

Deliberazione della Giunta Regionale 29 luglio 2013, n. 16-6182

Progetto inerente la realizzazione di un programma terapeutico ambulatoriale, semiresidenziale e residenziale, denominato "Progetto Helper" e indirizzato al personale medico e sanitario affetto da uso problematico di sostanze e dipendenza patologica, anche connessa a quadri di burn-out, disturbi del comportamento e altre forme di comorbilità'.

A relazione dell'Assessore Cavallera,
Premessa:

Nel Piano Socio Sanitario 2012-2015 della Regione Piemonte si individuano fra i "Maggiori Problemi di Salute" le Dipendenze patologiche e la Salute mentale.

Infatti, depressione e schizofrenia, insieme al disturbo da abuso di alcol, sono le patologie a maggior impatto, a livello mondiale, sul piano del "Global Burden of Disease" in termini di mortalità e anni vissuti con disabilità. Questo è ancora più evidente se si restringe l'analisi all'Europa.

Nel 2010 sono stati trattati presso i Dipartimenti per le Dipendenze piemontesi circa 16.000 soggetti per dipendenza da sostanze e da comportamenti (il 66% per eroina e il 13% per cocaina) e circa 7.000 per problemi alcol correlati.

La politica sanitaria della Regione Piemonte sulle dipendenze, che si riconosce nelle strategie generali definite dall'Unione Europea e nel Piano di Azione Nazionale sulla droga 2010-2013, contempla, tra i principi ispiratori, l'importanza della cura improntata al massimo recupero della persona verso una condizione libera dalle dipendenze. Tali strategie evidenziano sia la necessità che i trattamenti orientati alla stabilizzazione e prevenzione delle patologie correlate siano sempre collocati in un progetto terapeutico evolutivo sia l'importanza di potenziare le politiche di contrasto all'uso/abuso di alcol, del fumo di tabacco e di tutte le forme di dipendenze comportamentali, come il gioco d'azzardo patologico e l'internet addiction.

Soprattutto nell'ultimo decennio, numerosi studi hanno sottolineato la significativa associazione tra abuso di sostanze e disturbi psichici. Si tratta di quadri caratterizzati, dal punto di vista clinico, da una più grave sintomatologia all'esordio, un decorso più grave, un più frequente ricorso ai servizi, ma con una elevata problematicità nell'adesione e nella risposta ai trattamenti e conseguenti maggiori costi assistenziali.

All'interno della più generale configurazione del fenomeno è importante rilevare come tale problematica si profila nella popolazione costituita da operatori sanitari. Infatti, dai dati della letteratura scientifica, soprattutto nordamericana, si evince che patologie di tipo psichiatrico e/o di dipendenza sono significativamente più frequenti nei sanitari rispetto ad altre professioni. Peraltro questi professionisti hanno spesso difficoltà a rivolgersi ai servizi all'esordio della malattia per scarsa o tardiva consapevolezza del problema, per il timore di essere riconosciuti e di incorrere in ripercussioni lavorative e intraprendono, non raramente, il cammino dell'automedicazione che può condizionare negativamente l'evoluzione clinica.

Dal punto di vista epidemiologico in Italia non si dispone di dati specifici su questo tipo di problema. L'Ordine dei Medici di Barcellona dove è attivo il Programma di Assistenza per Medici Malati (PAIME), considera che il 12% dei circa 30.000 medici della regione, durante la vita

professionale, soffre di questo tipo di malattie. In Italia, dove i medici sono circa 370.000, il 12% corrisponderebbe a circa quarantaquattromila casi.

L'esperienza statunitense mette in risalto come la partecipazione ai programmi di recupero specifici (Talbot Recovery Campus) comporti un successo medio del 75% nelle professioni mediche rispetto al 50% delle altre categorie professionali trattate. In Spagna (PAIME), dopo 5 anni, il 72% dei medici che hanno usufruito del sostegno continua a esercitare la professione, con un sicuro vantaggio per la società e per i pazienti.

Recentemente in Italia, con la D.G.R. n. 21-4814 del 22.10.2012, sono state approvate le Linee di Indirizzo per la verifica del divieto di assunzione e di somministrazione di bevande alcoliche e superalcoliche e per la verifica di assenza di condizioni di alcol dipendenza nelle attività lavorative che comportano un elevato rischio di infortuni sul lavoro. Tra le mansioni a rischio di cui all'Allegato 1 dell'Intesa, approvata dalla Conferenza Permanente Stato-Regioni del 16 marzo 2006, ci sono le professioni sanitarie.

Dal punto di vista normativo, con la D.G.R. n. 27-4183 del 23.07.12 è stato approvato il Piano di Azione Regionale delle Dipendenze (P.A.R.D. 2012-2015) che mette in risalto l'importanza della diagnosi e dell'intervento precoce nell'ambito delle patologie da dipendenza, ponendo l'enfasi verso strategie a carattere riabilitativo anziché repressivo-punitivo.

Con la D.G.R. n. 12-5525 del 14.3.2013 è stata ribadita la necessità di avviare le "Sperimentazioni" di cui all'art. 9-quinquies della D.G.R. n. 61-12251 del 28.09.2009 e s.m.i. nell'area dei servizi delle Dipendenze. Il presente progetto, inizialmente studiato, elaborato e proposto dalla Società Cooperativa Sociale "Centro Torinese di Solidarietà" ONLUS (Ente Accreditato con D.G.R. n. 96-13036 del 30.12.2009 e s.m.i.), rientra nelle sperimentazioni di cui sopra per la peculiarità delle caratteristiche esplicitate nell'Allegato, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento. Tuttavia detta sperimentazione non contempla l'utilizzo dei fondi di cui all'Allegato "3" della D.G.R. sopramenzionata.

