alcolologico e della specifica competenza nel campo della psicopatologia e della sofferenza mentale. Per quanto riguarda i criteri di costruzione della valutazione nei suoi complessi intrecci tra comportamento e funzioni cognitive si devono predisporre linee guida fondate sulle buone pratiche e sull'esperienza fin qui maturata.
- e. La continuità terapeutica ed assistenziale va ribadita, nel rispetto delle norme che regolano i livelli essenziali di assistenza: collaborazione con le autonomie locali, con il privato sociale, con i servizi sociali, i MMG, con l'ospedale, con il distretto, con le strutture residenziali extraospedaliere. La continuità assistenziale è una necessità ed un obbligo per poter gestire in modo efficace un percorso riabilitativo che ha tempi lunghi di realizzazione. Per evitare gli stereotipi della cronicizzazione si deve enfatizzare la crescita e la maturazione delle persone in un percorso difficile ma nel quale si possono e si devono valorizzare le risorse delle singole persone e della loro dimensione relazionale, predisponendo tutte le misure necessarie per controllare delle ricadute che vanno ricondotte alla storia naturale dell'alcolismo e non allo stigma della cronicizzazione.
- f. Nuove e vecchie certificazioni. Il tema viene discusso in altra sessione, ma è necessario ribadire che i servizi, per poter rispondere alle nuove richieste (v. patenti di guida) necessitano di nuove risorse. La certificazione diviene un'attività che caratterizza l'alcolologia e che pone anche la questione delle perizie che possono riguardare l'ambito alcolologico e che non possono essere condotte, in modo appropriato, da professionisti che non hanno esperienza o conoscenze sufficienti in campo alcolologico. La certificazione deve avvalersi di linee guida che diano omogeneità su tutto il territorio nazionale e siano adottate da tutti i servizi
- g. Alcologie e promozione della salute: è necessario che i servizi siano presenti e attivi nelle varie iniziative, sempre in collaborazione con le autonomie locali, con il privato sociale, con le agenzie culturali e con quelle educative. L'alcolologia nella sua lunga e consolidata esperienza fornisce esempi efficaci e significativi dei programmi di promozione della salute radicati nelle comunità locali. I servizi dovrebbero adeguarsi alla ricca letteratura scientifica presente su questi aspetti ed alle buone pratiche realizzate con le forme della cittadinanza attiva
- h. La posizione delle Comunità terapeutiche e delle cliniche private: il programma

terapeutico va elaborato in collaborazione con il servizio pubblico di riferimento al fine di garantire la continuità terapeutica, nel pieno rispetto dell'autonomia delle singole realtà, consolidata dal processo di accreditamento. La questione specifica delle strutture residenziali, prevalentemente identificate con le comunità terapeutiche, ma che possono riguardare anche le cliniche private, va rivista in campo alcolico attraverso la riduzione dei tempi di permanenza (*legge 125/2001 Art. 11 (Strutture di accoglienza) 1. Nell'ambito della loro programmazione socio-sanitaria, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, fatte salve le strutture esistenti, possono realizzare, a seconda delle esigenze del territorio definite dalle regioni e dalle province stesse, strutture di accoglienza per pazienti alcolodipendenti che, nella fase successiva a quella acuta, necessitano di osservazione e cure prima dell'invio al trattamento domiciliare o in day-hospital. 2. La permanenza presso le strutture di cui al comma 1 non può essere superiore a trenta giorni.*), residenzialità brevi, con programmi vincolati alla continuità assistenziale e con una ridefinizione del concetto di comunità terapeutica in quanto funzione che destigmatizza ed è orientata alla inclusione sociale. Si ribadisce infine il valore della specializzazione che deve essere verificata e certificata.

- h. si riconosce l'importanza sia della consensus conference promossa dalla conferenza stato regioni e da realizzarsi nel 2009 sul tema dei problemi alcol correlati. Si riconosce inoltre il valore dell'azione di monitoraggio sui progetti attuati a livello regionale con il fondo nazionale previsto dalla legge 125/2001. Queste azioni sono condizioni essenziali per il necessario confronto finalizzato alla costruzione del piano nazionale alcol e per garantire l'armonizzazione delle strategie.

Conclusioni

1. i servizi di alcologia pubblici e privati accreditati devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale per rispondere alle esigenze della popolazione che riconosce nei problemi alcol correlati una priorità di salute pubblica. A tale proposito vanno garantiti i livelli essenziali di assistenza e delle necessarie prestazioni in modo armonizzato su tutto il territorio nazionale, nel pieno rispetto delle competenze delle regioni e degli enti locali, come previsto dalla legislazione attuale. L'armonizzazione delle pratiche alcolologiche deve riguardare anche le modalità certificative, valutative e le strategie preventive.
2. I servizi di alcologia devono essere autonomi, qualsiasi sia il contesto della loro collocazione e devono collaborare con l'insieme dei servizi socio sanitari presenti nel territorio. Deve essere chiarito in modo particolare il rapporto con i Ser.T. Vanno valorizzate le esperienze alcolologiche ospedaliere che si sono consolidate in questi anni.
3. Si riconosce la specificità della formazione alcolologica che è il tratto comune tra le diverse discipline coinvolte in una prospettiva interdisciplinare. La formazione alcolologica deve rappresentare uno degli elementi essenziali del processo di accreditamento
4. In campo alcolico, vista la specifica esperienza italiana, deve essere valorizzato il ruolo attivo dei cittadini nei processi di autotutela ed autopromozione della salute e nell'indirizzo di organizzazione dei servizi che devono garantire il rispetto delle metodologie che rispondono a criteri di appropriatezza ed efficacia
5. I problemi alcol correlati non possono essere identificati con la solo quadro dell'alcolodipendenza, che rappresenta una condizione particolare in un universo più ampio ed articolato delle problematiche affrontate dall'alcologia

Rapporteur: Franco Marcomini Dipartimento Dipendenze ULSS 16 Padova

Coordinatore: Bernardo Spazzapan Consulta Nazionale Alcol