Nello specifico la sperimentazione summenzionata, di cui all'art. 9-quinquies della D.G.R. n. 61-12251 del 28.09.2009, stabilisce che: *"...Onde permettere maggiore flessibilità nell'autorizzare nuove strutture, per cercare di ridurre al minimo i tempi di realizzazione di quegli strumenti specifici, adatti di volta in volta a contrastare le varie e sempre mutevoli forme di dipendenza patologica, è prevista la sperimentazione di nuove tipologie di servizi, sia di tipo residenziale che semiresidenziale. La durata della sperimentazione sarà di anni uno.*

Tutti i soggetti contemplati dalla normativa, sia regionale che nazionale, possono richiedere l'avvio di un progetto sperimentale. La richiesta dovrà essere trasmessa alla Direzione Regionale Sanità e al Presidente della Commissione di Vigilanza dell'ASL territorialmente competente. La valutazione di congruità alla programmazione regionale dovrà essere formalizzata con apposita determinazione dirigenziale, e si potrà avvalere del parere degli organismi tecnici competenti in materia di patologie della dipendenza. I pareri dei succitati Gruppi non sono vincolanti.

La valutazione della sperimentazione sarà affidata agli Uffici regionali, supportati dall'Osservatorio Regionale delle Dipendenze ... La valutazione dovrà altresì verificare, prima dell'avvio della fase di sperimentazione, la copertura finanziaria dei costi inerenti il progetto. Solo i soggetti pubblici e/o i soggetti accreditati sono abilitati ad effettuare la sperimentazione".

Rispetto a quanto previsto dalla normativa sopra richiamata, considerato l'interesse regionale al "Progetto Helper", con D.D n. 28 del 15.1.2013 è stato istituito un Gruppo di Lavoro con l'obiettivo di redigere un progetto di massima ispirato alle motivazioni riportate in premessa. Detto progetto di

massima sarà ulteriormente sviluppato e dettagliato in un progetto esecutivo, di seguito approvato con D.D. Il progetto esecutivo dovrà esplicitamente riportare il Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA), le procedure di presa in carico dei pazienti e i relativi costi che i medesimi dovranno sostenere. Il “Progetto Helper” non prevede compartecipazione finanziaria da parte della Regione.

La struttura che ospiterà il programma riabilitativo, prima di avviare qualsivoglia attività, dovrà essere autorizzata al funzionamento così come previsto dal D.Lgs 502 del 1992 e s.m.i. e dall’art. 2 dell’Allegato alla D.G.R. n. 61-12251 del 28.09.2009.

Pertanto, all’interno delle suddette normative nazionali e regionali, orientate alla verifica/repressione dei comportamenti a rischio e alla estensione di interventi di prevenzione e cura, occorre sviluppare politiche di natura terapeutico-riabilitativa rivolte a specifiche problematiche e popolazioni a rischio. La presente proposta progettuale, perfezionata dal Gruppo regionale istituito con DD n. n. 28 del 15.1.2013 e denominata “Progetto Helper”, parte integrante e sostanziale allegata al presente provvedimento, si rivolge al personale medico e sanitario affetto dalle patologie sopra menzionate. Il programma offre anche uno specifico percorso di sostegno ai familiari e alle persone significative per il paziente.

Per quanto sopra esposto, tenuto conto del parere favorevole dell’Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Torino con nota prot. n. 424 del 10.06.2013, si ritiene necessario proporre di realizzare il progetto definitivo che sviluppi il programma terapeutico ambulatoriale, semiresidenziale e residenziale denominato “Progetto Helper”.

I componenti del Gruppo regionale individuato con D.D n. 28 del 15.1.2013 avranno anche l’incarico di comitato scientifico del progetto, in considerazione delle specifiche professionalità coinvolte.

Si propone pertanto di demandare alla Direzione Regionale Sanità il compito di realizzare, valutare e approvare il progetto definitivo con successiva Determinazione Direttoriale entro ottobre 2013 e di utilizzare, una volta approvato, i canali istituzionali, regionali e nazionali, attraverso i quali pubblicizzare e avviare il progetto medesimo. Con il medesimo atto si potranno eventualmente ridefinire i componenti del Gruppo regionale di cui sopra.

Visto il TU 309 del 1990 e s.m.i.;

vista la D.C.R. n. 167-14087 del 03.04.2012;

vista la D.G.R. n 27-4183 del 23.07.12;

vista la D.G.R. n. 2-4474 del 6.08.2012;

vista la D.G.R. n. 21-4814 del 22.10.2012;

vista la D.G.R. n. 12 – 5525 del 14.3.2013;

LA GIUNTA REGIONALE, a voti unanimi resi nelle forme di legge,

delibera

di approvare:

- il progetto di massima, redatto dal Gruppo regionale istituito con D.D n. 28 del 15.1.2013, inerente il programma terapeutico, ambulatoriale semiresidenziale e residenziale, denominato “Progetto Helper”, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

- che con successiva Determinazione Direttoriale Sanità, entro il mese di ottobre 2013, si potrà eventualmente ridefinire il Gruppo regionale di cui sopra e si provvederà a realizzare, valutare e approvare il progetto definitivo che, per la peculiarità delle caratteristiche, rientra nelle sperimentazioni di cui all’art. 9-quinquies della D.G.R. 61/09 e s.m.i., così come dettagliatamente indicato in premessa. Il “Progetto Helper” non prevede compartecipazione finanziaria da parte della Regione e la struttura che ospiterà il programma riabilitativo, prima di avviare qualsivoglia attività, dovrà essere autorizzata al funzionamento così come previsto dal D.Lgs 502 del 1992 e s.m.i. e dall’art. 2 dell’Allegato alla D.G.R. n. 61-12251 del 28.09.2009;

- che i componenti del Gruppo regionale individuato con D.D n. 28 del 15.1.2013 e s.m.i. avranno anche l’incarico di comitato scientifico del progetto, in considerazione delle specifiche professionalità coinvolte.

Tutte le disposizioni del presente provvedimento non comportano oneri a carico del Bilancio Regionale.

La presente deliberazione sarà pubblicata sul Bollettino Ufficiale della Regione Piemonte, ai sensi dell’art. 61 dello Statuto e dell’art. 5 della L.R. 22/2010.

(omissis)

Allegato



SOGGETTI PROPONENTI

A.O.U. Azienda Ospedaliero Universitaria To Osp. San Luigi Gonzaga Orbassano

Regione Gonzole, 10 - 10043 - Orbassano (To)
Tel. 0119026200 - 0119026210 Fax 011 - 9026602
e-mail: direzione.generale@sanluigi.piemonte.it

A.O.U Azienda Ospedaliero Universitaria To Osp. San Giovanni Battista Torino

Corso Bramante 88 - 10126 Torino
Tel. 011 633 5200 - 011 633 5721 Fax. 011 633 6675
e-mail dg@molinette.piemonte.it

Università degli Studi di Torino I[^] E II[^] Facoltà di Medicina e Chirurgia

A.S.L. Torino 2 Dipartimento delle Patologie delle Dipendenze "C. Olievenstein"

Corso Svizzera , 164 - 10149 - Torino
Tel. 011- 4393830 / 3824
e-mail: direzionegenerale@aslto2.it

Soc. Cooperativa Sociale Centro Torinese di Solidarietà

Corso Casale, 396 - 10132 Torino
Tel. 011/8126618 Fax 011/8127053
e-mail: info@ctstorino.it

Centro di Formazione A. Schweitzer

Via Baretto, 29/D - 10125 Torino
Tel. 011/5702754 Fax 011- 6594470
e - mail: info@cfschweitzer.org

Associazione Famiglie "La Solidarietà" - Torino

Corso Casale, 396 - 10132 Torino
Tel. 011/8126618 Fax 011/8127053
e-mail: info@ctstorino.it



Progetto Helper è un programma terapeutico ambulatoriale, semiresidenziale, residenziale, indirizzato al personale medico e al personale sanitario affetto da dipendenza patologica, anche connessa a quadri di burnout, disturbi del comportamento e altre forme di comorbidità

AREA PROBLEMATICA, DATI EPIDEMIOLOGICI E PROPOSTA DEL PROGETTO HELPER

Progetto Helper è programma terapeutico ambulatoriale, semiresidenziale, residenziale, indirizzato al personale medico e al personale sanitario affetto da dipendenza patologica, anche connessa a quadri di burn-out, disturbi del comportamento e altre forme di comorbidità. Esso offre anche un percorso di aiuto ai familiari, ai partner e alle persone significative per l'utente. Vuole essere una presa di coscienza ed insieme una proposta per le difficoltà che possono sorgere nell'esercizio di una professione ritenuta erroneamente solo gratificante o peggio di potere.

La sensibilità e i valori che stanno dietro la scelta e l'esercizio della professione medica possono deteriorarsi, esaurirsi, inaridirsi e trasformare in negativo la vita e la personalità di coloro che la esercitano, ma anche impoverire le strutture e le organizzazioni sanitarie, sino a presentare rischi ed incidenti per i fruitori dei vari servizi sanitari.

La letteratura scientifica, soprattutto nordamericana, ci offre una casistica rilevante sui gravi problemi emozionali riscontrati nelle professioni sanitarie e numerosi dati epidemiologici da declinare eventualmente in altra sede; qui può tuttavia essere utile far cenno alle correlazioni esistenti tra alcuni eventi - suicidi, depressioni, abuso di sostanze, divorzi - e i soggetti impegnati nelle professioni sanitarie:

- **Suicidi:** in media i medici hanno una probabilità di uccidersi più che doppia rispetto alla popolazione generale. Questa frequenza è più alta rispetto alla frequenza delle altre professioni [1]. La frequenza di suicidio delle donne medico è approssimativamente 4 volte superiore a quella delle donne nella popolazione generale [2].
- **La frequenza di depressione** clinica tra gli specializzandi è stata valutata tra il 27% e il 30% e il 25% di essi, intervistato, ha ammesso di aver pensato al suicidio [4]. Uno studio molto recente ha valutato la prevalenza di depressione e di tentativi di suicidio tra 4501 donne medico americane che ha risposto al Women Physician' Health Study, un questionario distribuito a livello nazionale [5]. In questo studio il 19.5 % delle donne medico ha riferito un episodio di depressione e l'1.5 % ha riferito tentativi di suicidio. Tra i medici, gli psichiatri presentano le percentuali più alte: infatti il 73 % riferisce un Episodio depressivo.
- **Abuso di sostanze** nella professione medica è stato preso in considerazione già a partire dal 1973 dalla American Medical Association (Landmark Report by AMA in 1973 on "The Sick Physician"). Attualmente ci sono negli Stati Uniti 684.000 medici di cui 80.5 % uomini e 19.5 % donne. Basandosi sui dati della ECA si può stimare che una quota in un range tra l'8 e il 12 % presenterà una patologia da abuso di alcool nel corso della vita e l'8 % una patologia correlata all'uso di sostanze. L'esperienza e i dati del Talbott Recovery campus sostiene che la dipendenza da alcol o da droghe è la malattia più inabilitante (Talbott G., Wright C. Occupational Medicine 2: 581-591, 1987).

Tra gli eventi più significativi va sottolineata la frequenza di divorzi tra i medici americani che risulta del 10-20 % più alta rispetto a quella della popolazione generale [6].

Alla luce di questi dati si rischia di alimentare un'accezione riduttiva del tema "salute" almeno fino a quando i processi di umanizzazione della cura continueranno ad escludere quelli di umanizzazione del trattamento dei «curatori»; è perciò necessaria un'azione coraggiosa, onesta ed intelligente di prevenzione, informazione, formazione che sia in grado di accogliere la difficoltà come parte integrante e normale della professione medica.

Helper è un programma di cura per il personale medico malato affetto anche da problemi derivanti dalla professione: burn-out, demotivazione, dipendenze patologiche, disturbi del comportamento. Per comprendere le ragioni di tale proposta è necessario conoscerne le basi concettuali.

A partire dal 1960 si sono sviluppati diversi fenomeni complementari: da un lato la comunità medico-scientifica internazionale ha riconosciuto che i disturbi comportamentali e le dipendenze patologiche sono una malattia e non un vizio o una deficienza morale, dall'altro si sono sviluppati diversi tipi di terapie che hanno dimostrato la loro efficacia. Tali cambiamenti si inquadrano nel progressivo cambiamento di atteggiamento e di approccio nei confronti di tutte le malattie psichiatriche.

Definire i disturbi psicologici, psichiatrici, comportamentali e le dipendenze patologiche come malattie e disporre di trattamenti efficaci ha permesso dei cambiamenti sensibili nel loro approccio terapeutico. Pertanto si è passati negli USA, in Canada, Australia, Nuova Zelanda e Spagna da strategie strettamente repressivo-punitive a un approccio basato sulla diagnosi precoce dei problemi e sul loro trattamento cioè verso strategie a carattere riabilitativo.

Questo approccio riabilitativo offre vantaggi innegabili. Non solo è coerente con la valutazione della patologia psichiatrica e della dipendenza patologica come malattie, ma permette indubbi benefici sociali per entrambi le parti: la diagnosi precoce dei problemi fa sì che i costi personali, sociali ed economici generati da questi malati si riducano mentre simultaneamente si facilita il loro recupero. Paradossalmente in questo processo di cambiamento i medici rimangono in una situazione peggiore rispetto al resto dei professionisti.

Questo per due ragioni: tutte le strutture assistenziali pubbliche create negli ultimi quindici anni per far fronte ai problemi di dipendenza patologica e di salute mentale sono, per le loro caratteristiche, realtà alle quali il medico non osa rivolgersi, soprattutto nelle fasi iniziali della sua malattia, nel timore di essere riconosciuto come professionista della salute e di incorrere in prevedibili ripercussioni lavorative. Così attualmente i medici malati il più delle volte sono costretti a seguire il cammino dell'automedicazione, determinando quasi inevitabilmente un'evoluzione clinica negativa.

I problemi che questi professionisti generano o possono generare nell'esercizio della medicina sono evidentemente molti: da una parte il rischio diretto per la popolazione che curano, e dall'altra un incremento di fatti di rilevanza penale e di processi, con un conseguente indebolimento del sistema sanitario.

INCIDENZA E PREVALENZA

In Italia non disponiamo di informazioni specifiche su questo problema, né epidemiologiche né cliniche; pertanto è necessario lavorare con estrapolazioni di morbilità dalla popolazione generale, con cifre e dati di altri Paesi.

Questa ignoranza relativa della situazione concreta ci obbliga certamente ad una certa prudenza e flessibilità nell'interpretazione dei dati disponibili, nella sua applicazione al nostro ambito e nelle proiezioni assistenziali che ne derivano.

Le cifre che si evincono a proposito dei possibili medici affetti sono varie e diverse: alcuni autori segnalano che non vi sono differenze significative tra la popolazione generale e i medici; altri sostengono che vi sono differenze tra una professione e l'altra tra cui quella del medico; altri ancora hanno rilevato una chiara differenza tra i professionisti della medicina e gli altri.

Secondo i calcoli effettuati dall'Ordine dei Medici di Barcellona per la creazione del programma di assistenza per medici malati (PAIME), diffuso ormai capillarmente nelle principali città della Catalogna, si considera che il 12 % dei circa 30.000 medici della regione durante la sua vita professionale, calcolata in quarant'anni di attività, soffrirà di queste malattie. In tutta la Spagna su 165.500 medici il 12% significherebbe 19.800 casi. In Italia - dove i medici sono 370.000 - il 12 % significherebbe 43.000 casi.

Questo 12 % si compone approssimativamente di un 8-10 % di alcolismo, di un 2-3% di altre tossicodipendenze e meno di un 2 % di disturbi mentali gravi che possono interferire con un corretto esercizio della professione, come per esempio la schizofrenia e la paranoia.

Bisogna tener presente che molti di questi problemi si presentano associati, in ciò che viene definito "doppia patologia". Tra questi va considerata ad esempio anche la ludopatia o *gambling*, che può manifestarsi come singolo disturbo o in forma associata ad altri comportamenti di dipendenza.

I programmi clinici di assistenza medica PAIME e Helper si ispirano a quelli applicati in Canada, negli USA etc... da più di trent'anni. Nella Catalogna per quanto riguarda la l'aderenza a questo tipo di programma, che mette in relazione dipendenze e professione, il successo si consegue nel 75% dei casi.

La problematica della relazione *dipendenze-lavoro* è nota agli Ordini dei Medici, alle Amministrazioni Sanitarie e alle associazioni mediche di tutto il mondo, ma la complessità e peculiarità del tema spingono gli uni e gli altri ad adottare misure orientate per lo più alla punizione degli atti più gravi e noti.

FATTORI DI DISAGIO CARATTERISTICI DEI FENOMENI SUI QUALI SI VUOLE INTERVENIRE

1. Carenza di informazione e rilevazione del problema dei disagi connessi con la professione medica e sanitaria.
2. Carenza di prevenzione dei rischi e danni e cultura delle risorse umane nella professione medica e sanitaria nelle strutture sanitarie, nelle istituzioni preposte.
3. Negazione e/o sottovalutazione della presenza di fattori cogenti del disagio personale e sociale provenienti dalle condizioni e dagli ambienti di lavoro (stress, burn-out, demotivazione).
4. Difficoltà inerenti il riconoscimento, accettazione del problema da parte del medico (negazione, rimozione della dipendenza e tentativi di autocura)
5. Difficoltà nella richiesta di aiuto da parte del medico e familiari (personale sanitario)
6. Isolamento, solitudine dei medici rispetto a famiglia, colleghi, aziende sanitarie, istituzioni.
7. Difficoltà dei familiari nella gestione delle problematiche derivanti dalle dipendenze del loro congiunto (violenze, situazioni finanziarie critiche, problemi di reputazione con i pazienti, difficoltà di relazioni familiari, ecc...)
8. Difficoltà personali, familiari e sociali provenienti da problemi legali (denunce civili e penali)
9. Difficoltà personali e sociali ad accedere a servizi sanitari pubblici e necessità di privacy.
10. Mancanza di servizi residenziali e programmi specifici per medici e personale sanitario sul territorio nazionale.
11. Mancanza di programma di After – care coordinati con altre fasi del trattamento

INADEGUATEZZA DEI SERVIZI ESISTENTI: LE RAGIONI DI UN SERVIZIO INNOVATIVO E SPECIFICO IN ITALIA

Il sistema attuale dei servizi per le dipendenze patologiche previsto dal Sistema Sanitario Nazionale risponde a determinati bisogni con metodologie e tipologie di intervento efficaci, ma inadeguate ove applicate al mondo delle professioni sanitarie.

Tale sistema si articola in:

<i>Ser.T.</i>	➔	offrono trattamento ambulatoriale individuale e grupale
<i>Comunità terapeutiche</i>	➔	offrono trattamento residenziale con programma strutturato anche per l'after-care non residenziale e/o semiresidenziale
<i>Comunità di accoglienza</i>	➔	offrono trattamento residenziale di tipo assistenziale – lavorativo
<i>Ospedali/ cliniche</i>	➔	offrono trattamento con ricovero ospedaliero e disintossicazione farmacologica
<i>Gruppi self-help</i>	➔	offrono trattamento di gruppo di tipo non residenziale con/senza coinvolgimento della famiglia

Essi evidenziano limiti che riguardano:

- a) problema della tutela della privacy rispetto ai colleghi e personale sanitario
- b) problema della tutela della privacy del medico e reputazione rispetto ai pazienti e clienti
- c) difficoltà di frequentare programmi di comunità terapeutiche per la diversità di utenza a cui esse si indirizzano (ex detenuti, età media inferiore, diverse compromissioni della vita sociale, differenze culturali e lavorative)
- d) difficoltà di frequentare Comunità di Accoglienza (per le ragioni già evidenziate al punto precedente), assenza di piani strutturati clinici e psicosociali articolati
- e) notevole durata dei trattamenti delle comunità per altre tipologie di utenti (es. da due a tre anni!)
- f) la disintossicazione nei reparti di alcologia e/o cliniche convenzionate rischia di essere inefficace se non seguita da successivo programma psico-riabilitativo. Ripetute disintossicazioni inoltre hanno un costo alto per il sistema sanitario. Il carico sulla famiglia del periodo successivo alla disintossicazione è notevole e non sempre sostenibile
- g) gruppi di self-help misti tra familiari e utenti vengono visti come "rischiosi" per la tutela della reputazione e nelle situazioni di forte compromissione con le dipendenze non rispondono alle varie esigenze delle famiglie e degli utenti che solo un programma residenziale e un collegato After-care può soddisfare a fronte di conflitti familiari, problemi economici, violenze, isolamento, rifiuto di cure, problemi sanitari, ecc...

PROGETTO HELPER, UN SERVIZIO SPECIFICO A VALENZA NAZIONALE PER IL PERSONALE MEDICO

A differenza di quanto avviene in Europa e in USA non esistono in Italia programmi di prevenzione, cura, riabilitazione e reinserimento per il personale sanitario affetto da varie dipendenze patologiche e non esiste tuttora una ricerca epidemiologica.

Ma la necessità di un servizio specificatamente dedicato a questa utenza è sempre più considerata urgente da varie organizzazioni ed istituzioni.

Come già accennato, in altri paesi europei e negli U.S.A. operano già da tempo organizzazioni e programmi che rispondono alle specifiche esigenze del personale sanitario e che prendono in considerazione le difficoltà personali dei diretti interessati, le difficoltà familiari, quelle sociali e lavorative. Il **PAIME** ad esempio – Programa de Atención Integral al Médico Enfermo - coordinato dall'Ordine dei Medici di Barcellona e ormai diffuso nei grandi centri della Catalogna, va considerata un'esperienza stimolante non solo sotto il profilo organizzativo e operativo ma anche e soprattutto per la responsabilità e la visione integrata che i diversi attori istituzionali hanno lì saputo mettere in campo, dimostrando di saper declinare il tema della salute in un'accezione ampia, moderna e realistica, come *salute e tutela* di tutti i cittadini, ivi comprese quelle dei "tecnici", dei professionisti e del personale impegnato in ambito sanitario.

Questa capacità di presa in carico si verifica anche in altri ambiti e in altre professioni: si pensi ai programmi specifici e dedicati per sacerdoti in difficoltà presenti in Germania, Italia, Inghilterra, USA, organizzati da ordini religiosi in accordo con le Conferenze Episcopali, enti e fondazioni benefiche; e si pensi ancora ai programmi in USA per diverse categorie professionali, ad esempio medici e piloti).

In questi contesti terapeutici così come nel percorso di Progetto Helper, non ci si rivolge unicamente alle persone principalmente coinvolte nel problema - medici e personale sanitario - ma si guarda anche ad altri stakeholders, ai familiari, alle istituzioni, alle aziende sanitarie.

Un ulteriore aspetto riguarda la promozione di una rinnovata cultura della formazione universitaria e professionale che risulta ancora oggi carente per ciò che concerne la prevenzione dei rischi professionali, la tutela delle risorse umane e la continua abilitazione delle persone a vivere la professione nel processo di umanizzazione della cura.

Agli aspetti normativi si è già accennato: le misure ad oggi adottate, come ad esempio alla L. 30 marzo 2001 n. 135, mirano ad escludere l'uso di sostanze stupefacenti e di alcol per alcune categorie professionali, tra le quali anche quella dei medici; il più recente D.Lgs. n. 81/08 prevede visite mediche preventive e periodiche mirate alla verifica di assenza di condizioni di alcol-dipendenza nei casi ed alle condizioni previsti dall'ordinamento.

Di fatto questi provvedimenti, per quanto lodevoli, si limitano ad affrontare una parte del problema; rimane inalterata una certa ambivalenza nella scelta tra un orientamento preventivo, curativo e responsabile e un orientamento punitivo, mentre urge una visione chiara, organica e innovativa dei problemi, delle politiche e degli interventi praticabili.

UTENZA

Il programma Progetto Helper si rivolge a personale medico e al personale sanitario affetto da Progetto Helper è programma terapeutico ambulatoriale, semiresidenziale, residenziale, indirizzato al personale medico e al personale sanitario affetto da dipendenza patologica, anche connessa a quadri di burn-out, disturbi del comportamento e altre forme di comorbidità.

Si rivolge inoltre a familiari e/o persone significative legate agli utenti, ai quali offrire uno specifico percorso di sostegno.

Il programma si realizza in ottemperanza delle normative vigenti in materia di tutela della privacy.

OBIETTIVI

1. Promuovere la prevenzione e l'informazione sul disagio e i problemi umani connessi all'attività sanitaria
2. Sensibilizzare il personale sanitario, le istituzioni, le organizzazioni pubbliche e private, le aziende sanitarie circa i problemi delle professioni sanitarie
3. Realizzare un completo percorso riabilitativo di prevenzione, cura e reinserimento per persone affette da dipendenze patologiche
4. Realizzare un programma di informazione, aiuto, sostegno e accompagnamento per i familiari del personale sanitario
5. Promuovere attività di informazione e formazione per gli studenti di medicina
6. Fornire consulenza e aiuto a ordini professionali, istituzioni, aziende e organizzazioni sanitarie
7. Promuovere indagini epidemiologiche e ricerche sulle tematiche oggetto del progetto in collaborazione con istituzioni e istituti di ricerca
8. Promuovere e sostenere la realizzazione di percorsi di aiuto per medici in difficoltà anche in altre regioni e/ province italiane

I SETTORI DI PROGETTO HELPER

- A. Settore comunicazione e prevenzione
- B. Settore programma terapeutico riabilitativo
- C. Settore Scientifico e formativo

A. SETTORE COMUNICAZIONE E PREVENZIONE

Svolge le seguenti attività:

- Contatti con istituzioni, agenzie, aziende sanitarie, ordine nazionale, regionale, ospedali e medici
- Comunicazione e informazione su riviste, bollettini, news letter
- Elaborazione e realizzazione materiali informativi sulle tematiche del disagio nelle professioni sanitarie e sui servizi offerti
- Organizzazione di incontri di sensibilizzazione con istituzioni e personale
- Sensibilizzazione dei familiari
- Allestimento di un call-center che
 - fornisce informazioni per utenti, familiari, agenzie e operatori
 - raccoglie richieste di aiuto
 - predispone colloqui e contatti col programma riabilitativo
 - rileva dati e bisogni

B. SETTORE PROGRAMMA TERAPEUTICO-RIABILITATIVO

L'intensità trattamentale del programma riabilitativo varia in relazione al quadro diagnostico complessivo emergente, dando luogo a tre differenti proposte:

- programma ambulatoriale
- programma semiresidenziale
- programma residenziale

In ogni caso l'articolazione non può prescindere dalla presenza delle seguenti aree:

- Accoglienza
- Area diagnostica
- Disintossicazione (ove necessaria)
- Percorso psicosociale
- After-care
- Percorso di aiuto/sostegno alle famiglie.

• **I° Fase: Accoglienza e colloqui**

In questa prima fase del trattamento si sviluppano e si favoriscono i contatti dagli utenti e/o familiari al fine di:

- a. Raccogliere i bisogni
- b. Supportare le persone che chiedono aiuto
- c. Motivare al trattamento
- d. Promuovere strategie di aiuto alla persona e familiari .
- e. Fornire le informazioni necessarie

Strumenti

- Colloqui con utenza
- Colloqui familiari e/o persone significative
- Incontri con responsabili e apparati ordinistici e sindacali per le tutele necessarie
- Gruppi di primo approccio e sostegno per persone significative
- Incontri "in loco" dove vive la persona (al bisogno)

• **II° Fase: Diagnosi multidisciplinare integrata**

In questa fase vengono approntati tutti gli strumenti e le professionalità necessarie ad una completa valutazione diagnostica e all'allestimento di un percorso di trattamento.

Diagnosi e valutazione: bio-psico-sociale;

Diagnosi Nosografica, Psicopatologica e Psicodinamica.

Strumenti

- Diagnosi multidisciplinare (bio-psico-sociale), colloqui clinici, testistica
- Eventuali visite mediche generali/specialistiche
- Colloqui valutativi di conoscenza, motivazione
- Colloqui di tipo sociale per verifica situazione familiare/lavorativa/professionale/sociale in genere
- Eventuali ricoveri ospedalieri
- Allestimento e monitoraggio di adeguate terapie farmacologiche in base alle necessità riscontrate.

• **III° Fase: Disintossicazione ospedaliera**

Ove sia necessaria sarà consigliata la disintossicazione ospedaliera che la persona potrà effettuare dove ritiene più opportuno o se lo richiede verrà consigliato di rivolgersi a eventuale servizio ospedaliero disponibile.

In casi più semplici la disintossicazione potrà essere curata direttamente dalla struttura residenziale sotto controllo medico specialistico.

• **IV° Fase: Il periodo residenziale (durata massima 3-6 mesi)**

Nel periodo residenziale si effettua un percorso psico-sociale di cura e riabilitazione di tipo grupppale, con programma personalizzato al fine di :

- effettuare disintossicazioni per i soggetti che non richiedono un ricovero ospedaliero
- realizzare la presa di distanza psicofisica dalle sostanze e/o dai comportamenti di abuso
- sostenere la persona nella comprensione e nell'accettazione delle proprie difficoltà
- promuovere ed accompagnare una graduale rielaborazione di vissuti, atteggiamenti, stile di vita e rapporti familiari
- favorire una ripresa fisica, psicologica, motivazionale e spirituale
- sostenere, accompagnare e promuovere una ripresa di interessi, atteggiamenti culturali e professionali
- promuovere esperienze di relazione e di auto-aiuto educative
- favorire l'acquisizione di informazioni e formazione sulla prevenzione dei rischi derivanti dal burn-out, dalla professione, dall'isolamento e dalle condizioni personali e sociali di vita e lavoro
- promuovere e realizzare un migliore e più funzionale sistema di relazioni familiari

Strumenti

- Test per approfondimento diagnostico
- Attività psicomotorie
- Attività culturali e di volontariato professionale in sede e sul territorio, ecc..
- Gruppi di confronto, di discussione, di condivisione
- Psicodramma e sociodramma
- Arte terapia, musicoterapia
- Attività di cura della persona e della casa
- Seminari interattivi terapeutici e culturali, formativi ed informativi
- Uscite di socializzazione con amici e persone significative
- Gruppi autocentrati
- Gruppi mono/multifamiliari
- Attività di cura della persona e della casa
- Colloqui di accompagnamento spirituale (a richiesta)
- Gruppi su abilità sociali e check professionale
- Seminari di formazione e aggiornamento professionale
- Gruppi e seminari su prevenzione del burn-out
- Gruppi logoterapeutici

- **V° Fase: After-care e reinserimento**

La fase di reinserimento è estremamente importante ai fini di una prevenzione delle ricadute ed una significativa rivalorizzazione della persona nelle dimensioni professionale, relazionale, familiare e sociale.

La provenienza degli utenti da varie regioni induce il nostro progetto ad allestire una "rete" di psicoterapeuti in grado di fornire un sostegno "in loco", cioè nel luogo in cui la persona vive ed è inserita.

Il Progetto Helper si occuperà di:

- promuovere e favorire l'allestimento di una rete di sostegno di psicoterapeuti collegati con il programma stesso ed una rete di sostegno nell'ambito lavorativo professionale;
- effettuare week-end di "richiamo" nella struttura residenziale con sostegno nel reinserimento;
- realizzare un sistema di aiuto e continuo contatto con i familiari e/o persone significative;
- contattare e stimolare gli ordini professionali competenti per la necessaria assistenza giuridica e amministrativa per le problematiche connesse con il programma riabilitativo e il reinserimento lavorativo degli utenti;
- fornire un servizio di supporto, sostegno ed aiuto nel caso di ricadute.

Strumenti

- Incontri di formazione per professionisti del territorio (es. medici, psicologi)
- Colloqui cadenzati con utenti e familiari
- Visite in loco degli operatori
- Week-end di "richiamo" in struttura
- Incontri con apparati ordinistici per la tutela lavorativa e l'after-care
- Call-center per problematiche urgenti (filo diretto con operatore after-care)
- Seminari di prevenzione della ricaduta
- Eventuali reinserimento in struttura o predisposizione di un trattamento specifico per le ricadute.

- **Percorso di sostegno/aiuto alle famiglie**

I familiari sono una risorsa importante nel percorso di cura e riabilitazione, ma necessitano di sostegno e accompagnamento al fine di accettare la persona con i suoi problemi, sostenerla nell'accettazione delle difficoltà e della necessità di effettuare un percorso di cura e riabilitazione.

Di importanza fondamentale è la rielaborazione di nuove relazioni familiari in grado di promuovere il benessere delle persone, la riconciliazione e la presa in carico reciproca per superare gradualmente risentimenti, fatti e vicende dolorosi e conflittuali, pregiudizi, diffidenze ed infine riorganizzare un sistema di relazioni e vite familiari funzionali al reinserimento delle persone nel contesto affettivo e relazionale della famiglia stessa.

Ai familiari/persona significative si offre in particolar modo il sistema dei **primi colloqui** (permettono ai familiari di avere informazioni sui problemi delle dipendenze, poter esprimere disagi e difficoltà ed organizzare una strategia di aiuto); **gruppi di auto-aiuto** (accompagnano familiari nel sostegno alla persona, nella condivisione di vissuti e attese, nell'acquisizione di atteggiamenti educativi, nel superamento di conflittualità e risentimenti e nella chiarificazione di ruoli e sentimenti; **after-care** (la fase di reinserimento è delicata per l'utente e per la sua famiglia: tutti sono protagonisti di una relazione più funzionale ed efficace rispetto al passato. Durante tutto il percorso, ma in particolare in questa fase, sono previsti momenti strutturati di monitoraggio, colloqui e gruppi di condivisione a beneficio dei familiari).

Strumenti

- Gruppi di primo approccio
- Visite in loco degli operatori
- Colloqui
- Gruppi mono-multifamiliari
- Gruppi di auto-aiuto
- Gruppi specifici per: mogli, mariti, partners, figli e familiari
- Eventuale psicoterapeuta di riferimento

UBICAZIONE DELLA STRUTTURA

Il programma viene realizzato presso i locali di *Villa Pellizzari*, sita a Torino in Corso Casale n. 396, in una zona residenziale nella collina torinese.

I locali sono di proprietà dell'AUO TO 1 Ospedale San Giovanni Battista di Torino, che li ha affidati in comodato gratuito alla Società Cooperativa Sociale Centro Torinese di Solidarietà per la gestione degli aspetti residenziali, assistenziali ed educativi e amministrativi del progetto. La Cooperativa ha già realizzato a proprie spese la completa ristrutturazione e messa a norma della struttura.

Questa ospita fino ad un massimo di 7 utenti e gli uffici destinati alla gestione dell'intero progetto.

L'ubicazione, nell'area precollinare torinese, rende tale sede particolarmente idonea per l'effettuazione dei percorsi di trattamento e garantisce la necessaria privacy a utenti e operatori.

ÉQUIPE

Le figure che compongono l'équipe sono dipendenti diretti della Società Cooperativa Sociale Centro Torinese di Solidarietà o professionisti consulenti delle varie agenzie del progetto cui spettano la gestione dell'area assistenziale e – sotto la direzione e coordinamento del Direttore clinico di progetto - l'area educativa del Programma terapeutico-riabilitativo.

La composizione dell'équipe risponde ai criteri previsti dalla D.G.R. 28.09.2009 n.61-12251 per le Strutture residenziali di cura riabilitazione e reinserimento per le dipendenze patologiche e si propone come sperimentazione.

Le professionalità operanti sono scelte tra i seguenti profili: Educatore professionale, OSS, Psicologo, Psicoterapeuta, Psichiatra, Medico, Infermiere.

L'équipe è così composta:

Figura	Ruolo e funzione	Ente di appartenenza
Direttore Clinico	<ul style="list-style-type: none">• Coordinamento del Programma	
Direttore di Struttura	<ul style="list-style-type: none">• Coordinamento Organizzativo e Operativo	
3 Operatori dipendenze	<ul style="list-style-type: none">• Gestione Piano Assistenziale ed Educativo	
1 Psicologo/psicoterapeuta	<ul style="list-style-type: none">• Gestione Piano Assistenziale ed Educativo	
Servizio notturno passivo	<ul style="list-style-type: none">• Gestione Piano Assistenziale esclusiva durante il 1° turno (00.00 - 07.00)	
1 Psichiatra	<ul style="list-style-type: none">• Impostazione e Monitoraggio del protocollo farmacologico	
1 Psicoterapeuta	<ul style="list-style-type: none">• Gestione Piano Terapeutico	
1 Infermiere	<ul style="list-style-type: none">• Gestione/somministrazione farmaci	
1 Medico specialista in alcologia	<ul style="list-style-type: none">• Monitoraggio e cura	
1 Amm.vo pubb. relazioni, sito web	<ul style="list-style-type: none">• Gestione Area Amministrativa e tecnica	

C. SETTORE SCIENTIFICO E FORMATIVO

- Promuove e realizza la formazione di base e permanente degli operatori e volontari;
- Promuove e collabora ad attività formative per personale sanitario, studenti, agenzie e istituzioni;
- Promuove attività di formazione per gli operatori del sistema di After-care sul territorio nazionale;
- Collabora con le istituzioni per lo sviluppo della cultura delle risorse umane in campo sanitario, con particolare attenzione ai rischi e disagi delle professioni sanitarie.
- Allestisce e sviluppa un piano di ricerca epidemiologica sul piano nazionale e regionale.

FORMAZIONE

Il progetto considera centrale la formazione di base e formazione permanente per il proprio staff.

La formazione di base sarà orientata ad abilitare gli operatori allo svolgimento delle varie dimensioni del programma Helper, oltre che realizzare le condizioni per una reale integrazione di competenze presenti in equipe.

Le aree formative riguardano:

- la persona
- le relazioni e il lavoro di équipe
- l'ambiente e le persone a cui il programma si rivolge
- trattamenti residenziali nella cura delle dipendenze patologiche e trattamento di Progetto Helper: esperienze, teoria e metodo
- le dimensioni di disagio connesse con l'attività medica (stress, burn-out, superlavoro, rischi, ecc.)
- la conoscenza delle varie organizzazioni e servizi di tutela, sostegno professionale (dei medici nonché dei sistemi e strutture di lavoro)
- la conoscenza di altre esperienze di aiuto e trattamento esistenti per medici e personale sanitario

VALUTAZIONE DEGLI INTERVENTI E RICERCA

Al fine di verificare la costante adeguatezza del Progetto Helper agli obiettivi prefissati e è necessario allestire un piano di monitoraggio e un sistema di valutazione degli interventi, degli output e degli outcome.

La Valutazione riguarda:

- Area comunicazione e prevenzione (capacità di diffusione informativa verso persone, familiari, colleghi, istituzioni ed organizzazioni; capacità di promuovere cultura sul tema; capacità di suscitare ed accogliere richieste di consulenza ed informazione/formazione da organismi, enti, istituzioni; capacità di suscitare ed accogliere richieste di aiuto, esplicitazione di bisogni, contatti di utenti, richieste da medici in difficoltà, da familiari ed organizzazioni; capacità di sviluppare contatti e scambi con istituzioni ed organizzazioni di aiuto ai medici in difficoltà italiane ed estere)
- Area terapeutica (dati epidemiologici; aspetti clinici , assistenziali, terapeutici ed educativi del progetto)
- Area ricerca e formazione (sviluppo di un sistema di ricerca epidemiologica; promozione di azioni informative e formative; attivazione di corsi, incontri, scambi di formazione; sviluppo di una cultura delle risorse umane in campo sanitario)

Bibliografia

- [1] Rosemberg HM, Burnett C, Maurer J, et al: Mortality by occupation, industry and cause of death:12 reporting states,1984. Montly vital Statistics Report, Centers for Disease control and Prevention 1993; 42: 1-64
- [2] Pitts FN, Schuller AB, Rich CL, et al: Suicide among U.S. women physicians 1967-1972.Am J Psychiatry 1979;136: 694-696
- [3] Maslach C, Leiter MP : Burnout e organizzazione ed Erickson ,Trento,2000
- [4] Clark DC, Salazar-Grueso E, Grabler P, et al: Predictions of depression during the first six months of intership. Am J Psychiatry1984; 141:1905-1908
- [5] Valko RJ, Clayton PJ,: Depression in the intership. Dis Nerv Syst 1975; 36:26- 29
- [6] Frank E, Dingle AD: Self-reported depression and suicide attempts among U.S. women physicians. Am J Psychiatry 1999; 156:1887-1894
- [7] Sotile WM, Sotile MO: The medical Marriage: A Couple's Survival guide. New York Carol Publishing, 1996
- [8] Angres DH ,Talbott GD , Bettinardi-Angres K, : Healing the Healer , the addicted physician Psychosocial press Madison,Connecticut 1998
- [9] Innecco A , Lo Monaco N, (a cura di) La qualità di vita del medico fFondazione Pfizer Fondazione Ars medica Onlus Franco Angeli Milano 2003
- [10] Trombini G, AA:VV (a cura di) Come logora curare, medici e psicologi sotto stress Zanichelli,Bologna ,1994
- [11] Pellegrino F, La syndrome del burn-out Centro Scientifico editore ,Torino 2009
- [12] De Leon G, The Therapeutic Community, theory,model,and method Springer Publishing Company New york,2000